

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kateřina Eliášová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Aktivizace klientů v domově pro seniory  
Kateřina Eliášová

Bakalářská práce  
2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Eliášová**  
Osobní číslo: **Z14154**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Aktivizace klientů v domově pro seniory**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
2. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
3. SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.
4. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

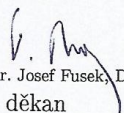
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 22. června 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2018

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2018

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 5. 2018

Kateřina Eliášová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní doktorce Adéle Michkové za její čas a velmi cenné rady. Veliké díky také patří mé rodině hlavně tedy otci za podporu během mých studií a za trpělivost a pochopení.

## **ANOTACE**

Tato práce se věnuje aktivizaci klientů ve vybraném domově pro seniory. V teoretické části se zabývám stářím, stárnutím a změnami, které stáří přináší, dále se zabývám sociálními službami pro seniory, aktivizací a aktivizačními metodami a také vzděláváním seniorů a kvalitou. V praktické části se zaměřuji na hodnocení kvality aktivizace ve vybraném domově pro seniory dle modelu Pláškové.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Stáří, stárnutí, aktivizace, aktivizační metody, vzdělávání seniorů, sociální služby pro seniory, kvalita

## **TITLE**

Activation of the clients at a nursing home

## **ANNOTATION**

This study talks about the social involvement of the clients at a selected nursing home. The theoretical part elaborates the old age, ageing, changes which come with ageing, I also talk about social services for elderly, activation and specific activation methods as well as the educating the elderly and the quality of the services. The practical part of this study focuses on the rating of the activation of the elderly at the selected nursing home according to Mrs Plášková.

## **KEYWORDS**

Old age, ageing, activation, activation methods, education of pensioners, social services quality

## **OBSAH**

0	Úvod.....	13
1	Cíle práce .....	14
1.1	Hlavní cíl práce .....	14
1.2	Teoretický cíl práce.....	14
2	Teoretická část .....	15
2.1	Stáří a stárnutí .....	15
2.1.1	Trojí podoba stárnutí.....	15
2.1.2	Proces stárnutí.....	15
2.1.3	Kalendářní stáří.....	16
2.1.4	Sociální stáří .....	16
2.1.5	Biologické stáří .....	17
2.2	Změny ve stáří.....	17
2.2.1	Tělesné změny .....	17
2.2.2	Psychické změny.....	18
2.2.3	Sociální změny.....	18
2.2.4	Duševní poruchy ve stáří .....	18
2.3	Aktivizace klientů .....	19
2.3.1	Aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti.....	19
2.3.2	Druhy aktivizačních činností .....	19
2.3.3	Definice pojmu aktivizace .....	19
2.3.4	Cíle aktivizace.....	20
2.3.5	Faktory ovlivňující aktivizaci .....	20
2.3.6	Aktivizační metody.....	20
2.4	Sociální služby pro seniory .....	24
2.4.1	Domov pro seniory .....	24



2.4.2	Personál v domově pro seniory.....	25
2.4.3	Současné problémy ústavní péče v České republice .....	26
2.4.4	Domovy se zvláštním režimem.....	26
2.4.5	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením .....	26
2.5	Vzdělávání seniorů.....	27
2.5.1	Formy vzdělávání .....	27
2.5.2	Zásady vzdělávání seniorů.....	28
2.6	Kvalita v sociálních službách.....	29
2.6.1	Definice kvality.....	29
2.6.2	Kvalita služby .....	29
2.6.3	Standardy kvality .....	30
3	Praktická část .....	32
3.1	Výzkumný cíl .....	32
3.2	Metodika práce.....	33
3.2.1	Charakteristika průzkumu.....	33
3.2.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	33
3.2.3	Kritéria hodnocení kvality .....	33
3.2.4	Vyhodnocení dat .....	35
4	Prezentace výsledků.....	36
4.1	Přehled aktivizačních aktivit v zařízení .....	36
4.2	Hodnocení kritéria pružnost .....	37
4.3	Hodnocení kritéria vhodné prostředí.....	37
4.3.1	Modlitebna .....	37
4.3.2	Čajovna .....	37
4.3.3	Jídlna pro imobilní klienty .....	38
4.3.4	Jídlna pro mobilní klienty .....	38
4.4	Hodnocení kritéria odborná způsobilost .....	39

4.5	Hodnocení kritéria vlídné zacházení .....	40
4.6	Hodnocení kritéria dostupnost .....	41
4.7	Hodnocení kritéria spolehlivost .....	42
4.8	Shrnutí výsledků.....	43
5	Diskuze .....	44
6	Závěr .....	48
7	Použitá Literatura.....	49
8	Přílohy.....	52

## **SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK**

Obrázek 1 Požadavky na kvalitu služby dle Pláškové (Kuzníková, 2011, s. 163).....	29
Obrázek 2 Hodnocení přístupu pracovníka, který provádí aktivizaci .....	40
Obrázek 3 Ocenění přístupu pracovníka.....	40
Obrázek 4 Nevyhovující na přístupu pracovníka .....	41
Tabulka 1 Přehled aktivizačních aktivit.....	36

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

WHO	World Health Organization
VPP	Vedoucí přímé péče
WFMT	Světová federace muzikoterapie
K	Klient

## 0 ÚVOD

Téma této práce Aktivizace klientů v domově pro seniory jsem si zvolila z mnoha důvodů, hlavní z nich je takový, že také pracuji domově pro seniory a aktivizaci považuji za nezbytnou součást péče o klienta. Jedním z hlavních důvodů proč, aktivizaci považuji za tak důležitou je snaha zaplnit seniorům den něčím smysluplným. Práci se seniory bych se chtěla i v budoucnu věnovat, tato cílová skupina je mi nejbližší a přijde mi velmi důležité se seniory pracovat a zajistit jim příjemné a důstojné stáří. Lidí v pobytových sociálních zařízeních stále přibývá a celkově populace stárne, hlavní příčiny jsou snížení porodnosti a prodlužující se délka života díky zlepšení životních podmínek a medicíně. Český statistický úřad uvádí následující data, ke konci roku 2016 bylo v České republice 18,3 % seniorů nad 65 let a také uvádí, že k roku 2015 bylo v České republice celkem 88 914 lidí pobírající starobní důchod bez souběhu a 119 783 lidí pobírající starobní důchod v souběhu s vdoveckým nebo vdovským důchodem. V Pardubickém kraji je celkem 23 domovů pro seniory s celkovým počtem 2067 lůžek a 13 domovů se zvláštním režimem s celkovým počtem 1087 lůžek. Tyto informace jsou uvedeny ke konci roku 2015 a jsou také získány z databáze Českého statistického úřadu.

Dle mého názoru je aktivizace nezbytnou součástí péče v pobytových sociálních zařízeních. Aktivizaci lze chápat jako činnost, která působí na člověka a přináší spoustu pozitivních výsledků. Mezi hlavní přínosy aktivizace lze zařadit rozšíření sociálních kontaktů, aktivizaci pohybového aparátu, zvýšení kvality života, podporu zdraví fyzického i duševního dále také rozšíření slovní zásoby, podpoření jemné a hrubé motoriky či zlepšení koncentrace a pozornosti (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 12-14).

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám stářím, stárnutím, změnami ke kterým ve stáří dochází, sociálními službami pro seniory. Další kapitola se věnuje aktivizaci, jejímu cíli a konkrétním aktivizačním metodám, vzdělávání seniorů a kvalitě.

Cílem praktické části je zhodnotit kvalitu aktivizačních služeb podle modelu Pláškové.

# **1 CÍLE PRÁCE**

## **1.1 Hlavní cíl práce**

Zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb v oblasti aktivizace klientů v domově pro seniory

## **1.2 Teoretický cíl práce**

Shrnout a popsat teoretické poznatky, které se vztahují k problematice bakalářské práce

## **2 TEORETICKÁ ČÁST**

### **2.1 Stáří a stárnutí**

Podle Malíkové (2011, s. 13 – 14) je období stáří obvykle chápáno velmi negativně, protože v této době často lidé přicházejí o své blízké, bojí se ztráty samostatnosti a také osamělosti. Na stáří můžeme naopak pohlížet jako na fázi života, kdy má člověk nejvíce času na rodinu, své zájmy a všechno, co během života dosud nestihl.

#### **2.1.1 Trojí podoba stárnutí**

Stárnutí a stáří mohou dle Čevely, Kalvacha a Čadedové (2012, s. 28) nabývat trojí podoby:

##### **1. Úspěšné stárnutí a zdravé stáří**

Zdravotní a funkční stav i psychická adaptace na stáří společně s ekonomickou situací, odpovídající nárokům prostředí a sociální události, které umožňují seberealizaci a spokojenost až do dlouhověkosti.

##### **2. Obvyklé stárnutí a stáří**

Existuje jakási nerovnováha mezi zhoršeným zdravotním stavem a funkčním stavem. Důsledkem je nedostatečná spokojenost, participace, která v současné době odpovídá mnoha podobně starým občanům.

##### **3. Patologické stárnutí**

Patologické stárnutí je ovlivněno involucí, zdravotním stavem, životními událostmi a také finanční situací. Zdravotní a funkční stav, adaptace a participace je výrazně horší než odpovídá obvyklým vrstevníkům.

Stáří je často označováno jako poslední fáze ontogeneze. Stárnutí je proces celoživotní, jehož involuční projevy se stávají nejvíce zřetelnými na přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí (Mühlpachr, 2009, s. 18).

#### **2.1.2 Proces stárnutí**

Proces stárnutí je ovlivněn spoustou faktorů, které rozdělujeme na faktory vnitřní a vnější. Mezi vnější faktory řadíme faktory fyzikální (klíma, pracovní prostředí a také životní prostředí), sociální (finanční zabezpečení, rodinné zázemí, vzdělání) a faktory chemické. Vnitřními faktory se rozumí genetická výbava, psychická výbava, tělesná onemocnění a psychické poruchy (Přikryl, 2015, s. 10).

