

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Aktivizační činnosti pro osoby s duševním onemocněním v domovech se  
zvláštním režimem.**

**Bakalářská práce**

**Autor: Štěpánka Řezáčová**

**Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová**

**Datum odevzdání práce: 7. 5. 2010**

## **ABSTRAKT**

### **Aktivizační činnosti pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem.**

Bakalářská práce je zaměřena na aktivizační činnosti u osob s duševním onemocněním žijících v domovech se zvláštním režimem. Téma je autorce blízké, jelikož je koordinátorkou dobrovolnického programu v Domově pro seniory Máj, České Budějovice p. o., kde dobrovolníci v tomto programu vykonávají dobrovolnickou činnost převážně v domově se zvláštním režimem a také je ergoterapeutkou v Domově důchodců Dobrá Voda u Českých Budějovic.

V teoretické části se autorka zabývala aktivizačními činnostmi. Zpracovala také kategorizaci sociálních služeb, sociální služby pro osoby trpícími duševním onemocněním, sociální práci s osobami s duševním onemocněním, způsobilost k právním úkonům, nedobrovolnou hospitalizaci, zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb a sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem. Dále v rozsáhlé kapitole informuje o duševních onemocněních.

V praktické části se autorka zaměřuje na zmapování nabídky aktivizačních činností pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem v jihočeském kraji, což je také cílem této práce.

Prvním dílčím cílem je zjistit jaké aktivizační činnosti osoby s duševním onemocněním nejčastěji využívají v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Druhým dílčím cílem je zjistit, jaké aktivizační činnosti u osob s duševním onemocněním jsou nejpřínosnější z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Díky použité kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu bylo docíleno komplexního pohledu na aktivizaci osob s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem.

## **ABSTRACT**

### **Activating activities for people with mental illnesses in nursing homes with a special regime.**

The bachelor thesis is focused on activating activities for people with mental illnesses living in nursing homes with a special regime. The author is well-informed in the subject of the study, owing to the fact that she is a coordinator of a volunteer program in the Máj elderly home in České Budějovice. Additionally, she holds a position of an occupational therapist in the elderly residential home in Dobrá Voda located near to České Budějovice.

In the theoretical part, the author dealt with activating activities. She also processed a categorization of social services, their usage for people suffering from mental illnesses, a social work with persons developing mental illnesses, a legal capacity, an involuntary hospitalization, medical conditions precluding a provision of residential social services, and a social work in the nursery home with a special regime. Furthermore, an extensive chapter informs about mental illnesses.

In the practical part, the author focused on mapping of availability of activating activities for people with mental illnesses in the care homes with a special regime in the South Bohemian region. That was also the aim of this thesis.

The first partial goal was to sort out which activating activities for the persons with mental illnesses were most frequently used in the nursery homes with a special regime in the South Bohemian region.

The second partial goal was to find out what activating activities at persons with mental illnesses were most beneficial from the perspective of the social workers and workers in social services in the nursery homes with a special regime in the South Bohemian region. Using combination of the qualitative and quantitative research, there has been achieved a global view on the activation of people with mental illnesses in the nursery homes with a special regime.

### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 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.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Lence Motlové za vedení mé odborné práce, připomínky, nápady a především za čas, který mi věnovala. Také děkuji sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách za jejich ochotu ke spolupráci. A v neposlední řadě chci poděkovat své rodině za podporu.

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| Obsah.....   | 6         |
| Úvod.....  | 8         |
| <b>1. Současný stav .....</b>                                      | <b>10</b> |
| 1.1. Duševní poruchy.....  | 10        |
| 1.1.1. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy .....  | 10        |
| 1.1.1.1. Schizofrenie.....   | 10        |
| 1.1.1.2. Schizoafektivní porucha .....                             | 12        |
| 1.1.1.3. Porucha s bludy .....                                     | 12        |
| 1.1.2. Organické duševní poruchy .....                             | 13        |
| 1.1.2.1. Syndrom demence .....                                     | 13        |
| 1.1.2.2. Rozdělení demencí .....                                   | 14        |
| 1.1.2.3. Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby .....           | 14        |
| 1.1.2.4. Demence u Huntingtonovy choroby.....                      | 15        |
| 1.1.2.4. Demence u infekce HIV .....                               | 15        |
| 1.1.2.5. Vaskulární demence.....                                   | 15        |
| 1.1.3. Poruchy osobnosti .....                                     | 15        |
| 1.1.3.1. Specifické poruchy osobnosti.....                         | 16        |
| 1.1.4. Afektivní poruchy.....                                      | 17        |
| 1.1.4.1. Mánie.....  | 17        |
| 1.1.4.2. Depresivní porucha.....                                   | 18        |
| 1.1.5. Neurotické poruchy .....                                    | 18        |
| 1.1.5.1. Fobické úzkostné poruchy.....                             | 18        |
| 1.1.5.2. Obsedantně-kompulzivní porucha.....                       | 19        |
| 1.1.5.3. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení .....      | 20        |
| 1.1.6. Mentální retardace .....                                    | 21        |
| 1.2. Sociální služby .....   | 21        |
| 1.2.1. Kategorizace sociálních služeb .....                        | 22        |
| 1.2.2. Sociální služby pro osoby trpící duševními nemocemi.....    | 23        |
| 1.2.3. Pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou ..... | 24        |
| 1.2.4. Domov se zvláštním režimem .....                            | 29        |
| 1.3. Aktivizační činnosti.....                                     | 31        |
| 1.3.1. Zooterapie.....   | 31        |
| 1.3.2. Ergoterapie .....   | 34        |
| 1.3.3. Muzikoterapie.....  | 36        |
| 1.3.4. Reminiscenční terapie .....                                 | 38        |
| 1.3.5. Dramaterapie .....  | 39        |
| 1.3.6. Arteterapie .....   | 42        |
| 1.3.7. Trénování paměti.....                                       | 43        |
| 1.4. Sociální práce s osobami s duševním onemocněním .....         | 45        |

|  |           |
|--|-----------|
| 1.4.1. Způsobilost k právním úkonům.....                                       | 45        |
| 1.4.2. Nedobrovolná hospitalizace .....  | 45        |
| 1.4.3. Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb ... | 46        |
| 1.4.4. Klient s duševním onemocněním v systému sociálních služeb.....          | 46        |
| 1.4.5. Specifické potřeby duševně nemocných .....                              | 47        |
| 1.4.5.1. Bydlení .....   | 47        |
| 1.4.5.2. Volný čas .....   | 48        |
| 1.4.6. Sociální pracovník v domově se zvláštním režimem .....                  | 48        |
| <b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>   | <b>51</b> |
| <b>3. Metodika.....</b>  | <b>53</b> |
| 3.1. Použité metody a techniky sběru dat.....                                  | 53        |
| 3.2. Charakteristika zkoumaného souboru .....                                  | 54        |
| 3.3. Realizace výzkumu.....  | 54        |
| <b>4. Výsledky .....</b>   | <b>56</b> |
| 4. 1. Výsledky kvantitativního výzkumu.....                                    | 56        |
| 4. 2. Výsledky kvalitativního výzkumu.....                                     | 76        |
| 4. 2. 1. Rozhovor se sociální pracovníci č. 1.....                             | 76        |
| 4. 2. 2. Rozhovor se sociální pracovníci č. 2.....                             | 77        |
| 4. 2. 3. Rozhovor se sociální pracovníci č. 3.....                             | 79        |
| 4. 2. 4. Rozhovor se sociální pracovníci č. 4.....                             | 80        |
| 4. 2. 5. Rozhovor se sociální pracovníci č. 5.....                             | 81        |
| 4. 2. 6. Rozhovor se sociální pracovníci č. 6.....                             | 82        |
| <b>5. Diskuze .....</b>  | <b>84</b> |
| <b>6. Závěr .....</b>  | <b>88</b> |
| <b>7. Použitá literatura.....</b>  | <b>89</b> |
| <b>8. Klíčová slova .....</b>  | <b>94</b> |
| <b>9. Přílohy .....</b>  | <b>95</b> |

## ÚVOD

Domovy se zvláštním režimem jsou součástí domovů důchodců či domovů pro seniory. Posláním těchto domovů je, s respektem k lidským právům a prostřednictvím individuální podpory či pomoci, zajistit seniorům s duševním onemocněním, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby, důstojné prožívání života.