### 2.1.3 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je často vyjádřeno pouze číselnými rozhraními, ale nebere v potaz individualitu člověka. Samostatný věkový údaj nemá dostatečnou hodnotu, která by vypovídala, a to zejména ve stáří. Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů, z nichž vychází následující členění (Malíková, 2011, s. 14):

- 60 – 74 let mladí senioři
- 75 – 89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

V současné době je hodně rozšířené členění stáří dle Mühlpachra (2009, s. 21):

- 64 – 74 let mladí senioři
- 75 – 84 let staří senioři
- 85 let a více velmi staří senioři

Rozdělení kalendářního stáří dle Čeveli, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 28 – 29):

- Počínající stáří (60/65 – 74 let) – dominuje zájem o pracovní uplatnění, volnočasové aktivity a péči o vnoučata.
- Vlastní stáří (75 – 84/89) – často nastupují zdravotní problémy, narůstá potřeba odpočinku, potřeba rehabilitačních programů.
- Dlouhověkost (85/90 a více) – narůstající problémy se soběstačností, potřeba péče a podpory.

### 2.1.4 Sociální stáří

Pojem sociální stáří je vyjádření skutečnosti, že stáří není dáno pouze kalendářním věkem či změnami zdravotního stavu, ale také změnami v sociálních rolích, potřebách člověka a také v životním stylu. Stáří je chápáno jako sociální událost. Hlavní událost, která vychází z věku, je odchod do starobního důchodu, k čemuž se váže další spousta změn v životě člověka (Malíková, 2011, s. 22).



### **2.1.5 Biologické stáří**

Biologické stáří je obecným pojmenováním pro konkrétní involuční změny, jakými jsou atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů. Změny probíhají u každého jedince v odlišné míře a intenzitě, často jsou vázány na onemocnění, která člověka provázejí ve stáří (Mühlpachr, 2009, s. 19).

## **2.2 Změny ve stáří**

Období stáří je provázeno mnoha změnami, které člověka provází. Změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické a sociální. Všechny změny, ke kterým ve stáří dochází, se vzájemně propojují. Změny jsou velice individuální a je na každém člověku, jak je přijme a také jak se s nimi vyrovná. Navíc může být stáří provázeno také duševními poruchami.

### **2.2.1 Tělesné změny**

Do tělesných změn řadíme změny na orgánových soustavách a involuční i morfologické změny na orgánech. Nejvíce viditelné změny jsou tvorba vrásek, řídnutí a šedivění vlasů, ztráta pružnosti kůže, tvorba pigmentových skvrn. Dále dochází ke změnám na chrupu, které mohou vést až k jeho ztrátě, zhoršuje se zrak, sluch a také může dojít k poruchám spánku. Změny jsou také velmi viditelné na pohybovém aparátu, kde dochází ke snížení rozsahu pohybu v kloubech, snížení svalové síly a ke zvýšení lomivosti kostí. V respiračním systému dochází ke zvýšení dechové práce a poklesu vitální kapacity plic. Nervový systém také prochází spoustou změn, prodlužuje se reakční doba, dochází k poruchám spánku či k atrofii mozku. Ve vylučovacím systému může docházet k problémům s močovým měchýřem, snižuje se maximální koncentrační schopnost ledvin. Ke změnám dochází i v endokrinním systému, kde dochází ke snížení produkce růstového hormonu a také k rezistenci tkání na hormonální stimulaci. I kardiovaskulární systém prochází řadou změn, snižuje se průtok krve všemi orgány, snižuje se elasticita tepen, a také dochází ke snížení poddajnosti levé komory srdeční. Imunitní systém rovněž prochází změnami, nejdůležitější jsou ale dvě následující: zvyšuje se tvorba autoprotilátek a zhoršuje se efekt imunizace ve stáří (Mühlpachr, 2009, s. 23-25).

### **2.2.2 Psychické změny**

Psychické změny se mohou projevit velmi individuálně. Nejčastěji se jedná o projevy v poznávacích schopnostech, konkrétně ve vnímání, myšlení, paměti, představivosti a pozornosti. Velmi často dochází ke snížení schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Zvyšuje se emoční nestabilita a dochází k výkyvům nálad. V posledních 20 letech velmi vzrostl výskyt duševních onemocnění, a to zejména demencí, zvláště Alzheimerovy choroby (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 22 – 24).

### **2.2.3 Sociální změny**

Hlavní sociální změnou, ke které dochází, je odchod do starobního důchodu. Na tuto změnu se mohou vázat další sociální problémy a změny. Například finanční problémy, přebytek volného času, změna životního stylu a stěhování. S přibývajícím věkem často dochází ke ztrátě životního partnera a blízkých lidí. Člověka mohou provázet pocity osamělosti, bezcennosti což může vést až k sociální izolaci (Venglářová, 2007, s. 12).

### **2.2.4 Duševní poruchy ve stáří**

Častou duševní poruchou ve stáří může být depresivní syndrom, který je provázenou řadou příznaků. Nejčastějšími příznaky jsou smutek, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu či pocity viny. Nutno si však uvědomit, že deprese není součástí stáří, ale závažná nemoc (Venglářová, 2007, s. 18 – 19). Další duševní porucha, která se ve stáří může, vyskytnou, je demence. Demencí se rozumí syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. U této poruchy dochází k porušení paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči. Obvykle se jedná o progresivní onemocnění, vedoucí k úpadku osobnosti (Pidrman, 2007, s. 9).

## **2.3 Aktivizace klientů**

### **2.3.1 Aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti**

Malíková (2011, s. 122) uvádí, že smyslem aktivizačních činností je: „*Nalezení vhodných stimulačních a aktivizujících podnětů, které pomohou klientovi probudit zájem o sebe, uvědomit si sebe a své potřeby, mobilizovat své síly a iniciativně se zapojovat do sebepéče a zabránit tak vzniku a rozvoji závislosti.*“

Aktivizační činnosti se propojují sociálně terapeutickými činnostmi. Cílem sociálně terapeutických činností je nácvik a posilování sociálních, psychických a motorických schopností. Velký význam mají pro zachování soběstačnosti seniora (Malíková, 2011, s. 121).

### **2.3.2 Druhy aktivizačních činností**

Dle Mlýnkové (2017, s. 89 - 98) lze aktivizační činnosti rozdělit do 3 skupin podle oblastí, na které se zaměřují:

1. Činnosti podporující mentální schopnosti
2. Činnosti podporující fyzické schopnosti
3. Činnosti podporující senzomotorické schopnosti

Podle počtu účastníků můžeme rozdělit na:

1. Skupinovou aktivizaci
2. Individuální aktivizaci

### **2.3.3 Definice pojmu aktivizace**

Definice slova aktivizace vychází ze slova „aktivovat“ a znamená uvést něco do pohybu, činnosti a pomoci něčemu k vyšší účinnosti. Smyslovou aktivizaci lze chápat jako „uvedení do pohybu“ za pomoci všech smyslů. Kladný výsledek smyslové aktivizace je navození motorické, kognitivní, verbální a komplexní činnosti. Smyslová aktivizace je využívána hlavně u klientů s demencí (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 11).

### **2.3.4 Cíle aktivizace**

Aktivizace má řadu cílů jako jsou: aktivizace pohybového aparátu, napomáhání komunikaci (verbální i neverbální), zlepšuje koncentraci a pozornost, sociální integraci, rozšiřuje slovní zásobu, podporuje duševní a fyzické zdraví, motivuje klienta, napomáhá ke zlepšení zručnosti, podporuje prokrvení, posiluje orientaci v ročním období, navozuje lepší vztahy s ostatními klienty, vyplňuje volný čas, trénuje paměť, nabízí řešení konfliktů a také napomáhá ochotě ke spolupráci, trénuje jemnou a hrubou motoriku, vytváří pocit jistoty, umožňuje klientům získat pozitivní zkušenosti, zajišťuje smysluplný průběh dne, aktivizace myšlenkových pochodů, zklidnění. Jedná se tedy o komplexní ovlivnění klienta, jeho těla, duše a ducha (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 12 – 14).

### **2.3.5 Faktory ovlivňující aktivizaci**

Mlýnková (2017, s. 87) uvádí následující faktory:

1. Věk klienta
2. Užívání léků (některé léky mohou snižovat pozornost)
3. Druh a stupeň postižení nebo nemoci
4. Motivace
5. Nutnost používat kompenzační pomůcky
6. Sociální podpora nejbližších

### **2.3.6 Aktivizační metody**

#### **Muzikoterapie**

Světová federace muzikoterapie (WFMT) uvádí definici z roku 2011 takto: „Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum a praxe, vzdělávání a klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesionálních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu“ (Zeleviová, 2007, s. 15).

Muzikoterapie je metoda expresivní, která je provázána spoustou oborů, jako jsou etika, medicína, pedagogika, technické obory a lingvistika. Tato aktivizační metoda může probíhat

individuálně, komunitní nebo skupinovou formou. V domech pro seniory je častěji využívána skupinová forma v rozsahu 5 – 12 klientů. Techniky využívané při skupinové muzikoterapii jsou nejčastěji zpěv, poslech lidové a vážné hudby, hra na různé hudební nástroje, cvičení do rytmu hudby, hudební kvízy, taneční terapie, čtení o autorovi hudby. Tyto konkrétní techniky může rozdělit do dvou skupin, na aktivizační techniky a relaxační techniky (Mlýnková, 2011, s. 171 – 173).

### **Canisterapie a animoterapie**

Canisterapie se začala v České republice rozvíjet po roce 1989. Autorkou termínu canisterapie je Jiřina Lacinová, která byla propagátorkou této metody. V dnešní době má již canisterapie bohaté teoretické a metodologické zázemí. Tato metoda využívá kontakt člověka a psa, který má způsobit příjemné rozptýlení a uvolnění. Aktivizace může probíhat skupinově, individuálně nebo pobytovou formou. Velkým přínosem této metody je stimulace psychosociálních funkcí, podpora verbální i neverbální komunikace a navozování nových vztahů. Psa můžeme také využít jako fyzioterapeutický prostředek, který slouží ke stimulaci motorických funkcí, prohloubení dýchání, zahřátí a zvýšení pohyblivosti, uvolnění spasmů a k polohování. U polohování jsou nejvíce vidět výsledky u klientů se svalovými křečemi a třesem. Polohování lze rozdělit na relaxační a rehabilitační (Müller in Valenta, 2014, s. 237 – 238).

Canisterapeutický tým tvoří pes, klient, dále může být rozšířen o zdravotní sestru, sociálního pracovníka, ergoterapeuta, klinického psychologa a speciálního pedagoga. Na rase psa nezáleží, pes však musí úspěšně absolvovat canisterapeutický kurz. Canisterapie je vhodná pro geriatrické pacienty, osoby s tělesným postižením, osoby s mentálním postižením. Kontraindikovány jsou klienti s otevřenými rány, alergií na srst, klienti s kynofobií a klienti v akutní fázi onemocnění (Galajdová a Galajdová, 2011, s. 24). Terapie může probíhat také s jinými zvířaty například hippoterapie (využití koní), felinoterapie (využití koček).

### **Arteterapie**

Arteterapie v užším slova smyslu můžeme označit za léčbu výtvarným uměním. Naopak v širším slova smyslu to znamená léčba uměním, včetně hudby, tance, prózy, poezie a výtvarného umění (Šicková – Fabrici, 2008, s. 30). Cílem této terapie není vytvořit umělecké dílo, ale seniora zabavit, rozvíjet jeho fantazii, zvýšit sebevědomí seniora z jeho vytvořeného výrobku. Arteterapie může být zaměřena na různá roční období, například Velikonoce, kdy s klienty můžeme aranžovat květiny, vyrábět papírové kraslice a papírová přání, plést pomlázky, zdobit kraslice různými technikami například voskem, barvou nebo papírem. Dále

se s klienty můžeme zaměřit na téma Vánoc, kdy můžeme vyrábět papírová přání, vánoční ozdoby nebo zdobit vánoční stromeček. Arteterapii můžeme provádět několika technikami: výtvarné techniky, textilní techniky a práce s papírem. Do výtvarných technik řadíme práci s tuží, voskovými barvami, temperami. Mezi textilní techniky řadíme batikování, výrobu např. textilních koláží. Práce s papírem využívá výrobu koláží, vystřihování. Do arteterapie můžeme zařadit i modelování (Mlýnková, 2011, s. 173 – 176).

### **Reminiscenční terapie**

Slovo „reminiscence“ pochází z latinského slova *reminiscere* a označuje „vzpomínat si, rozpomínat se, obnovit v paměti“. Jedná se o terapeutický koncept, ve kterém se s klienty snažíme o znovuvyvolání vzpomínek z dřívějšího. Reminiscenční terapie se také využívá ke zlepšení komunikace a aktivizaci klientů s kognitivní poruchou. Cílem této aktivizační metody je podpora dlouhodobé paměti a také dořešení některých neuzavřených věcí z minulosti. Tuto metodu můžeme provádět individuálně nebo skupinovou formou. Individuální terapie je lépe zacílitelná na konkrétního klienta, naopak ve skupinové terapii můžeme pracovat tematicky, zadáváme určitá témata, a každý klient může sdělovat své vlastní vzpomínky na zadané téma. K reminiscenční terapii můžeme využít spoustu pomůcek, jako jsou: staré noviny a časopisy, staré kalendáře, fotografie, pohlednice, různé předměty z dřívější doby, hmatové pomůcky, encyklopedie, nástěnné mapy. Ke skupinové terapii lze využít: video, televizi, CD přehrávač, knihy. Ve skupinové terapii můžeme využít spoustu reminiscenčních aktivit např. reminiscenční pexeso, výlety, tematická reminiscenční sezení, procházky nebo tvořivé reminiscenční programy. Individuální vzpomínkové aktivity jsou např. reminiscenční puzzle, kniha vzpomínek, kniha životního příběhu či výroba vzpomínkové krabice (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 93 – 105).

### **Dramaterapie**

The British for Dramatherapists (1979) definuje disciplínu takto: „Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjádření, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace“ (Valenta, 2007, s. 23).

Klientela této aktivizační metody je široká lze ji využít pro pacienty s psychiatrickou diagnózou, geriatrické pacienty, mentálně postižené, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Nejblíže k dramaterapii mají ve své profesi speciální pedagogové, sociální pedagogové,

pedagogové volného času a psychologové. U seniorů můžeme za specifický cíl považovat trénování paměti jako prevenci Alzheimerovy choroby či schopnost uvědomit si, co v životě dokázali (Valenta, 2011, s. 30 – 31).

## **Ergoterapie**

Česká asociace ergoterapeutů (2008) definuje ergoterapii takto: „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopnosti jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).

Výraz ergoterapie vznik spojením 2 řeckých slov ergon = práce a therapie = léčba, terapie. Tato aktivizační metoda napomáhá zvládat každodenní činnosti i navzdory jejich poruše či postižení. Ergoterapii můžeme rozdělit na 3 skupiny: všední denní činnosti, hra a volný čas, práce a produktivní činnosti (Krivošíková, 2011, s. 13 – 20).

## **Trénink paměti a kognitivních funkcí**

Mezi kognitivní neboli poznávací funkce řadíme hlavně paměť, ale také představivost, pozornost, logické myšlení, úsudek, řeč, fantazii, zpracování informací a spousta dalších. Paměť lze rozdělit dle časového hlediska na krátkodobou, dlouhodobou recentní a dlouhodobou trvalou. Paměť krátkodobá slouží k uchování informací maximálně na dobu 90 sekund. Dlouhodobá paměť recentní slouží k uchování informací z nedávné minulosti. Dlouhodobá paměť uchovává informace z minulosti např. vzpomínky z dětství (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 28 – 29).

Aktivita, které lze k trénování paměti využít, jsou např. zapamatování si předmětů a obrázků, sudoku, vyjmenovávání zvířat na určité písmeno, křížovky, vzpomínání na názvy českých filmů, autory slavných knih, doplnění chybějícího slova, vybavení si slavných dvojic z historie a spousta dalších aktivit (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 50 – 51).

## 2.4 Sociální služby pro seniory

Sociální služby v České republice patří do sociálního zabezpečení. Druhy sociálních služeb definuje zákon č. 108/2006Sb. o sociálních službách. Sociální služby dělíme na sociální poradenství, služby sociální prevence, služby sociální péče. Dále můžeme sociální služby dělit dle místa poskytování na služby (Malíková, 2011, s. 41 – 42):

- Terénní služby (tyto služby jsou poskytovány v místě, kde klient žije).
- Ambulantní služby (za těmito službami dochází klient sám do specializovaného zařízení).
- Pobytové služby (jsou poskytovány v zařízení, kde klient po určitou dobu celodenně nebo celoročně pobývá).

### 2.4.1 Domov pro seniory

V České republice do roku 2006 existovaly tyto typy rezidenčních zařízení: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, domovy – penziony pro důchodce. Nová legislativa, ale všechny tyto zařízení zařadila do skupiny domov pro seniory (Matoušek a kol., 2007, s. 89). Domov pro seniory lze definovat následovně „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49, ods.1).

Mezi základní činnosti, které jsou v domově pro seniory poskytovány patří:

- a) Poskytnutí ubytování,*
- b) Poskytnutí stravy,*
- c) Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu,*
- e) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) Sociálně terapeutické činnosti,*
- g) Aktivizační činnosti,*
- h) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

(Zákon č. 108/2006 Sb., § 49, ods. 2).



## 2.4.2 Personál v domově pro seniory

Tato kapitola se věnuje personálu v domově pro seniory. Pracovník v sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči. Jedná se tedy o pomoc s hygienou, oblékáním, dále manipuluje s prádlem a pomůckami. Podmínkami pro výkon profese pracovník v sociálních službách je úspěšné absolvování kvalifikačního kurzu, trestní bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Pracovník v sociálních službách se musí, ale i nadále vzdělávat a to v rozsahu minimálně 24 hodin ročně (ÚZ sociální zabezpečení, 2016, s. 146).

Sociální pracovník může dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. vykonávat následující: provádět sociální šetření a poskytovat sociální poradenství. Dále sociální pracovník vede sociální agendu, poskytuje krizovou pomoc. Sociální pracovník musí mít odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání a to buď vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem magisterského, bakalářského nebo doktorského studia, zaměřeného na sociální politiku, sociální práci, sociální pedagogiku, sociální patologii nebo speciální pedagogiku. Stejně jako pracovník v sociálních službách tak i sociální pracovník musí splnit ročně 24 hodin vzdělávání. Formou dalšího vzdělávání jsou odborné stáže, účast na školeních akcích, účast v kurzech s akreditovaným programem (ÚZ sociální zabezpečení, 2016, s. 144 – 145).

Všeobecná sestra musí mít odbornou způsobilost, kterou může získat absolvováním vysoké školy v oboru ošetrovatelství nebo absolvováním vyšší odborné školy v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Náplní práce všeobecné sestry je: vedení ošetrovatelské dokumentace, podávání léků, měření fyziologických funkcí, sledování příjmu stravy a tekutin u klientů, dále asistuje lékařům při vyšetřeních, provádí odběry biologického materiálu, provádí edukaci klientů, objednáva stravu, přivolává lékaře při úmrtí klienta, sleduje příznaky imobilizačního syndromu, převazuje rány, provádí prevenci dekubitů, sleduje stav hydratace klienta (Malíková, 2011, s. 103 – 108).

Ergoterapeutem se může stát ten, kdo absolvuje vyšší odborné vzdělání v oboru rehabilitace, ukončené absolutoriem nebo vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) v oboru ergoterapie, fyzioterapie nebo rehabilitace se specializací ergoterapie ukončené státní závěrečnou zkouškou. Jedná se o nelékařské zdravotnické povolání. Náplní práce ergoterapeuta je: provádět ergoterapeutická vyšetření, stanovovat varianty a kombinace ergoterapeutických postupů k dosažení optimálního cíle (Malíková, 2011, s. 111 – 113).

### **2.4.3 Současné problémy ústavní péče v České republice**

Tato podkapitola se věnuje problémům, vycházejícím z ústavní péče v České republice.

Rozdělení dle Mühlpachra (2009, s. 109 – 110):

#### **Vnitřní problémy**

- Ztráta vazeb s rodinou
- Ztráta společenských vazeb
- Omezení soukromí
- Dezorientace v novém prostředí
- Ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti

#### **Vnější problémy**

- Vyšší závislost na ošetrovatelské péči
- Neodpovídající aktuální stav klienta
- Nedostateční spolupráce obcí se zařízením

### **2.4.4 Domovy se zvláštním režimem**

Domovy se zvláštním režimem jsou službou pobytovou, která je provozována celoročně. Služba je určena pro osoby závislé na návykových látkách, klienty s demencí, osoby s chronickým duševním onemocněním. Zde jim je poskytována komplexní péče (ÚZ sociální zabezpečení, 2016, s. 126).