Aktivizační činnosti v těchto zařízeních jsou velice důležité z důvodu zachování soběstačnosti klienta. Jsou také příležitostí pro klienta objevit další možnosti v jeho životní fázi s cílem zlepšit kvalitu života. V neposlední řadě mohou zlepšovat koncentraci, podporovat komunikační dovednosti, aktivizují rezervní kognitivní kapacitu, podporují orientaci, sebevědomí, pozitivní emocionální zážitky atd.

V zařízeních jako jsou domovy pro seniory či domovy důchodců je důležitá prvotní adaptace uživatele na nové prostředí. Ze své zkušenosti musím podotknout, že mnohdy u nově přichozích klientů není adaptační proces dobře zvládnut. V tomto období se zhoršuje jak psychický stav uživatele, tak i fyzický. Podle mého názoru je adaptace nového klienta mnohdy podceňována. I v tomto období by měl být klient zapojován do aktivizačních činností, aby se mohl přizpůsobit změnám, novému kolektivu lidí a jinému řádu.

Ve své praxi jako koordinátorka dobrovolnického programu v Domově pro seniory Máj České Budějovice, p. o. jsem se u dobrovolníků setkala s velkými obavami z osob s duševním onemocněním. A právě proto jsem pro zpracování své bakalářské práce zvolila téma Aktivizační činnosti pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem.

Problematika domovů se zvláštním režimem je velmi diskutované téma. Práce s lidmi s duševním onemocněním je vždy velmi náročná vzhledem k ošetřujícímu personálu, jeho kvalifikovanosti a smyšlení. Jeho náročnost vidím i vzhledem k veřejnosti. Lidé se většinou takto nemocných lidí bojí a neví, jak s nimi komunikovat. Lidé i jejich rodina si lépe představí např. diagnostikovanou



nemoc typu karcinomu než nemoc jako je např. Alzheimerova demence. Neví, jak s touto informací nakládat a jak se chovat k rodinnému příslušníku, u kterého se tato nemoc diagnostikovala a nadále se stupňuje. Výzkumy zabývající se touto problematikou vypovídají, že lidí s Alzheimerovou demencí přibývá, proto je velmi důležité se touto problematikou zabývat a změnit smýšlení veřejnosti a zkvalitnit péči v domovech se zvláštním režimem. V rámci zkvalitnění péče by měl být kladen důraz i na zkvalitnění aktivizačních činností.

V teoretické části bych se chtěla zabývat aktivizačními činnostmi. Zpracovat kategorizaci sociálních služeb, sociální služby pro osoby trpícími duševním onemocněním, sociální práci s osobami s duševním onemocněním, způsobilost k právním úkonům, nedobrovolnou hospitalizaci, zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb a sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem. Dále bych chtěla informovat o duševních onemocněních.

V praktické části bych zmapovala nabídku aktivizačních činností pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji, což je také cílem této práce.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1. Duševní poruchy

### 1.1.1. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

#### 1.1.1.1. Schizofrenie

Schizofrenie je psychotické onemocnění, které pacientovi narušuje schopnost srozumitelně postupovat a chovat se v harmonii s okolnostmi. Jeho vztahy ke skutečnostem se mění, oddaluje se ostatním bytostem a mění se i jeho osobnost. Toto onemocnění jednoznačně snižuje kvalitu života. Vede k nezpůsobilosti uspokojivě naplnit život a vyhovět životním rolím. Jedná se o poměrně časté onemocnění, prevalence se odhaduje na 0,5-1,0 %. Většinou postihuje osoby mladšího věku, není však vyloučeno její pozdější propuknutí. Etiologie schizofrenie není známa; předpokládá se multifaktoriální etiologie a mnohočetné patogenetické vlivy. Obecný rámec tvoří teorie zátěže a dispozice: Dědičná nebo získaná vloha disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži; to prohlubuje snížení odolnosti jedince a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění. Dědičné genetické faktory jsou významné v etiologii schizofrenie (1).

Pro diagnostiku schizofrenie je nutná přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků v trvání delším než 1 měsíc: slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace, bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky, halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají, bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře. Pokud není přítomen, některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících: přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy), katatonní projevy, negativní příznaky v podobě apatie, alogie (ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost), nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení,

nečinnost, bezcílnost).

Schizofrenie může probíhat v atakách, po kterých se dostaví buď částečná či úplná remise. Nebo je možno aby probíhala bez výraznějšího zlepšení **(31)**.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) se vyskytují tyto klinické formy:

a) Paranoidní schizofrenie

Je nejčastější formou schizofrenie, většinou s pozitivními příznaky (hlavně perzekuční bludy a sluchové halucinace); časté intrapsychické halucinace (přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, odnímání myšlenek, nebo vkládání cizích myšlenek), symbolické nebo magické myšlení, podrážděná afektivita, může se objevit agresivita proti domnělým nepřátelům **(7)**.

b) Hebefrenní schizofrenie

Tato forma je typická pro adolescentní věk. Většinou projev s pozitivními příznaky (hlavně perzekuční bludy a sluchové halucinace); časté intrapsychické halucinace (přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, odnímání myšlenek, nebo vkládání cizích myšlenek), symbolické nebo magické myšlení, afektivita podrážděná, může se objevit agresivita proti domnělým nepřátelům **(36)**.

c) Katatonní schizofrenie

V dnešní době se jedná o vzácně se vyskytující formu. Jsou známy dvě podoby této schizofrenie. První, produktivní forma – neobvyklé pohyby, impulzivní činy, povelový automatismus, nadměrná vzrušenost, bezcílný neklid, stereotypie v motorickém i verbálním projevu; někdy impulzivní pacienti. Druhá, neproduktivní (stuporózní) forma – katatonní stupor (nereaguje, neztrácí vědomí, riziko metabolického rozvratu), negativismus, tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách (flexibilitas cerea, katalepsie). Halucinace a systemizované bludy nejsou typické **(7)**.

d) Simplexní schizofrenie

Jedná se o nenápadnou formu onemocnění. Převažují hlavně

negativní příznaky - v popředí změny chování s úpadkem vůle, zlhostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů a oploštěním emocí, autismus, alogie, změna osobnosti v mládí, nemají zjevné psychotické příznaky. Dny tráví poleháváním, přetrvává v podstatě jen zájem o jídlo a kouření (22).

e) Nediferencovaná schizofrenie

f) Postschizofrenní deprese

g) Reziduální schizofrenie

#### **1.1.1.2. Schizoafektivní porucha**

Často diagnostikované onemocnění. Charakterizované současnou přítomností schizofrenní i afektivní symptomatiky. Dle klasifikace se rozlišují depresivní, manický a smíšený typ (2).