### **2.4.5 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou sociálně aktivizační služby určeny pro osoby důchodového věku a také osoby se zdravotním postižením ohrožené sociálním vyloučením.

Služba zahrnuje tyto tři činnosti:

- a) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- b) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- c) Sociálně terapeutické činnosti

## **2.5 Vzdělávání seniorů**

Vzdělávání dospělých nazýváme andragogikou, vzdělávání seniorů gerontopedagogikou. Gerontopedagogika je poměrně novou disciplínou, která se vyvíjí od 50. let minulého století, je součástí andragogiky. Gerontopedagogiku v užším slova smyslu lze chápat jako vzdělávání a výchovu seniorů ve stáří a ke stáří. Naopak v širším slova smyslu lze tento termín definovat jako teoreticko – empirickou metodu, zaměřenou na pomoc, podporu a péči seniorům (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 52).

### **2.5.1 Formy vzdělávání**

#### **Univerzita třetího věku**

Univerzity třetího věku jsou důležitou součástí celoživotního vzdělávání. Vzdělávání na těchto univerzitách má hlavně charakter osobního rozvoje, nikoliv profesní přípravy (Mühlpachr, 2009, s. 140 – 141). Tyto univerzity se začaly v České republice rozvíjet po roce 1986, kdy Univerzita Karlova, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích a Univerzita Palackého v Olomouci začaly pořádat první kurzy pro seniory. V současné době jsou studijní programy organizovány tak aby, seniorům umožnily orientovat se ve změnách společnosti a naučili se těmto změnám přizpůsobit. Studium na Univerzitách třetího věku je pro seniory zdrojem nových informací a zároveň jim umožňuje navozovat nové sociální kontakty a třeba i zpomalit nástup psychických a fyzických obtíží, které se ke stáří vážou (Dvořáčková, 2012, s. 30 – 32).

#### **Univerzity volného času**

Další vzdělávací možností pro seniory jsou Univerzity volného času. Od Univerzit třetího věku se liší v tom, že nejsou věkově segregované. Jsou multigenerační, mohou je navštěvovat matky na mateřské dovolené, nezaměstnaní či senioři. Univerzity volného času organizují například domovy pro seniory, města, soukromé organizace, knihovny či občanská sdružení. První volnočasová univerzita vznikla v České republice v roce 1993 a její zakladatelkou byla Ing. Dana Steinová. Vzdělávání přispívá k prevenci kognitivních poruch, zlepšení sebevědomí nebo navázání sociálních kontaktů (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 53 – 54).

### 2.5.2 Zásady vzdělávání seniorů

Zásady vzdělávání seniorů dle Klevetové a Dlabalové (2008, s. 55):

- a) Seniorům by měly být k dispozici přehledné písemné informace
- b) Není vhodné seniora zahltit příliš velkým množstvím informací najednou, je vhodné vzdělávání rozdělit do více částí
- c) Měli bychom se vyjadřovat jasně a srozumitelně, aby nám senior dobře rozuměl
- d) Důležité je získávat zpětnou vazbu, zda nám senior porozuměl
- e) Neměli bychom dávat seniorovi moc úkolů najednou
- f) Nesmíme, zapomenou seniora ocenit za jeho snahu a píli
- g) Při práci s novými pomůckami, názorně ukazovat použití a opakovat
- h) Pro seniora je důležité, aby si zvolil vlastní tempo a vlastní způsob postupu při vzdělávání
- i) Nemůžeme po seniorovi chtít, aby se učil nové věci nazpaměť, ale průběžným opakováním je můžeme vštípit do dlouhodobé paměti.

#### Proces učení ve stáří

Proces učení ve stáří je velmi odlišný od jakékoliv jiné věkové skupiny. Učivo se seniorům těžko pamatuje, pokud nemá logický a praktický dopad. Zhoršuje se krátkodobá paměť, je tedy velmi důležité naučené informace pomoci opakování vštěpovat do dlouhodobé paměti. Procvičování a opakování potřebuje dostatek času. Do výuky je důležité zařadit také dostatek přestávek. Nejlepší doba pro vzdělávání seniorů je 9:30 – 11:30 a 15:30 – 17:00 hod. není vhodné prodlužovat vyučování do večerních hodin. Velký důraz je kladen na pochvaly a zdravou soutěživost (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 54).

Seniorská etapa celoživotního vzdělávání se postupem času rozvinula také v České republice, současně má 2 stupně (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 52 – 53):

1. *Všeobecné seniorské vzdělávání* nemá profesní charakter, zaměřuje se především na výuku v oblasti informatiky, jazyků a trénování paměti. Typická je touha navozovat sociální kontakty s vrstevníky.
2. *Inovace odborných znalostí a dovedností*, která se zaměřuje na udržení odborné kvalifikace. V současné době se prodlužuje střední délka života, kdy je třeba zaměřit se i na zvládnutí jiné profese či naučit se manipulovat s novou technikou.

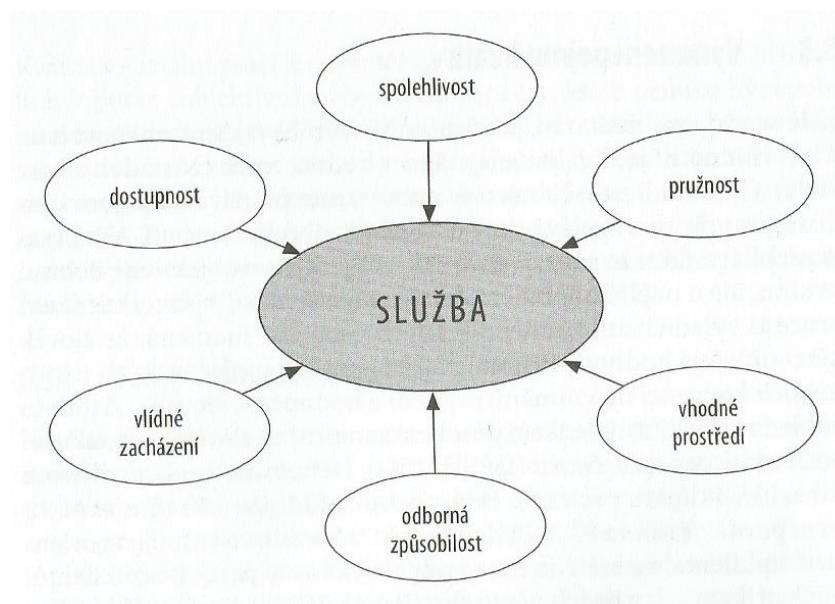
## 2.6 Kvalita v sociálních službách

### 2.6.1 Definice kvality

Pojem kvalita pochází z latinského slova qualis neboli vlastnost. Synonymem pro slovo kvalita může být jakost. V sociálních službách je však využívána kvalita, jakost je využívána ve výrobním sektoru. Kvalita služeb je řízená standardy kvality. Kvalita může mít více významů a definic. Jedno z dělení kvality lze rozdělit na objektivní a subjektivní. Objektivní souvisí s hodnocením poskytovatele. Subjektivní se váže na hodnocení zákazníka/ klienta (Malík Holasová, 2014, s. 18-19).

### 2.6.2 Kvalita služby

Produkt nehmotné podoby je nazýván službou. Jedná se o činnost nebo činnosti, odehrávající se mezi zákazníkem a poskytovatelem. Služba může být poskytována ve dvou formách – čistá podoba či ve spojení s hmotným produktem. Čistou podobou se rozumí například sociální poradenství. Avšak podoba s hmotným produktem je častější (Veber, 2007, s. 25).



Obrázek 1 Požadavky na kvalitu služby dle Pláškové (Kuzníková, 2011, s. 163)

Plášková viz. Obrázek 1 uvádí požadavky, které mají většinou zákazníci (Plášková in Kuzníková, 2007, s. 25).

### 2.6.3 Standardy kvality

Standardy kvality (dále jen standardy) sociálních služeb se vážou ke konceptu naplňování základních lidských práv a svobod. Standardy nám popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jedná se o souhrn měřitelných a ověřitelných kritérií, slouží jako nástroj kontroly kvality a napomáhají rozvoji sociálních služeb. Každý standard obsahuje kritéria, která se dělí na zásadní a další. Zásadní kritéria musí být vždy splněna a realizována v plné míře, jedná se tedy o povinná kritéria. Další kritéria jsou pouze doplňkem a povinná nejsou.

#### *Přehled standardů kvality sociálních služeb*

- Č. 1. Cíle a zásady poskytovaných služeb
- Č. 2. Ochrana práv osob
- Č. 3. Jednání se zájemcem o sociální službu
- Č. 4. Smlouva o poskytování sociální služby
- Č. 5. Individuální plánování v průběhu sociální služby
- Č. 6. Dokumentace o poskytování sociální služby
- Č. 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Č. 8. Návaznost poskytované sociální služby na dostupné zdroje
- Č. 9. Personální a organizační zajištění sociální služby
- Č. 10. Profesní rozvoj zaměstnanců
- Č. 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- Č. 12. Informovanost o poskytované sociální službě
- Č. 13. Prostředí a podmínky
- Č. 14. Nouzové a havarijní situace
- Č. 15. Zvyšování kvality sociální služby

(Dvořáčková, 2012, s. 90 - 92).

### **Standard č. 15 Zvyšování kvality sociální služby**

Podle tohoto standardu poskytovatel mj. „průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob“ (Chloupková, 2013, s. 26).

#### Kritéria standardu č. 15 dle Ministerstva práce a sociálních věcí:

- a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby
- d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Výzkumný cíl**

1. Zhodnotit kvalitu poskytovaných aktivizačních služeb v domově pro seniory



## **3.2 Metodika práce**

### **3.2.1 Charakteristika průzkumu**

Průzkum se zaměřuje na zhodnocení kvality služeb v oblasti aktivizace ve vybraném domově pro seniory v Pardubickém kraji. Jedná se o vlastní design založený na hodnocení jednotlivých aspektů kvality aktivizačních služeb dle modelu Pláškové viz kapitola 2.6.2

Průzkum je založen na hodnocení jednotlivých aspektů – spolehlivost, pružnost, vhodné prostředí, odborná způsobilost, vlídné zacházení a dostupnost, využívá kombinaci několika kvantitativních výzkumných technik.