U manického typu přichází v úvahu expanzivní nálada se zvýšeným sebevědomím, vzrušením, někdy až agresivitou, současně jsou přítomny megalomaničké nebo perzekuční bludy a intrapsychické či jiné halucinace. U depresivního typu je depresivní nebo úzkostně depresivní nálada, ztráta životního elánu, sebeobviňování a sebepodceňování, depresivní bludy autoakuační a hypochondrické nebo bludy perzekuční a bludy kontrolovatelnosti. Dochází k suicidnímu jednání (19).

#### **1.1.1.3. Porucha s bludy**

Toto onemocnění postihuje klienty okolo 35-40 roku života. Hlavním symptomem jsou bludy, které jsou převážně systematizované a ucelené, v logické souvislosti, dotyční jsou ujištění, že jsou pronásledováni nebo jsou jejich činy sabotovány. Pacient je o bludu nevyvratně přesvědčen a pokouší se svému okolí vnutit pravdivost bludu. Realitu raději přeformuluje, tak aby zapadala do jeho bludů, než aby učinil pravý opak. Porucha s bludy jde velice těžce ovlivnit a léčit, porucha je chronická, bludy rezistentní a úporné (6).

## 1.1.2. Organické duševní poruchy

### 1.1.2.1. Syndrom demence

Syndrom demence má jako hlavní projev úbytek kognitivních funkcí, mezi něž patří paměť, intelekt, pozornost a motivace. Do 2-4 let věku je dokončen vývoj kognitivních funkcí. Při postižení těchto funkcí ve smyslu jejich nedostatečného vývoje, vzniklé v období prenatálním, perinatálním či časně postnatálním hovoříme o mentální retardaci. Pokud ovšem došlo k rapidnímu snížení kognitivních funkcí oproti období před nemocí, jedná se o demenci. Demence bez jiného bližšího označení je brána jako syndrom, nikoliv jako nosologická jednotka. Je nejčastější ve vyšších věkových kategoriích a jejich hojnost se s věkem zvyšuje. Ale již od začátku druhého roku života ji můžeme diagnostikovat jako následek poškození mozku. Jedno ze základních kritérií syndromu demence se označuje nejméně šesti měsíční pokles intelektových funkcí **(16)**.

Charakteristické jsou u tohoto syndromu poruchy pozornosti, motivace, orientace, intelektu, paměti, schopnosti abstraktivního myšlení, také u korových funkcí dochází k poruchám. Poškození emotivity, emoční labilita, nezdrženlivost, u těžké demence dochází k úplnému vyhasnutí po citové stránce. Pro demenci je též typická degradace osobnosti, u té dojde ke ztrátě zájmů, citových vztahů a také k zanedbávání základních estetických, etických a společenských pravidel **(12)**.

Výše uvedené poruchy funkcí kognitivních i nekognitivních vedou k úbytku či ztrátě soběstačnosti. To pochopitelně vede k hospitalizaci v zařízení pobytových sociálních služeb nemocného. Pro rodinu přináší péče o postiženého s demencí značnou psychickou, fyzickou a ekonomickou zátěž **(16)**.

U lehké demence se uvádí slabý úbytek paměti, nápadné snížení schopnosti učit se novým věcem a zhoršené vybavování právě nových informací. Soběstačnost ale není nějak zásadně narušena. Kdežto u středně těžké demence již nejsou postižení jednotlivci schopni konat cokoli samostatně bez pomoci druhých osob. Projevuje se u nich takřka naprostá neschopnost všítipit si nové poznatky, nevybaví si jména blízkých osob, problémem je i orientace v čase a místě. Teď

zbývá už jen těžká demence, která znamená naprostou neschopnost vstít si nové poznatky, z let minulých si vybaví jen útržky. Lidé trpící těžkou demencí jsou zcela odkázáni na péči druhých. Momentálně lze aspoň některé demence vyléčit. U zbylých pacientů lze průběh zpomalit a oddálit tím těžká stádia s odkázáním na péči osob v okolí (42).

#### **1.1.2.2. Rozdělení demencí**

a) Demence primárně degenerativní (atroficko-degenerativní, neurodegenerativní demence): již ze skupinového pojmenování těchto chorob je kardinální makroskopický projev, tj. zmenšení orgánu původně normálně vyvinutého (atrofie). Do této skupiny řadíme: Alzheimerovu nemoc (nejčastější demence), Demence u Parkinsonovy choroby, Nemoc s Lewyho tělísky, Pickovu chorobu, Frontální a frontotemporální demenci, Progresivní supranukleární obrnu a Huntingtonovu chorobu (23).

b) Demence sekundární, symptomatické: u kterých je syndrom demence vyvolán jiným primárním onemocněním, postihující CNS (např. vaskulární onemocnění, neuroinfekce, intoxikace CNS a další), sekundární demence lze ještě dělit na demence Ischemicko-vaskulárního původu a na další symptomatické demence, např. demence při infekčních chorobách, intoxikacích CNS, nádorech a metabolickém rozvratu aj. Řadí se sem například alkoholové demence, také demence při zánětlivých onemocněních CNS jako je HIV, Lues, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, demenci při epilepsii, metabolické demence i posttraumatické demence. Mezi ischemicko-vaskulární demence patří: multiinfarktová demence a Binswangerova nemoc (23).

Někdy jsou demence také rozdělovány - ne zcela přesně - na korové a podkorové, dle lokalizace převažujícího postižení a z toho odvozených klinických příznaků (23).

#### **1.1.2.3. Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby**

Jedná se o rychle progredující demenci. Nemoc obvykle začne ve středním či pozdějším věku. Často se projevuje extrapyramidovými příznaky s tremorem,

spastickou paralýzou končetin, choreatickými pohyby a rigiditou. Onemocnění končí smrtí za 1 až 2 roky (23).

#### **1.1.2.4. Demence u Huntingtonovy choroby**

Jedním z projevů degenerace mozku je právě demence. Prvními příznaky mohou být deprese, úzkost anebo čistá paranoidní porucha. Postup této nemoci je pomalý, končí smrtí do 10 – 15 let (23).

#### **1.1.2.4. Demence u infekce HIV**

Tato demence se projevuje zapomnětlivostí, špatným soustředěním, pomalostí, sociální stažeností, apatií a problémy při čtení. Při tělesném vyšetření se obvykle odhalí ataxie, hypertonie, hyperreflexie, poruchy rovnováhy, poruchy očních pohybů a poškození frontálního laloku. Demence u infekce HIV často progreduje až k těžké globální demenci (23).

#### **1.1.2.5. Vaskulární demence**

Tato demence vzniká vlivem vaskulárních onemocnění po infarktech. Zhoršení kognitivních funkcí bývá často nerovnoměrné. Může se vyskytovat zhoršení intelektu a ztráta paměti. V některých případech dochází i ke zjevné změně osobnosti. Také občas dochází ke zvýraznění dřívějších povahových rysů např. iritabilita, egocentrismus a tak podobně. Mezi přidružené rysy patří emoční labilita, pláč, záchvaty smíchu, hypertenzí a přechodnou depresivní náladou (23).

#### **1.1.3. Poruchy osobnosti**

O tyto typy poruch však za poslední dobu vzrostl zájem, nejen kvůli častější diagnostice, ale i kvůli rozvoji dalších onemocnění a poruch u těchto pacientů. Klienti s duševním onemocněním zpravidla nezvládají vyjít s partnerem, milovat, pracovat, jsou mnohdy bez práce, svobodní, častěji podléhají drogám a predispozice k jinému psychiatrickému onemocnění je zde daleko vyšší. Odlišná je afektivita, vzrušivost, impulzivita, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem. Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění, ovlivňuje celou osobnost (25).