### **3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Průzkum se uskutečnil v měsících únoru a březnu, konkrétně od 9. 2. 2018 do 9. 3. 2018. Vybraný domov pro seniory se nachází v Pardubickém kraji. Průzkumu se zúčastnilo 50 klientů domova pro seniory a respondenti z řad personálu – sociální pracovníce, vedoucí přímé péče, brigádnice, která dochází pravidelně každou sobotu provádět aktivizací. Data byla sbírána z rozhovorů s pracovníky, anketou pro klienty, pozorováním a analýzou materiálů. Celkem se zúčastnilo 50 klientů z celkového počtu 80. Respondenti z řad personálu byly sociální pracovníce, vedoucí přímé péče, brigádnice provádějící aktivizaci o víkendech.

### **3.2.3 Kritéria hodnocení kvality**

**Pružnost** – zde bude hodnoceno, jak je zařízení schopno reagovat na individuální potřeby klientů a měnit se klienty. Informace budou zjišťovány rozhovorem se sociální pracovníci, která aktivizace provádí a také pozorováním, jaké aktivizační metody jsou využívány. Otázky na sociální pracovníci budou zaměřeny na to, jak připravuje aktivizační programy, v jaké situaci volí které aktivizační metody. Tematické okruhy k rozhovoru byly: zjišťování zájmu o aktivizace u klientů, na základě čeho sestavuje plán aktivizací, jak často mění plán aktivizací.

**Vhodné prostředí** – V tomto bodu se budu zaměřovat na to, zda byla splněna následující kritéria, pomocí kterých zhodnotím vhodnost prostředí pro určitou aktivizační techniku z hlediska efektivity

Kritéria:

akustika

vybavení

osvětlení

velikost místností, kde aktivizace probíhají

Vhodnost prostředí bude zjišťována pozorováním při aktivitách a zaznamenávána do pozorovacího archu - viz. příloha A.

**Odborná způsobilost** – zde se zaměřím na hodnocení odborné způsobilosti pracovníků, kteří aktivizace s klienty provádí. Zda mají vzdělání v oboru nebo mají splněný specializační kurz. Informace budou získány z rozhovoru s vedoucí přímé péče domova pro seniory. Odborná způsobilost bude hodnocena pouze u pracovníků na plný pracovní úvazek nikoliv u dobrovolníků a brigádníků

**Vlídne zacházení** – pro tento bod byla vytvořena pro klienty krátká anketa se 3 otázkami.

- 1) Jak hodnotíte přístup pracovníka, který provádí aktivizaci?
- 2) Co oceňujete na přístupu pracovníka?
- 3) Co Vám nevyhovuje na přístupu pracovníka?

Hodnocení vlídného zacházení je postaveno na subjektivním hodnocení klientů.

**Dostupnost** – zde se zaměřím na to, zda jsou aktivizace dostupné všem klientům, kteří by měli o aktivizaci zájem. A také jak často aktivizace s klienty probíhají, zda jen v týdnu nebo i o víkendech. Výsledek bude zjišťován pozorováním, sledováním nástěnky, kde se nachází aktuální informace k aktivizaci na daný měsíc. Dále povedu rozhovor se sociální pracovníci, která aktivizace provádí.

**Spolehlivost** – v tomto bodě se zaměřím na klienty s ohledem na to, jakou mají garanci aktivizace. Jak je to v případě absence aktivizačního pracovníka. Informace budu získávat od vedoucí přímé péče a také od sociální pracovnice.

### 3.2.4 Vyhodnocení dat

Data budou vyhodnocena slovně a graficky. Graficky bude vyhodnocena anketa pro klienty, která je zahrnuta pro hodnocení kritéria vlídné zachází. Ostatní data budou hodnocena slovně. Hodnocení proběhne na škále za každé kritérium jednotlivě. Společně budou hodnocena kritéria dostupnost, spolehlivost, odborná způsobilost, pružnost, vlídné zacházení. Jednotlivě bude hodnoceno kritérium vhodnost prostředí, kde každá místnost bude hodnocena samostatně.

Škála bude rozdělena následovně:

- Vyhovující bez návrhů na zlepšení
- Částečně vyhovující s prostorem pro změny
- Nevhovující významné nedostatky ovlivňující cíl služby.

## 4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### 4.1 Přehled aktivizačních aktivit v zařízení

Níže uvedená tabulka znázorňuje přehled aktivizačních aktivit ve vybraném domově pro seniory. V tabulce je užívaná zkratka K (klient).

**Tabulka 1 Přehled aktivizačních aktivit**

<b>Typ aktivizační metody</b>	<b>Kdo provádí</b>	<b>Kdy metoda probíhá</b>	<b>Forma aktivace</b>	<b>Místo, kde aktivita probíhá</b>
Duchovní služby	Duchovní (externista)	Každý den 9:00 – 10:00	Skupinově	Modlitebna
Canisterapie	Canisterapeutka (externistka)	1 x 14 dní 2 hodiny	Skupinově / individuálně	Jídelna pro imobilní K / pokoj klienta
Besedy, přednášky	Externí pracovnice	2 x měsíčně	Skupinově	Jídelna pro mobilní K
Pohybové cvičení	Sociální pracovnice / brigádnice	Každý den 9:30 - 9:50	Skupinově	Jídelna pro imobilní K
Reminiscenční terapie	Sociální pracovnice	Úterý 13:00 - 14:30	Skupinově	Čajovna / jídelna pro imobilní K
Ergoterapie	Sociální pracovnice	Čtvrtek 13:00 – 15:00	Skupinově	Jídelna pro imobilní K
Povídání v čajovně	Sociální pracovnice	Pondělí a pátek 14:00 – 15:30	Skupinově	Čajovna
Muzikoterapie	Externí pracovník	3 x měsíčně	skupinově	Jídelna pro mobilní K
Arteterapie	Soc. pracovnice / brigádnice	Každý den 10:00 -11:30	Skupinově	Jídelna pro imobilní K

## **4.2 Hodnocení kritéria pružnost**

Z informační nástěnky jsem se dozvěděla, že domov pro seniory svým klientům nabízí následující aktivizační metody: arteterapii, muzikoterapii, canisterapii, reminiscenční terapii, duchovní služby, ergoterapii, besedy a přednášky, pohybové cvičení a povídání v čajovně. Spektrum aktivizačních činností je tedy dost obsáhlé a rozmanité. Z rozhovoru se sociální pracovníci jsem zjistila, že skupinový aktivizační program plánuje vždy na jeden měsíc dopředu. V případě přání klienta zařazuje individuální aktivizaci. Každý měsíc se snaží vystřídat co nejvíce aktivizačních technik a metod. Nejčastěji však s klienty provádí ergoterapii, arteterapii a pohybová cvičení. Besedy a diskuze plánuje dle časových možností přednášejících, tyto diskuze se vždy snaží plánovat k určitému ročnímu období či tématu. Dále jsem se ptala, jak reaguje na měnící se klienty. Na tuto otázku mi odpovídala, že se snaží na měnící se klienty reagovat tak, že sestavuje plán podle rozhovoru s klienty (dle jejich zájmů a přání). Pozorováním jsem zjistila, jak jsou klienti o aktivizačních programech informováni: z informační aktivizační nástěnky, rozhlasem, od sociální pracovníce a také od pracovníků přímé péče. Kritérium pružnost bych vyhodnotila za vyhovující bez návrhů na zlepšení.

## **4.3 Hodnocení kritéria vhodné prostředí**

Toto kritérium bylo hodnoceno pozorováním. Prostředí, kde aktivizační činnosti probíhají, se různila. Kritéria jsou následující – akustika, vybavení, osvětlení a velikost místnosti. V tomto kritériu byly jednotlivé místnosti hodnoceny samostatně.

### **4.3.1 Modlitebna**

Duchovní služby probíhají v modlitebně v přízemí domova pro seniory. Modlitebna je vybavena židlemi pro chodící klienty, ale je zde i dostatek místa pro klienty na invalidních vozících. Duchovní pracovník zde má svůj stůl vybavený mikrofonem, aby ho slyšeli i nedoslýchavý klienti, ti však mají k dispozici případně i sluchátka. Akustika zde je dostačující, osvětlení dobré, vybavení také dostačující, velikost místnosti je odpovídající. Na bohoslužby dochází pravidelně cca 25 lidí, z toho jsou 4 na invalidním vozíku.

### **4.3.2 Čajovna**

Další aktivizační činnost (povídání si v čajovně), která má svoji místnost je tzv. čajovna. Jedná se o místnost, kde se klienti pravidelně dvakrát do týdne scházejí, a nad čajem nebo

kávou si povídají, o různých tématech. Témata posledních dvou sezení byla volba prezidenta České republiky a začínající olympijské hry. Místnost je ve tvaru „L“ ne velická. Je vybavena stoly a židlemi, dále dekoracemi dle ročního období, televizí. Osvětlení je zde dostačující, jediný problém, který jsem viděla je akustika, zvuk se zde velmi rozléhal. Tuto aktivizační místnost bych vyhodnotila jako částečně vyhovující s prostorem pro změny v oblasti akustiky.

#### **4.3.3 Jídlna pro imobilní klienty**

Další místností, kde probíhá většina aktivizací (pracovní terapie, arteterapie, muzikoterapie,...) je jídelna pro imobilní klienty ve čtvrtém podlaží. Jedná se o průchozí místnost, která je propojená s kuchyňkou a chodbou. V této místnosti je jeden velký jídelní stůl, kolem kterého běžně sedí cca 12 klientů na invalidních vozících, dále zde jsou dva malé stoly. První je pro 4 klienty a druhý pro 3 klienty. Místnost je dále vybavena televizí, videopřehrávačem a obrázky na stěnách. Jediné pozitivum, které zde vidím, je dobré osvětlení v místnosti jsou totiž dvě velká okna. Akustika zde není nejlepší, protože místnost není vybavena dveřmi a nelze ji tedy uzavřít a zvuk se rozléhá po celé chodbě a celém podlaží. Vybavení na aktivizace je nedostačující, sociální pracovnice má věci (hry, papíry, tužky,...), které s klienty na aktivizaci využívá uložené v kuchyňské lince. Velikost místnosti je odpovídající pro 20 klientů, avšak v době aktivizačního programu se zde tísnilo zhruba 35 klientů. Posedávali různě na donesených židlích a chodítkách. Navíc při takovém množství klientů v průchozí jídelně se stěžuje práce pracovníků v sociálních službách, kteří neustále musí klienty přesazovat, aby vůbec mohli projít k ostatním klientům a dělat svojí práci, například koupat a rozdávat čaje. Tuto místnost bych vyhodnotila jako zcela nevyhovující s významnými nedostatky ovlivňující cíl služby.