### 1.1.3.1. Specifické poruchy osobnosti

V dřívějších dobách se používal pro tyto poruchy termín psychopatie. Porucha osobnosti se začíná projevovat již v dětství, ale s jistotou ji lze diagnostikovat až po dozrání osobnosti. Patří k nejčastěji diagnostikovaným poruchám v psychiatrii, které jsou poměrně stálé a složitě ovlivnitelné nejen farmakoterapií, ale i psychoterapií.

Příchod k lékaři je způsoben nějakou nesnází, konflikty s policií, rvačkou, parasuicidálním chováním či rezistentní depresí (7).

#### a) Paranoidní porucha osobnosti

Je typická podezíravostí a nedůvěřivostí. Osoby s touto poruchou vidí všude jen nebezpečí, nepřátelství, křivdu, urážky a nevěru, spiknutí a lsti. Láká je moc, vyvolává konflikty s okolím. Jsou nepřátelští a vzteklí (31).

#### b) Schizoidní porucha osobnosti

Je charakteristická samotářstvím, plachostí, citlivostí lehkou zranitelností, obtížným navázáním kontaktu a stažením ze sociálních kontaktů. Tento člověk se uzavírá do svého vnitřního prožívání, do své fantazie a má velmi skrovnou schopnost projevovat své city, je lhostejný vůči chvále a kritice, neprojevuje ani moc velký zájem o sexuální sblížení (7).

#### c) Disociální porucha osobnosti

Disociální porucha osobnosti se vyznačuje neakceptováním zájmů a práv jiných lidí, anetickým chováním s žádnou empatií, netrpělivostí, bezohledností, nezodpovědností. Nejradši uspokojují jen své potřeby a tužby. Některé literatury uvádí, že 75 % odsouzených trpí právě touto poruchou (25).

#### d) Histrionská porucha osobnosti

Charakteristickým znakem pro histriónskou poruchu je nadměrné projevení velmi labilních a nestálých emocí, také dramatizování, okázalost, egocentričnost, neutuchající touhou po obdivu, snaha být ve středu dění a pozornosti a vynucování výrazů náklonnosti. Dotyčná osoba ovládá perfektně manipulaci, lež a simulování (22).

#### e) Narcistická porucha osobnosti

Jedná se o osoby, pro které je charakteristický pocit vlastní důležitosti, jedinečnosti. Myslí si, že pro ně platí jiné společenské normy, schopnost empatie



je u nich velmi snížena. Jsou velice citliví na kritiku, proto také vztahy s jejich okolím jsou nadměrně křehké (32).

f) Anankastická porucha osobnosti

Jedinci nemocní touto poruchou se vyznačují snahou o dokonalost, perfekcionalismem, pořádkem, čistotou, jsou zaujati pravidly, která striktně dodržují. Práce jim vyhovuje rutinní, kde se nevyskytuje velké množství změn. Jedná se o osoby převážně bez smyslu pro humor, jejich mezilidské vztahy jsou spíše na formální úrovni. Přátel mají nemnoho, jelikož vyžadují, aby se jim ostatní přizpůsobili, a ani kompromisy jim nevyhovují. Anankastická porucha osobnosti se častěji vyskytuje u mužů a u nejstarších dětí. A v anamnéze zpravidla bývá tvrdá výchova (38).

g) Anxiózní porucha osobnosti

Pro jedince s touto poruchou je typická extrémní citlivost k odmítnutí, pocit méněcennosti, plachosti, o své osobě vypovídají značně skromně. Přátel moc nemají, ne z důvodu asociálního, oni chtějí společnost a interpersonální vazby, jenže mají velké obavy z odmítnutí, potřebují jasně danou garanci nekritického přijetí (25).

#### 1.1.4. Afektivní poruchy

Jedná se o skupinu poruch, jejíž hlavním symptomem jsou očividné poruchy nálad, které nejsou nijak ovlivněny psychoaktivními látkami, ani organickým postižením CNS (10).

##### 1.1.4.1. Mánie

Mánií rozumíme ohraničené období, které se vyznačuje nadnesenou, expanzivní, euforickou náladou s nadměrnou aktivitou, velice zrychleným myšlenkovým tokem, sníženou potřebou spánku, se zvýšeným svědomím, nesoustředěností, lehkomyšlným chováním až velice riskantním, je zde také ztráta či omezení sociálních zábran. Chování je pro ostatní dotěrné člověk s touto diagnózou volá svým blízkým v noci, kontakty s cizími lidmi navazuje bez kontroly, bizardně se oblékají a upravují, jejich řeč je doslova až nepřerušitelná, hlasitá, se spoustou bonmotů (38). Rozdávají nejen své peníze, ale i věci. Dotyční

mají sklon k větší konzumaci alkoholu. Pacient se léčit nechce, není čemu se divit, když on sám si přijde šťastný a dokonalý, nechce si připustit, že je skutečně nemocen (7).

#### **1.1.4.2. Depresivní porucha**

Doslova opakem mánie je depresivní porucha, která je charakteristická bolestně smutnou náladou, bez smyslu k dalším činnostem, ztráta zájmu a radosti z činností a zábav, které dřív toto poskytovaly (29).

U tohoto onemocnění se přidá i ztráta chuti k jídlu, psychomotorický neklid, nespavost, celková únava, nulová energie, nesoustředěnost, sklíčenost, bezmoc, bezcennost, bezradnost, bolestí svalů, kloubů, těžkost končetin, zpomalenost mluvy, gest, neschopnost přemýšlet. To vše může vyvrcholit až myšlenkami na smrt dokonce i sebevražedným pokusem (27).

#### **1.1.5. Neurotické poruchy**

Jde o poměrně velice časté poruchy. Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace vůči prostředí i vůči své vlastní osobě. Je to tedy onemocnění vznikající převážně působením psychosociálních vlivů. Tyto neurotické příznaky si občas prožije každý z nás. Všichni někdy máme strach, obavy, úzkost, nejasný neklid, slabost i smutek (18).

##### **1.1.5.1. Fobické úzkostné poruchy**

Za fobii považujeme vtíravý jev v oblasti emotivity, který se projevuje nesnesitelnou úzkostí a napětím. Ve spojitosti s konkrétní situací, podle níž se klasifikují jednotlivé fobie (30). Řadíme sem např.:

###### **a) Agorafobie**

Agorafobie je strach z volného prostranství, opuštění domova, cestování, velkého shluku lidí, ale i obava z velkých uzavřených prostorů. Agorafobie je dvakrát častěji diagnostikována u ženského pohlaví (22).

Úzkost se zvyšuje, uvědomí-li si dotyčný, že únik z místa je nemožný anebo, že by při něm upoutal moc velkou pozornost sám na sebe. Typické je vyhýbavé chování, nositel se nejlépe cítí doma, či v místě, kde je zvyklý a cítí se

zde dobře. Předpokládají, že pokud by se jim nepovedlo včas uprchnout, přihodí se jim nějaká katastrofa, buď se přestanou ovládat, dostanou infarkt, omdlí, kolabují anebo se budou chovat trapným způsobem. Kvantita těchto míst se s časem zvyšuje a pacient nakonec nemusí být vůbec schopen opouštět svůj domov (2).

#### b) Sociální fobie

Tato fobie se projevuje strachem ze situací, kdy je člověk středem pozornosti, kdy je posuzován a pozorován druhými lidmi. Jde o obavu z veřejného telefonování, z vystupování, psaní, jedení i pití před cizími lidmi, také ze shledání s neznámými lidmi. A jako každá fobie i tato často vede k vyhýbavému chování. K překonání nepříjemných pocitů a úzkostného smýšlení se jedinci mohou uchýlovat k alkoholu a zklidňujícím lékům. Sociální fobie se vyskytuje se stejnou prevalencí u mužů i u žen. Nezáleží zde na inteligenci, ekonomickém zázemí, vzdělání ani na zaměstnání. K tělesným příznakům patří třes, červenání, strach ze zvracení, urgentní potřeba (nebo obava, že k ní dojde právě v onu nevhodnou dobu) močení či defekace (29).