#### **4.3.4 Jídlna pro mobilní klienty**

Dle mého názoru by bylo řešením využít velkou jídelní místnost v přízemí domova pro seniory, kterou využívají mobilní klienti ke stravování. Je neprůchozí, navíc v dopoledních i odpoledních hodinách, kdy většina aktivizací probíhá, je nevyužitá. Současně by se sem výtahem mohli svážet i klienti ze čtvrtého podlaží, kteří jsou na invalidních vozících. Mobilní klienti by docházeli sami. Místnost je navíc podstatně větší, takže by nenastal problém s jejím přeplněním a nebyla by stěžována práce pracovníků v sociálních službách. Akustika je zde také lepší a osvětlení stejně dostačující jako ve čtvrtém podlaží. Současně by se zde byl prostor pro umístění skříňky či poličky, kam by si sociální pracovnice mohla uložit pomůcky,

které na aktivizaci klientů potřebuje. Využití místnosti pro účely aktivizací by bylo vhodné, protože příbuzné činnosti (besedy a přednášky) probíhají zde. Jídelnu pro mobilní klienty bych dle kritérií vyhodnotila jako vyhovující bez návrhů na zlepšení.

#### **4.4 Hodnocení kritéria odborná způsobilost**

Hodnocení odborné způsobilosti pracovníků, kteří provádějí s klienty aktivizaci, jsem zjišťovala rozhovorem s vedoucí přímé péče (VPP) domova pro seniory. Hlavní otázka byla: „Jaké mají pracovníce provádějící aktivizaci vzdělání?“ Sociální pracovníce, která aktivizaci vede v týdně má vyšší odbornou školu v oboru sociální práce a také má doplněné bakalářské studium v oboru sociální práce a politika. O víkendech chodí v sobotu dopoledne klienty aktivizovat brigádnice, studentka maturitního ročníku gymnázia. Jak brigádnice klienty aktivizuje, když nemá odborné vzdělání?. Vedoucí domova odpověděla takto: „Brigádnice se zaměřuje s klienty na zpívání, má hudební talent, dále s nimi pracuje pomocí knížek např. Volnočasové aktivity pro seniory, Trénování paměti a pozorovacích schopností, Volný čas seniorů. Dále se inspiruje na internetu, její práce s klienty je dle mého názoru velmi přínosná“. Dále s nimi trénuje paměť a spíše vybavování z paměti různými hádankami, pranostikami, či zajímavostmi o České republice.

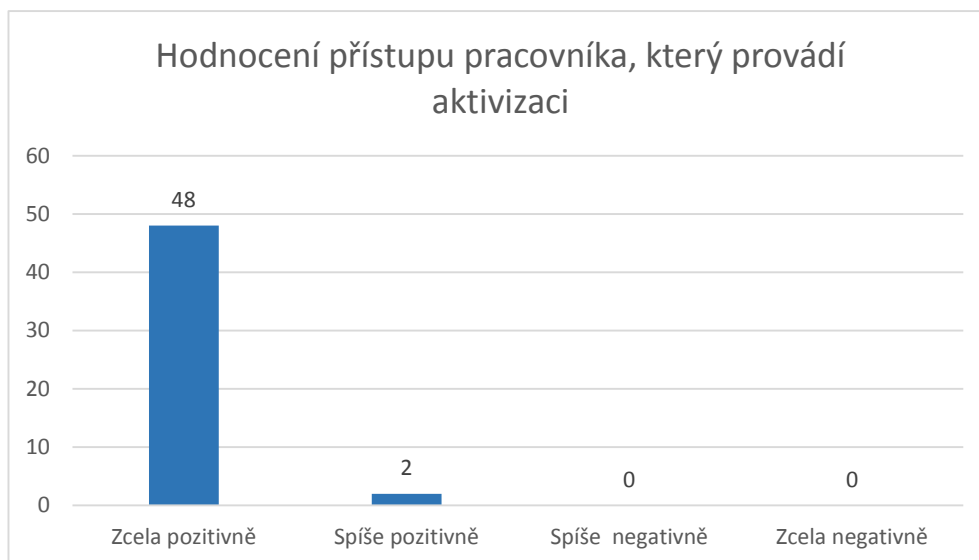
Byla jsem se na aktivizaci, kterou prováděla brigádnice podívat. Nejdříve s klienty cvičila jednoduché cviky, potom se zaměřila na pranostiky a přísloví, kdy řekla začátek, a klienti doplňovali, dále uváděla s klienty protiklady a nakonec s nimi zpívala lidové písničky a hrála při tom na kytaru.

Dále jsem se VPP ptala, jak se sociální pracovníce vzdělává v oblasti aktivizace. Dozvěděla jsem se, že sociální pracovníce se vzdělává v rámci zařízení, vybírá si z nabídky vzdělávacích kurzů a seminářů. Poslední, který absolvovala, měl specializaci na aktivizaci seniorů v domově pro seniory. Kurz byl zaměřený na roli aktivizátora, motivaci klienta, základní zásady při sestavování aktivizačního plánu a také na stimulaci prostředí pro aktivizační program.

Kritérium odborná způsobilost bych vyhodnotila jako zcela vyhovující bez námětů na změnu

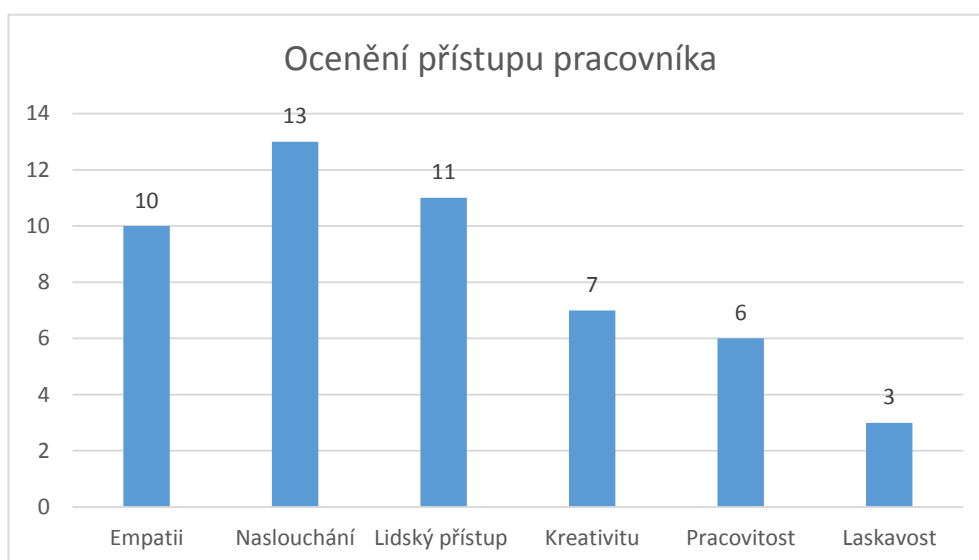
## 4.5 Hodnocení kritéria vlídné zacházení

Pro tento bod byla vytvořena pro klienty domova pro seniory krátká anketa se třemi otázkami, dvě otázky byly otevřené a jedna otázka uzavřená. Anketa byla rozdána 50 klientům z celkového počtu 83 klientů, návratnost činila 100,0%.



**Obrázek 2** Hodnocení přístupu pracovníka, který provádí aktivizaci

První otázka byla uzavřená a ptala se respondentů, jak hodnotí přístup pracovníka, který provádí aktivizaci. 48 respondentů (96 %) uvedlo hodnocení zcela pozitivně, 2 respondenti (4%) uvedli spíše pozitivně. Spíše negativně a zcela negativně nebylo v odpovědích zastoupeno.

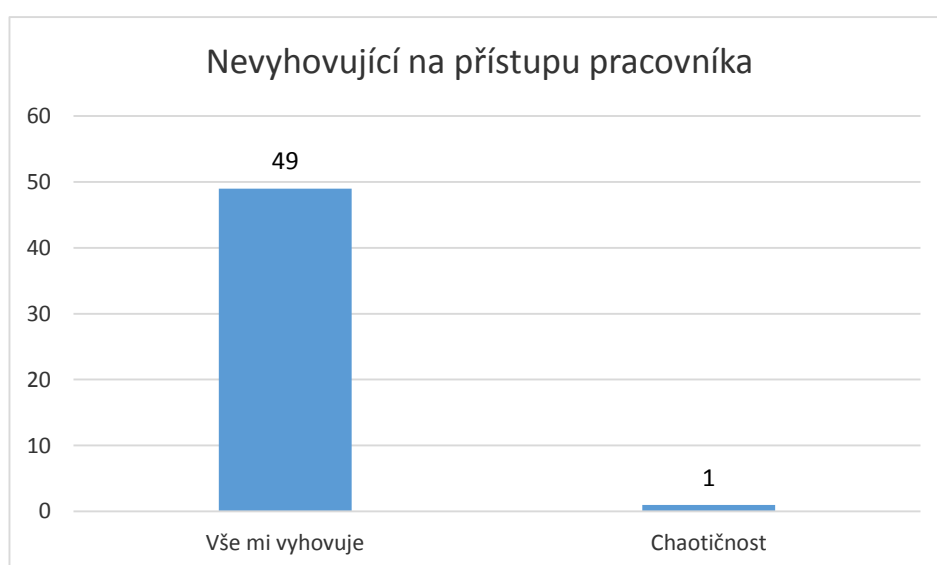


**Obrázek 3** Ocenění přístupu pracovníka



Odpovědi v následující otázce byly rozděleny do 6 kategorií – empatie, naslouchání, lidský přístup, kreativita, pracovitost a laskavost. Kategorie byly utvořeny z odpovědí klientů, kteří uváděli např. „umí se vcítit“ „poslouchá, co říkám“ atd.