#### c) Specifické fobie

Termínem specifická fobie se označuje iracionální strach z určitého objektu nebo situace. Nejčastější fobie patřící do této kategorie jsou fobie ze zvířat, psů, hadů, myší, hmyzu. Řadíme sem i klaustrofobii (strach z uzavřených prostor), akrofobii (strach z výšek), keraunofobii (strach z bouřky), nosofobii (strach z určité nemoci). Osoby trpící fobiemi vědí, že jejich strach a obavy, jsou iracionální, přehnané a nesmyslné. Přece však jimi nadále subjektivně trpí (28).

### **1.1.5.2. Obsedantně-kompulzivní porucha**

Obsedantně-kompulzivní porucha neboli OCD je charakteristické tím, že se pacient zabývá nepříjemnými nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají na mysl a kvůli nim dotyčná osoba trpí mocnou tísní, napětím a nepohodou. Obsese jsou nejrůznější obavy, strach, že se něco přihodí nebo něco zanedbá a důsledek bude nedozírný. Úzkost vyvolanou z nepříjemných obav se snaží zmírnit iterovanými úkony nebo šablonovitými myšlenkami. Tyto nutkavé

způsoby chování, které dokážou úzkost snížit pouze na chvílku, nazýváme kompulze. Obsese a kompulze se opakují stále dokola (26).

Příznaky OCD mohou zahrnovat vtíravé myšlenky o ušpinění, o agresii k druhým lidem, vtíravou váhavost, excesivní počítání, nutkavé sledování tělesných funkcí a psychologického fungování. Většina postižených lidí má mnoho z těchto příznaků (7).

Ještě nedávno bylo toto onemocnění pokládáno za řídce se objevující, ale dle nejnovějších odhadů činí jeho prevalence asi 2-3 %, tj. každý 30 - 50 člověk. Tím pádem se jedná o druhou nejčastější psychickou poruchu hned po depresi. OCD je chronické, omezující až invalidizující onemocnění, které namnoze začíná již v dětství či raném mládí. Nejčastěji mezi 18 - 25 rokem. Trpící pacient se odhodlá k léčbě až když příznaky OCD notně blokují jeho „normální“ život. Převážná většina osob trpících obsedantně-kompulzivní poruchou si je vědoma, že jejich chování je nesmyslné, ale i přesto je nepřestanou provádět. Jelikož, kdyby náhodou vynechali, cítí poté velkou tíseň a bázeň z tragických následků (26).

### **1.1.5.3. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**

Pro tuto kategorii poruch je charakteristické, že vznikají v návazné souvislosti se stresujícím zážitkem nebo jako důsledek významnější životní změny díky, které došlo k chronickým negativním podmínkám, jejichž následkem může být právě porucha přizpůsobení vedoucí ke zhoršení sociálního fungování, sebepoškození, intoxikaci farmaky (1).

U akutní reakce na stres je sice závažná duševní porucha, ale poměrně rychle odezní. Jako hlavní symptomy zmíním například agresivitu a zlobu nebo je možná zcela odlišná varianta, kdy klient je beznadějný a zoufalý. Jako nejčastější příznaky se také uvádí stuporózní útlum nebo hyperaktivita. Při posttraumatické stresové poruše si u klienta povšimneme ztrátou naděje, zoufalstvím, nedostatkem zájmů, pozměněnou afektivitou, sebeobviňováním, změní se i chování k okolním jedincům. A nesmím opomenout amnézii či hyperamnézii, která se u této poruchy vyskytuje (37).

### **1.1.6. Mentální retardace**

Při mentální retardaci hovoříme o snížení úrovně rozumových schopností. U lehké mentální retardace se IQ pohybuje v rozmezí 50-69. Jedinec je schopen používat řeč v takové míře, že zvládne i udržet konverzaci. Převážná část těchto osob dosáhne nezávislosti v péči o vlastní osobu. Problém nastává ve škole a to zejména v teoretické části, je lepší zaměstnat je prací vyžadující zručnost praktickou. Je-li jedinec značně emočně a sociálně nezralý, projeví se i v těchto oblastech jeho opožděnost, bude se hůře přizpůsobovat tradicím, normám, očekávání (36). A možnost, že by obstáli v otázkách a problémech manželství, výchovy dětí, není, nezvládají si totiž poradit v problémech vycházejících z nezávislého života. IQ 35-49 nacházíme u středně těžké mentální retardace, zde už je opožděn rozvoj chápání i používání řeči, sebeobsluha je taktéž omezena. Je možnost naučit je základy počítání, psaní a četby. Práce ano, ale pouze manuální a jednoduchá. Velice výjimečně je klient schopen samostatně žít. Při těžké mentální retardaci se hodnoty IQ pohybují mezi 20-34, tato kategorie je v podstatě podobná jako u středně těžké mentální retardace, jen úroveň schopností je horší. Hluboká mentální retardace má hranici IQ pod 20, jedinci mající tuto vadu jsou velmi omezeni, jsou po většinou imobilní, nebo značné omezení v pohybových schopnostech, inkontinentní. Jedná se o bytosti vyžadující neustálou pomoc, dozor, dohled. Pečovat o sebe či své potřeby nezvládají. Možnost vzdělání a výchovy je nepatrný, jelikož schopnost řeči a chápání je omezeno pouze na jednoduché požadavky a rudimentální neverbální komunikaci. U všech stupňů mentální retardace jsou přidružená chronická onemocnění, epilepsie, autismus a další vývojové vady (7).

### **1.2. Sociální služby**

Na rozdíl od veřejných služeb, které jsou poskytovány široké veřejnosti a jsou hrazeny z veřejných rozpočtů, jsou služby sociální určené pro lidi společensky znevýhodněné. Úkolem sociálních služeb je u těchto osob zvýšit kvalitu života, začlenit je do společnosti, anebo ochránit společnost před hrozbou,

kteřou někteří klienti představují pro ostatní lidi. Tento typ služeb se nezabývá jen uživatelem, ale i jeho rodinou, skupinou do které patří i jeho okolí.

Úlohou těchto služeb je zlepšit kvalitu života společensky znevýhodněných osob nebo začlenit osoby postižené sociální exkluzí. Také ochránit společnost i klienty samé před hrozbou rizik, kterými jsou tito klienti nositeli, což je neopomenutelné právě u osob s duševní poruchou. Sociální služby by klientům měly umožnit vést běžný způsob života, motivovat k aktivní činnosti, vést k samostatnosti a to vše při zohledňování individuálních potřeb jedince. Pomoc, která je poskytována, by měla zároveň zachovat lidskou důstojnost každého jedince (20).

Sociální služby jsou službou zřízenou v České republice (dále jen ČR), Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, ale například kojenecké ústavy spadají pod Ministerstvo zdravotnictví ČR stejně jako léčebny dlouhodobě nemocných. Pod Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR spadají výchovné ústavy pro děti a mládež. Do rezortu Ministerstva vnitra ČR řadíme třeba prevenci kriminality mládeže (20).