Druhá otázka se zaměřovala, na to co klienti (respondenti) oceňují na přístupu pracovnice, která provádí aktivizaci. Otázka byla otevřená. Nejčastější odpovědí bylo naslouchání, která uvedlo celkem 13 respondentů (26%). Dále byl oceněn lidský přístup pracovnice celkem 11 klienty (22%). Empatii uvedlo celkem 10 respondentů (20%). 7 respondentů uvedlo, že na přístupu oceňuje kreativitu (14 %). Pracovitost byla uvedena 6 respondenty (12%) a 3 respondenti ocenili laskavost pracovnice (6%).



**Obrázek 4** Nevyhovující na přístupu pracovníka

Poslední otázka z ankety, byla také otevřená a zaměřovala se na to, co klientům naopak nevyhovuje na přístupu aktivizační pracovnice. Celkem 48 respondentů (98%) uvedlo, že jim vše vyhovuje, pouze 1 respondent (2%) uvedl, že mu nevyhovuje chaotičnost pracovnice.

Hodnocení kritéria vlídné zacházení bych vyhodnotila dle odpovědí od respondentů, kteří toto mohli zhodnotit lépe než já, protože s pracovníci přicházejí do styku podstatně častěji a znají ji lépe, než jsem ji mohla poznat já. Na škále bych to tedy vyhodnotila jako zcela vyhovující bez návrhů na zlepšení.

#### **4.6 Hodnocení kritéria dostupnost**

Kritérium dostupnost bude hodnoceno vlastním pozorováním, sledováním nástěnky a rozhovorem se sociální pracovníci. Zde bude hodnoceno, zda je aktivizace dostupná všem klientům, kteří o ni mají zájem. Také jsem se zaměřila na to, jak často aktivizace probíhají. Z aktivizační nástěnky jsme se dozvěděla, že aktivizační metody probíhají každý všední den

v dopoledních a odpoledních hodinách, dále že o víkendu v sobotu dochází na dopolední hodiny brigádnice. Dále každé úterý a pátek v odpoledních hodinách od 14:30 – 16:00 probíhá tzv. čajovna. Dle domluvy dochází cca dvakrát do měsíce paní s přednáškami na různá téma, proběhly např. besedy o aranžování květin, voňavá přednáška o aromaterapii či přednáška o domácích mazlíčcích. Dále jsem se na nástěnce dočetla, že do domova pro seniory pravidelně třikrát do měsíce dochází pán s harmonikou a svým hudebním představením. Canisterapeutka dochází na skupinovou canisterapii se dvěma psy každých čtrnáct dní na dvě hodiny. Individuální canisterapie je domlouvána s canisterapeutkou individuálně dle přání klientů. Rozhovor se sociální pracovnící jsem zaměřila na to, zda jsou aktivizační služby dostupné všem klientům. „Zúčastňují se aktivizace všichni klienti?“. Na tuto otázku sociální pracovníce odpovídala, že se většinou zúčastňují pouze klienti mobilní případně klienti, kteří jsou vysazeni na invalidní vozík. Imobilní klienti se tedy nedostavují. Další otázka zněla: „Aktivizujete nějak imobilní klienty, kteří se nemůžou zúčastnit skupinové aktivizace kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu?“. Na toto sociální pracovníce sdělila, že z důvodu časové tísně není možné aktivizovat všechny klienty. V tom vidí problém, protože o tento druh aktivizace by byl zájem i mezi imobilními klienty, kteří se jí však z důvodu svého handicapu nemohou účastnit. Dostupnost bych tedy vyhodnotila jako nevyhovující s významnými nedostatky ovlivňující cíl služby. Změny bych uvítala v tom, aby byli aktivizováni i klienti imobilní, tedy upoutáni na lůžku.

#### **4.7 Hodnocení kritéria spolehlivost**

Ačkoliv výzkum probíhal v období chřipkové epidemie, a v domově pro seniory byly uzavřeny návštěvy na dobu čtyř týdnů, aktivizace probíhaly bez externích aktivizačních pracovníků (canisterapeutka, přednášející, brigádnice,...). Neprobíhala tedy canisterapie, duchovní služby a víkendová aktivizace s brigádnicí. Ostatní aktivizační program byl ponechán. Avšak i sociální pracovníce a brigádnice onemocněly, ovšem jedna z nich byla zastoupena svou kolegyní, která se jinak věnuje administrativním pracím. Přesto byli klienti aktivizováni pouze ve všední dny. V době nemoci sociální pracovníce, která obvykle aktivizace provádí, probíhaly následující aktivizace – pohybové cvičení, čajovna, arteterapie, reminiscenční terapie, ergoterapie a trénink kognitivních funkcí. Lze tedy kritérium spolehlivost vyhodnotit jako vyhovující bez návrhů na zlepšení.

## 4.8 Shrnutí výsledků

Služby v oblasti aktivizace jako celek lze dle stanovených kritérií považovat za **vyhovující bez návrhů na zlepšení** v těchto oblastech:

- Pružnost
- Vlídne zacházení
- Spolehlivost
- Odborná způsobilost

**Zcela nevyhovující – významné nedostatky ovlivňující cíl služby** v následujících oblastech:

- Dostupnost

Kritérium vhodnost prostředí bylo posuzováno samostatně:

- Čajovna = částečně vyhovující s prostorem pro změny
- Modlitebna = vyhovující bez návrhů na zlepšení
- Jídelna pro imobilní klienty = zcela nevyhovující s významnými nedostatky ovlivňující cíl služby
- Jídelna pro mobilní klienty = zcela vyhovující bez návrhů na zlepšení

## 5 DISKUZE

Tato kapitola práce je věnovaná diskuzi o výsledcích získaných výzkumným šetřením, porovnáním výsledků s jinými výzkumy a vyhodnocení výzkumného cíle.

Výsledky získávané v tomto výzkumu se vztahují pouze na konkrétní domov pro seniory, kde výzkum probíhal. Výsledky budou předány vedení domova pro seniory jako podnět pro zkvalitňování služeb v oblasti aktivizace. V domově pro seniory dosud žádný průzkum, který by hodnotil kvalitu aktivizačních služeb neprobíhal. Nutné je však zmínit, že hodnocení kvality může být subjektivní.

### **Výzkumný cíl: Zhodnotit kvalitu poskytovaných aktivizačních služeb v domově pro seniory**

Z výsledku výzkumu vyplývá, že aktivizace probíhají pod vedením sociální pracovníce nebo externích pracovníků. Aktivizace probíhá každý den, avšak o víkendu pouze v dopoledních hodinách, ve všední dny i v hodinách odpoledních. Michalcová (2007, s. 43 – 44) ve své práci uvádí, že ve 35 % případů vede aktivizaci rehabilitační sestra. Využití k aktivizaci rehabilitační sestru je dle mého názoru velmi dobré např. u klientů s pohybovými problémy. Po úrazech či cévních mozkových obrnách je ale tento způsob vhodný spíše v nemocnicích, rehabilitačních stavech či léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Nekardová (2015, s. 41) uvádí, že dle jejího výzkumu se klienti aktivizací zúčastňují průměrně třikrát týdně. Ve své bakalářské práci jsem se tímto nezabývala, protože to nespadlo do modelu dle Pláškové, ale považuji to za důležité, protože sociální pracovníce by mohla lépe sestavovat aktivizační program, kdyby měla na které aktivizace, se klienti dostávají pravidelně.

Nabídka aktivizačních metod je dle mého názoru velmi rozmanitá a pestrá. Velmi významnou složkou aktivizačních činností jsou duchovní služby. Duchovní služby klienti ve zkoumaném zařízení navštěvují pravidelně. Měsíčková (2017, s. 54) ve své bakalářské práci uvádí, že bohoslužeb se zúčastňuje 47% klientů, více zastoupené jsou je venkovní aktivity kterých se účastní 66% klientů. Jsem mile překvapena, jak jsou klienti o aktivizačních metodách informováni – od sociální pracovníce, z informační nástěnky, od pracovníků přímé péče a pomocí rozhlasu. Výhodu v rozhlasovém informování vidím v tom, že existuje možnost klientům sdělení zopakovat a zároveň je nemusí sociální pracovníce všechny jednotlivě obcházet. Pozitivně hodnotím také informační nástěnku, která je pro klienty velmi přehledná a srozumitelná hlavně z důvodu barevnosti a velikosti písma.

Vhodné prostředí pro aktivizaci klientů se v domově pro seniory lišilo. Modlitebnu však hodnotím pozitivně, jediné, co by se zde dalo zlepšit je výzdoba, doplnit ji o obrázky či plakáty na stěny. A jsem mile překvapena, že je vůbec v domově pro seniory zřízena takováto místnost a senioři tak nemusí docházet do vzdáleného kostela. Jídelna pro imobilní klienty je dle mého pro aktivizaci klientů naprosto nevhodná a to jak z důvodu velikosti, akustiky tak vybavení. Snižuje to kvalitu služby. Čajovna, kde se klienti scházejí, aby si společně poseděli, je vyhovující doporučila bych však úpravy v oblasti akustiky, protože zvuk se v místnosti velmi rozléhal. Nejvhodnější by bylo, aby aktivizace probíhaly v jídelně v přízemí domova pro seniory, která je jinak určena pro mobilní klienty, je větší a dle mého názoru vhodnější.

Velmi negativním zjištěním pro mě je, že aktivizace není dostupná všem klientům. Imobilní klienti jsou bohužel ve velkém počtu o aktivizaci ochuzeni. Vaňková (2012, s. 46) ve své práci uvádí podobné zjištění. Dle jejího výzkumu je aktivizace klientům upoutaným na lůžko nabízena pouze ve 24 %. Dle mého názoru by bylo řešením imobilní klienty aktivizovat za pomoci dobrovolníků. Dobrovolníci by mohli docházet imobilním klientům například předčítat, ovšem chápu, že je s počtem dobrovolníků velký problém, stále jich je nedostatek. Díky úspěšnému projektu Ježíškova vnučata, který probíhal minulý rok v období Vánoc, kdy se lidé jako dobrovolníci zapojili a pomohli spoustě seniorů splnit jejich přání. Nyní se projekt transformoval na Vnučata na přání, kdy se seniorům plní přání formou přímého kontaktu s klientem tzv. „darujte čas babičkám a dědečkům v domovech pro seniory“ (<https://www.jeziskovavnoucata.cz>). Domov pro seniory, kde průzkum k bakalářské práci probíhal se také projektů účastnil a lidem tak byla díky dobrovolníkům splněna jejich přání. Např. jedné klientce bylo splněno přání zúčastnit se koncertu Tomáše Kluse. Paní J. o koncertě říká „*Koncert byl pro mě naprosto nepopsatelný je to pro mě velký zážitek. Tomáš se mi dokonce podepsal a vyfotil se se mnou. Moc děkuji za splnění tohoto přání*“. Vaňková (2012, s. 39) ve svém výzkumu uvádí, že v 63 % probíhá kontakt klienta a dobrovolníka nepravidelně. Řešením situace aktivizování imobilních klientů by bylo ubrat na některých aktivitách pro mobilní klienty a ušetřený čas věnovat imobilním klientům či propojit aktivizování imobilních klientů za pomoci mobilních klientů.