### **1.2.1. Kategorizace sociálních služeb**

S novým zákonem o sociálních službách, přichází i nová kategorizace sociálních služeb. Sociální služby dělíme na tyto základní druhy: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Hlavním úkolem sociálního poradenství je poskytnout co největší množství potřebných informací a pomoci tak k řešení nepříznivé sociální situace a jejího předcházení. Služby sociální péče jsou takové služby, které pomáhají klientům se stabilizovaným zdravotním stavem zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Je možné je poskytovat jak doma, tak i v zařízení sociálních služeb. Služby, pomáhající lidem ohroženým sociální exkluzí překonávat nepříznivou sociální situaci a ochránit společnost před působením nežádoucích sociálních jevů a před jejich vznikem, nazýváme služby sociální prevence (15).

V zákoně o sociálních službách je definováno těchto 19 zařízení sociálních

služeb: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace jedná se o zařízení, která jsou řazena mezi služby sociální prevence. Mezi služby sociální péče řadí zákon osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a v neposlední řadě sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, také rozděluje sociální služby na tři formy: pobytové, ambulantní a terénní. V pobytových sociálních službách je zajištěno ubytování pro klienta, v ambulantních za službou dochází a terénní jsou poskytovány přímo v jeho přirozeném prostředí. Samozřejmě, že u jednotlivých druhů služeb jsou tyto formy různě zkombinovány, aby jejich efekt byl maximální (15).

### **1.2.2. Sociální služby pro osoby trpící duševními nemocemi**

Průběh duševních nemocí nelze přesně předvídat u osob, u kterých se nějaká z těchto nemocí projevila prvně a ani u osob mladšího věku. Je zde možnost, že se onemocnění zcela vyléčí. Nebo odezní akutní potíže, ale osoba má konstantní poškození. Také se nemoci tohoto charakteru se mohou projevovat v mezidobí, kdy dochází ke střídání větších a menších problémů.

Poněvadž se nejedná o trvalý stav, nýbrž o proces. Potřeby nemocných osob se značně posměňují, je potřeba, aby služby byly stejně flexibilní (7). Je-li nemoc v akutní fázi, využívají se lůžková či ambulantní zdravotnická zařízení. U nemocných osob, které znamenají hrozbu pro společnost nebo pro sebe a u těch, jež si nejsou schopni zabezpečit základní životní potřeby, je nutná ústavní péče.

Denní stacionáře jsou voleny pro pacienty, u nichž je možné nezávislé dopravování do instituce (18).

Pro pacienty, kteří jsou schopni samostatného života a nechtějí nebo nemohou žít se svoji rodinou, je tu podporované bydlení. Podporované bydlení na rozdíl od jiných pobytových služeb nemá sklon podobat se velikým léčebnám, což vede k menší stigmatizaci a izolaci klienta. Pacienti, kteří se dokážou, a to opět bez pomoci, zařadit do pracovního poměru, mají k dispozici podporované zaměstnávání anebo chráněné dílny. Zařízení pro krizovou intervenci a telefonickou krizovou intervenci se v ČR začala budovat v šedesátých letech 20. století. Poskytovateli jsou církve, městské úřady, zdravotnická zařízení a nestátní organizace.

Po roce 1989 si klienti sami u nás začali organizovat svépomocné skupiny tzv. Pacientské kluby (20).

### **1.2.3. Pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou**

Mezi pobytové sociální služby, které kromě domova se zvláštním režimem mohou využívat osoby s duševním onemocněním:

#### **a) Odlehčovací služby**

Tento typ služeb je možné poskytovat formou ambulantní, terénní nebo pobytové služby. Využívat je mohou osoby mající sníženou schopnost soběstačnosti z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění. Za normálních okolností o tuto osobu pečuje rodina nebo jiná blízká osoba, a to v jejich domácnosti. Hlavní úkolem této služby je zajištění nezbytného odpočinku pečující osobě. Odlehčovací služba je poskytována za úplatu na určitou a přechodnou dobu. Využívá se například, když pečující osoba nastupuje na lázeňský pobyt anebo do zdravotnického zařízení ústavní péče.

Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy či pomoc při zajištění stravy. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování



práv a zájmů a terapeutické činnosti **(15)**.

#### b) Týdenní stacionáře

Jedná se o pobytovou službu, pro osoby mající sníženou soběstačnost, z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo zdravotního postižení. Tyto osoby potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Týdenní stacionáře jsou za úplatu a nejsou poskytovány ve dnech pracovního volna, klienti jsou zde ubytováni jen v pracovních dnech, poté pobývají v domácím prostředí.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, dále pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

#### c) Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu, zdravotního postižení a vyžadující pravidelnou pomoc další fyzické osoby. Domov pro osoby se zdravotním postižením nahrazuje pobyt v domácím prostředí a jedná se o sociální službu poskytovanou za úhradu.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

#### d) Domovy pro seniory

Jde o službu pobytovou poskytovanou klientům se sníženou soběstačností převážně zejména z důvodu vyššího věku, potřebujících pomoc se soběstačností a

osobní péči. Domov pro seniory nahrazuje domácí prostředí a je zde zajištěna komplexní péče. Tato služba je za úplatu.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

#### e) Chráněné bydlení

Pobytová forma služby určená osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění a potřebují pomoc fyzické osoby. Chráněné bydlení poskytuje možnost vést docela samostatný život v prostředí vlastní domácnosti. Jedná se buď o skupinové či o individuální bydlení v bytech, které spravuje poskytovatel. Tato služba je taktéž poskytována za úplatu **(18)**.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

#### f) Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Tato pobytová sociální služba je poskytována ve zdravotnických zařízeních osobám, které už nepotřebují ústavní zdravotní péči, avšak jejich stav neumožňuje jejich fungování bez pomoci jiné fyzické osoby. A mohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče až když je jim zabezpečena pomoc od osoby blízké nebo jiné fyzické osoby anebo jim je zajištěna sociální služba v zařízení sociálních služeb.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo

poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

g) Azylové domy

Jedná se o pobytovou službu, která má na přechodnou dobu pomoci v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

h) Domy na půl cesty

Jde o pobytovou službu, která je určena osobám opouštějícím školská zařízení pro výkon ústavní péče či ochranné výchovy, dále pro osoby, které jsou propuštěny z jiných zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné léčby, také pro osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby.

Služba obsahuje poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

ch)Krizová pomoc

Tato služba se poskytuje terénní, ambulantní anebo pobytovou formou. Je poskytována na dobu neurčitou, a to osobám, které jsou v situaci ohrožení zdraví nebo života a momentálně svoji nepříznivou sociální situaci nemohou řešit vlastními silami.

Služba obsahuje poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

#### i) Intervenční centra

Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby a poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby **(15)**.

#### j) Služby následné péče

Služby následné péče mohou být poskytovány jako ambulantní nebo pobytové služby osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které již prošly ústavní léčbou ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu anebo se jí podrobují nebo osobám, které abstínují.

Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování a poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy **(15)**.

#### k) Terapeutické komunity

Jedná se o pobytovou službu s možností poskytování pouze na přechodnou dobu. Terapeutické komunity jsou pro osoby s chronickým duševním onemocněním, které se chtějí začlenit do běžného života nebo pro osoby závislé na návykových látkách.

Služba obsahuje poskytnutí stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(15)**.

#### l) Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je poskytována formou ambulantní, terénní a pobytové. Hlavním cílem této služby je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Sociální rehabilitace je soubor specifických činností

směřujících k rozvoji klientů, přesněji jejich specifických schopností, dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných výkonů, nezbytných činností pro samostatný život, využívajících alternativním způsobem zachované schopnosti, kompetence a potenciál.

Služba obsahuje nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (15).