Za kvalitní považuji přístup sociální pracovnice. Hodnotím tak dle odpovědí klientů v anketě, kde uváděli: „*umí se do mě vcítit*“, „*jsem ráda, že poslouchá, co říkám*“ či „*věnuje hodně času přípravě*“. Je nutné zmínit, že provádět aktivizaci pod vedením jednoho člověka je

velmi náročné. Dytrychová (2009, s. 44) uvádí, že v zařízeních chybí odborně vzdělaný personál v oblasti ergoterapie, rehabilitace či volnočasových aktivit. Naopak Vaňková (2012, s. 41) říká, že aktivizace v 85 % probíhá pod vedením ergoterapeuta či pracovníka pro základní nepedagogickou činnost. Dále uvádí, že je v 67 % dostatek osob kvalifikovaných pro aktivizaci. Osobně se spíše přikláním k výsledkům Dytrychové, také považuji za velký problém nedostatek aktivizačních pracovníků a ergoterapeutů.

Spolehlivost hodnotím také jako kvalitní a považuji za důležité, že nejsou klienti o aktivizaci ochuzováni například nemocí sociální pracovníce. Kolegyně ji v době nemoci velmi dobře zastoupila a připravila pro klienty aktivizační program. Pouze o víkendu byli klienti o program připraveni a bohužel i brigádnice byla nemocná, což se bohužel nedá nijak ovlivnit. Ale jinak byl aktivizační program pokryt dle aktivizačního programu.

Pružnost musím zhodnotit kladně, avšak můj osobní názor je, že aktivizační program by se měl měnit častěji než jednou za měsíc. Aktivita se mohou za měsíc klientům „okoukat“ a bylo by dobré, aby ti, pro které jsou určeny, o ně nepřestali mít zájem, aby to pro ně nebylo stereotypní a nudné.

Vaňková (2012, s. 45) ve své práci uvádí, že v jejím zkoumaném zařízení jsou pro klienty pořádány výlety či sportovní turnaje. Toto by bylo také možné rozšíření nabídky aktivizačních činností jako návrh na zlepšení.

Dle mého názoru jsou služby v oblasti aktivizace kvalitní, hodnotím tak z ohlasů klientů a také z vlastního pozorování, které jsem během výzkumu a také během odborné praxe mohla provádět. Jediné místo, kde bych doporučila změnu, je v oblasti aktivizování imobilních klientů a také prostředí.

Nabídka aktivizačních metod je široká, dala by se rozšířit například o Felinoterapie, Biblioterapie, Aromaterapii či Snoezelen. Snoezelen je aktivizační metoda a zároveň prostředí. Jedná se o multisenzorickou místnost, která slouží ke stimulaci všech smyslů (hmat, sluch, zrak, chuť a čich). Je to ale, bohužel, finančně velmi náročná aktivita, hlavně z počátku, kdy se musí místnost speciálně upravit, která se k této aktivitě využívá (Bendlová a Zíkl, 2011, s. 114 – 115). Snoezelen je vhodný pro osoby trpící demencí, kterých bohužel v domovech pro seniory stále přibývá

Vypracování této práce je pro mě velmi přínosné, neboť bych se jednou sama chtěla aktivizaci seniorů v domově pro seniory, hospici či v nemocnici věnovat. Seniorská věková skupina je mi nejbližší a tak považuji za nezbytné zaměřit se na to, jak smysluplně vyplnit klientům den, zajistit jim důstojné stáří, ale současně je do ničeho nedobrovolně netlačit. Populace stárne a tak bychom měli seniorům věnovat více času, naslouchat jim, povzbuzovat je a tímto jim dopřát příjemně strávené chvíle.

## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zpracována teoreticko-prakticky. Zabývala se kvalitou aktivizace v domově pro seniory. Kvalita byla posuzována v oblastech – dostupnost, vhodnost prostředí, odborná způsobilost, vlídné zacházení, pružnost a spolehlivost.

V teoretické části jsem se zaměřila na stáří, stárnutí a změny, které stáří přináší. Důležitou kapitolou je aktivizace, kde jsem vymezila definici, cíle aktivizace a konkrétní aktivizační metody. Dále jsem se věnovala sociálním službám určeným pro seniory. Zařadila jsem i kapitolu vzdělávání seniorů, poněvadž vzdělávání považuji také za aktivizaci. Také jsem se zaměřila na téma kvality, kde se zaměřuji na definici kvality, standardy kvality a kvalitu služby. Teoretický cíl práce byl tedy splněn.

Praktická část se zaměřovala na zhodnocení kvality aktivizace v konkrétním domově pro seniory v Pardubickém kraji. Výzkum probíhal formou – pozorování, anketa pro klienty, rozhovory, studium materiálů. Kvalita aktivizace byla zjišťována dle modelu Pláškové.

Dle tohoto modelu bych vyhodnotila služby za kvalitní v oblasti

- Vlídneho zacházení
- Odborné způsobilosti
- Pružnosti

Naopak za zcela nevyhovující považuji:

- Dostupnost

Vhodné prostředí bylo posuzováno jednotlivě:

- Čajovna – částečně vyhovující s prostorem pro změny
- Modlitebna – zcela vyhovující bez návrhů na zlepšení
- Jídelna pro imobilní klienty – zcela nevyhovující
- Jídelna pro mobilní klienty – zcela vyhovující

V praktické části mě spousta věcí mile překvapila, avšak některá naopak dost znepokojila. Za pozitivní považuji široké spektrum nabízených aktivizačních činností, které mají klienti možnost navštěvovat. Dále jsem velmi ráda, že klienti kladně hodnotí přístup sociální pracovnice. Neuspokojivé je však zjištění, jak málo jsou aktivizovaní klienti upoutáni na lůžko. Proč by klienti kvůli své imobilitě měli přicházet o aktivizaci či o rozptýlení, které jim může aktivizace přinést? Dále musím negativně zhodnotit některé prostory, kde se aktivizace koná. Pozitivum, které bych zde ráda zmínila je také to, jak jsou klienti o aktivizacích informováni – rozhlasem, nástěnkou, sociální pracovníci a také pracovníky přímé péče. Výsledky této práce budou předány do domova pro seniory pro rozvoj a zkvalitňování služeb.



## 7 POUŽITÁ LITERATURA

### Tištěné zdroje

**BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL.** *Dítě s mentálním postižením ve škole.* Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.

**ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ.** *Sociální gerontologie: úvod do problematiky.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

**DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar.** *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

**GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ.** *Canisterapie: pes lékařem lidské duše.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.

**CHLOUPKOVÁ, Soňa.** *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

**JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ.** *Ergoterapie.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

**KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ.** *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

**KRIVOŠÍKOVÁ, Mária.** *Úvod do ergoterapie.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

**KUZNÍKOVÁ, Iva.** *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

**MALÍK HOLASOVÁ, Věra.** *Kvalita v sociální práci a sociálních službách.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

**MALÍKOVÁ, Eva.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

**MATOUŠEK, Oldřich.** *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

**MLÝNKOVÁ, Jana.** *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0132-0.

**MLÝNKOVÁ, Jana.** *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

**MÜHLPACHR, Pavel.** *Gerontopedagogika. 2. vyd.* Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.

**PIDRMAN, Vladimír.** *Demence.* Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

**PŘIBYL, Hugo.** *Lidské potřeby ve stáří.* Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

**SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ.** *Hry a činnosti pro aktivní seniory.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.

**ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava.** *Základy arteterapie. Vyd. 2. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.

**VALENTA, Milan.** *Dramaterapie. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2.* Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.

**VEBER, Jaromír.** *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2007. Manažer. ISBN 978-80-247-1782-1.

**VENGLÁŘOVÁ, Martina.** *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

**WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER.** *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

**ZELEIOVÁ, Jaroslava.** *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

### **Legislativa**

**ČESKO.** Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, In: *Sbírka zákonů České republiky.* 2006, částka 37. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).

Sociální zabezpečení...: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum: Ostrava: Sagit, 2016. ÚZ. ISBN 978-80-7488-155-8.

### **Internetové zdroje**

Vnoučata na přání. <https://www.jeziskovavnoucata.cz/> [online]. [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <https://www.jeziskovavnoucata.cz/>

**DYTRYCHOVÁ, Pavla.** Podoba aktivizačních metod v domovech pro seniory Královehradeckého kraje. Bakalářská práce obhájená na Univerzitě v Pardubicích v r. 2015.

**MICHALCOVÁ, Pavlína.** Aktivizace seniorů v pečovatelských domech a domovech důchodců. Bakalářská práce obhájená na Univerzitě Karlově v Hradci Králové v r. 2007.

**MĚSÍČKOVÁ, Kateřina.** Aktivizace seniorů v domovech pro seniory. Bakalářská práce obhájená na Univerzitě v Pardubicích v r. 2017.

**NEKARDOVÁ, Pavla.** Aktivizace seniorů v domovech pro seniory v regionu Uherské Hradiště. Bakalářská práce obhájená na Univerzitě Palackého v Olomouci v r. 2015.

**VAŇKOVÁ, Petra.** Aktivizace seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Diplomová práce obhájená na Mendelově Univerzitě v Brně v r. 2007.

## **8 PŘÍLOHY**

<b>Příloha A.....</b>	<b>53</b>
-----------------------	-----------

Příloha A

Záznamový arch pozorování – vhodnost prostředí

<b>Místnost -</b>	
<b>Kritérium</b>	<b>Vlastní poznámky</b>
Akustika	
Osvětlení	
Velikost místnosti	
Vybavení	