#### **1.2.4. Domov se zvláštním režimem**

V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby klientům, kteří vyžadují specifické potřeby vyplývající z jejich onemocnění, například osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí nebo jiným typem demence, osoby s chronickým duševním onemocněním a také osoby závislé na návykových látkách.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

##### **A. Poskytnutí ubytování:**

- I. ubytování,
- II. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení;

##### **B. Poskytnutí stravy:**

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel;

##### **C. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:**

- I. pomoc při úkonech osobní hygieny,
- II. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- III. pomoc při použití WC;

D. Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

- I. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
- II. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
- III. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh,
- IV. pomoc při podávání jídla a pití,
- V. pomoc při prostorové orientaci samostatným pohybem ve vnitřním i vnějším prostoru;

E. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- I. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
- II. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;

F. Sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;

G. Aktivizační činnosti:

- I. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,

II. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností;

H. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

I. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů;  
(15).

### **1.3. Aktivizační činnosti**

#### **1.3.1. Zooterapie**

Také se můžeme setkat s pojmy animal terapie, animoterapie. Tyto pojmy mají stejný význam jako zooterapie.

Zooterapie pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka **(21)**.

Již v minulosti byl využíván léčebný efekt kontaktu se zvířetem. Od 8. do 9. století v Belgii se u zdravotně postižených osob jako doplňková terapie nasazovala zvířata. Od 18. století v Anglii v ústavu pro duševně nemocné pacienty obstarávali zahrádku a malá zvířata. Od 19. století Bethel zdejší centrum pro epileptiky využívá léčebné síly psů, ovcí, koček a koz později také ptactva a koní. Roku 1919 v USA se poprvé využili psi v nemocnicích – jako tzv. „kamarádi ke hrám“. V roce 1966 bylo v Norsku založeno rehabilitační centrum pro zdravotně postižené, zde se jako součást léčebného režimu stali koně a psi. Americký psychiatr Boris M. Levinson formuloval roku 1969 hypotézu, podle které zvířata nemůžou klienta vyléčit, ale jsou jakýmsi sociálním katalyzátorem podněcujícím sociální kontakty klienta. Zároveň zjistil, že zvíře přítomné při terapii pomáhá utvářet vztah mezi terapeutem a klientem a celý terapeutický proces tímto urychluje. Roku 1982 formuloval přesné vymezení zooterapie, metodologické zásady a ustanovil tuto terapii jako novou vědní disciplínu **(43)**.

Definice dle zvířecího druhu

1. Zooterapie je obecný pojem pro využití zvířete.

2. Canisterapie je využití psa v rámci zooterapie. „Canisterapie je jednou z metod rehabilitace, která slouží k podpoře zdraví lidí všech věkových kategorií, při níž se využívá interakce mezi člověkem a psem. Pojem zdraví je přitom vnímán z bio-psycho-sociálního pohledu.“
3. Felinoterapie je využití kočky v rámci zooterapie. „Felinoterapie je založena na kontaktu člověka s kočkou, při němž dochází k vzájemnému pozitivnímu působení.“
4. Hiporehabilitace je využití koně v rámci zooterapie.
5. Delfinoterapie je využití delfína v rámci zooterapie.
6. Lamaterapie je využití lamy v rámci zooterapie.
7. Insektoterapie je využití hmyzu v rámci zooterapie.
8. Ornitoterapie je využití ptactva v rámci zooterapie **(44)**.

V rámci zooterapie se používají i další zvířata, ale bez upřesněného označení. Řadíme sem například malá domácí zvířata, hospodářská zvířata, volně žijící zvířata a exotická zvířata v zoo atd **(44)**.

Definice typů zooterapie dle metody

1. Animal Assisted Activities – AAA „Aktivity za pomoci zvířat“

Mezi nejčastější klienty AAA patří klienti zařízení sociálních služeb a školských zařízení. Výjimkou nejsou ani zdravotnická zařízení. Zooterapeut za pomoci osob pečujících o klienta přesně určuje cíle. Hlavním cílem bývá obecná aktivizace klienta. Jedná se kupříkladu o zlepšování pohyblivosti, komunikace, uzavřenosti, nečinnosti atd. Mezi typické aktivity patří hlazení zvířete, péče o zvíře a různé hry **(43)**.

2. Animal Assisted Therapy – AAT „Terapie za pomoci zvířat.“

U tohoto typu zooterapie jsou nejčastějšími klienty osoby s mentálním,



tělesným i kombinovaným postižením. Osoby krátkodobě i dlouhodobě nemocní a osoby v rekonvalescenci. Cíle zde, ale určuje personál a jsou individuálně stanoveny tak, aby podporovaly cíle v léčbě klienta. Jako hlavní cíl této terapie je podpora procesu léčby nebo rehabilitace. Aktivitami používanými při AAT jsou hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, hlazení, péče o zvíře, polohování, orientace apod **(43)**.

3. Animal Assisted Education – AAE „Vzdělávání za pomoci zvířat.“

Nejobvyklejšími klienty jsou osoby se specifickými poruchami učení, chování či komunikace. Pedagogický personál a zooterapeut definují cíle u tohoto typu zooterapie. Cíle mohou být stanoveny individuálně u klientů se specifickými poruchami učení anebo skupinově formou ukázek, besed, přednášek. Jako hlavní cíl k nenucenému zesílení motivace k učení a osobnímu rozvoji. Typickými aktivitami je využití zvířete jako prostředníka pro výuku, předávání informací zábavnou formou a názornou ukázkou **(43)**.

4. Animal Assisted Crisis Response – AACR „Krizová intervence za pomoci zvířat.“

Zde jsou nejobvyklejší klientelou oběti katastrof, násilí, osoby evakuované mimo domov a také pracovníci záchranných týmů a dobrovolníci, pomáhající s odbouráváním škod. Zooterapeut definuje cíle. Cíle jsou ovlivněny krizovou situací, která je bezprostřední. Hlavním cílem je podpora stabilizace situace. Mezi techniky typické pro AACR jsou psychologické metody, motivace ke komunikaci, empatie, hry hlazení atp **(43)**.

Hipoterapie

Je terapie prostřednictvím koně.

Základní principy:

a) Fyzioterapeutické působení: krok koně vytváří trojrozměrný pohyb, ten je složen z pohybu dolů a nahoru, do stran, vpřed a vzad, v rytmických kmitech postupujících svalstvem v plné šíři. Člověk se musí těmto impulsům podvolovat – podvědomě- což vede k plynulé pohybové koordinaci. Jelikož kůň není statický, nutí to klienta ke zvýšení rovnováhy a k zapojení reflexů pro rovnováhu, vedoucí k lepšímu držení hlavy a těla. Tělesná teplota koně pozitivně působí na spasticitu a svalovou činnost.

b) Psychoterapeutické působení: na klienta působí při kontaktu s koněm a přírodou kladná atmosféra (5).

### **1.3.2. Ergoterapie**

Název ergoterapie vznikl spojením slova ergon, neboli práce a therapia což znamená léčení. „Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, event. Činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.“ S pojmem ergoterapie se setkáme i v němčině, španělštině a francouzštině. Zatímco pojem occupational therapy uslyšíme v anglosaské literatuře. V České republice sahá historie ergoterapie do 19. století. U nás se tato forma terapie zaváděla převážně v psychiatrii. Obdobně tomu bylo i ve světě. V poslední době vzrůstá význam ergoterapie (40).

Terapie prací je jednou z velmi důležitých složek rehabilitace. Napomáhá klientům řešit praktické otázky, které souvisejí se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech pro život nepostradatelné. Přispívá k aktivnímu začlenění do společnosti a podílí se k zachování optimální kvality života. Cílem ergoterapie je tedy dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života. Také podpořit zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity či zaměstnávání. Napomáhá ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času. Umožnit jedinci plnit jeho sociální role. Podporuje plné zapojení člověka do

činností jeho sociálního prostředí a komunity.

Prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných aktivit či zaměstnání, se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života (ADL), v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Pro dosažení tohoto cíle je nutná interdisciplinární spolupráce v rehabilitačním týmu s lékaři, fyzioterapeuty, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, popř. se speciálními pedagogy, zaměstnavateli a ostatními profesionály. Nezbytnou součástí týmu je i sám pacient či klient a jeho rodina či blízké sociální okolí, bez jejichž aktivní participace není možné cílů dosáhnout. Aktivity, které jsou při ergoterapii využívány, se musí individuálně přizpůsobit klientovi dle jeho zdravotního stavu a zájmů. Tato terapie je také jedna z nejstarších metod používaných v léčbě osob s duševním onemocněním. Mezi obecné cíle této léčebné metody u psychiatrických pacientů je využití zbylých funkcí, pomáhá klientovi naplnit jeho životní role, aktivuje a přeladí se z nemoci svazujícího stavu, smysluplně vyplní jeho volný čas a pomůže mu se odpoutat od jeho onemocnění a v neposlední řadě působí jako prevence před úzkostným a depresivními potížemi, účelným zaměstnáváním. V praxi se metody a přístupy navzájem prolínají. Do velké míry jsou výrazně ovlivněny zkušenostmi a vzděláním ergoterapeuta, způsobem práce a skladbou klientů **(11)**.

Prostředky ergoterapie

1. **DIAGNOSTICKÉ** prostředky odhalí u pacienta případnou disabilitu či riziko vzniku handicapu. Prostřednictvím analýzy zbylých funkčních schopností v oblastech mobility, všedních denních činností personálních i instrumentálních, vyšetření kognitivních a smyslových funkcí, ujištění zbylého pracovního potenciálu, potřeby kompenzačních pomůcek a funkčního vyšetření horních a dolních končetin.
2. **PREVENTIVNÍ** prostředky ergoterapie by měli pomoci s použitím cíleného terapeutického plánu a správným výběrem technik a metod k prevenci vzniku handicapu a disability.

3. TERAPEUTICKÉ prostředky by měly směřovat k zachování nebo zlepšení soběstačnosti, aktivit volného času i pracovních činností a rekreačních aktivit **(40)**.

Rozdělení ergoterapie:

A. Ergoterapie zaměřená na trénink ADL

B. Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Jedná se o formu ergoterapie, která je náročnější na vybavení ergoterapie ale také na znalosti pohybového aparátu, jelikož pohyb musí být cílená, dávkovaný a přesný. Klienta motivuje nejen výrobek, který vytváří ale i léčebný účinek činnosti **(40)**.

C. Kondiční ergoterapie

Tato forma ergoterapie by měla udržovat u klienta dobrou náladu, duševní pohodu a odpoutat pacienta od nepříznivého vlivu onemocnění a od negativních vlivů hospitalizace. Program se sestavuje dle zájmů klienta.

D. Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink

U této ergoterapie se využívají testy a modelové činnosti, které by měli umožnit posouzení klientových dispozic pro budoucí pracovní uplatnění **(40)**.

### **1.3.3. Muzikoterapie**

U této terapie využíváme k léčebným účinkům hudbu, rytmus, zvuky, zpěv, tóny. Dnes již víme, že naše tělo je podobné resonančnímu nástroji. Můžeme již změřit vliv hudby na naše dýchání, krevní tlak, elektrický odpor kůže a šířku zornic. Hudba může působit dráždivě, relaxačně anebo stimulovat energii. Hudba v tempu krokem neboli andante vyvolává pocit klidu a uvolnění. Kdežto písňe v tempu allegro vivace v překladu rychle, živě přináší pocit nadšení, radosti a vitality. Skladby noc fuoco – s ohněm stimulují, zrychlují tep, krevní tlak a zornice a kapiláry se rozšíří. Vliv hudby na neurovegetativní systém je také ale závislý i na temperamentu, vzdělání, sociokulturním prostředí, na náladě, na vzpomínky spojené s určitou hudbou a skladby. Léčebný vliv může mít vytváření hudby, podílení se na ní, nebo pouhé poslouchání muziky. Proto dělíme

muzikoterapii na aktivní a pasivní typ. Práce s dechem při zpěvu má vliv na tělesné a psychické procesy **(13)**.

Díky muzikoterapii můžeme pracovat na uvolňování napětí v částech těla, která rezonují s jinými zvuky a tóny. Terapie hudbou posiluje koncentraci, paměť, pozornost, pomáhá odreagovat a učí relaxovat. Učí vychovávat k poslechu hudby a může naučit i naslouchání druhému. Pomáhá snadněji zvládat emoce, zlepšovat dechovou kapacitu, rozvíjet rytmus – důležitý například při nácviu chůze, pohybů. Skupinová muzikoterapie vede k lepší a především snadnější socializaci klientů **(8)**.

Muzikoterapie je v podstatě stará jako lidstvo samo. V pravěku byla hudba brána jako jakýsi způsob boje s úzkostmi a nemocemi. Hudba byla považována jako komunikační nástroj s nadpřirozenými silami. Pro přírodní národy byla hudba součástí kultury, tradic, obřadů i léčby. Muzikoterapii se nevyhnul ani starověk, terapie hudbou byla známá přes Egypt, Babylón, Izrael až po Řím a Řecko. I myslitelé jako například Pythagoras, Aristoteles a Platón se zabývali hudební terapií. Terapie hudbou ve středověku upadla skoro až v zapomnění **(34)**.

Teprve renesance a novověk přinesli revitalizaci hudební terapie. Ve Francii se začalo využívat hudby na chirurgicky léčené pacienty, v Anglii působili hudbou na pacienty s duševním onemocněním. R. Brocklesly anglický lékař napsal v sedmnáctém století první celistvou publikaci o systému muzikoterapie. A. Kircher vydal taktéž v sedmnáctém století dílo Phonurgia Nova, kde se věnuje hudbě a jejího vlivu na harmonické složení těla. Od 2. pol. 19. století až do konce druhé světové války nastal opětovný útlum muzikoterapie, jelikož byla odsuzována jako nevědecká. V našich zeměpisných šířkách se muzikoterapie začala používat nejprve v Praze v Bohnické psychiatrické léčebně a dále v Jedličkově Ústavu. Dlouhodobě se muzikoterapií zabývá J. Krček, který založil a vede muzikoterapeutickou školu Musica Humana. Významnými centry této terapie je Innsbruck, Lipsko, Paříž, Vídeň, Švýcarsko a Velká Británie atp.

Muzikoterapii dělíme na individuální a skupinovou formu. Struktura lekce

muzikoterapie u skupinové formy se dělí na několik částí. První je úvod, kde se klienti seznámí s ostatními, také s nástroji a s činností. Třetí částí je část rozehřívací, do které se zařadí dynamická hra, která by měla vést k aktivizaci klientů. Poté pokračujeme přípravou na téma lekce dle situace. Může se použít dechové cvičení či hra na vybití agresivity, v tématu lekce postupujeme stále, jelikož je to hlavní činnost na níž chceme pracovat. Další částí je reflexe, zde hovoříme o zážitcích, dojmech a pocitech. A závěrečná fáze je fázi uvolňovací, kdy se zvolí některá z forem relaxace (34).

Zpěv povzbuzuje radost a energii, ale hodně klientů se stydí, proto je důležité klienta do zpěvu nenutit. Je výborné skladby doprovázet nástroji. Z klasických nástrojů se používají varhany, klavír, smyčcové housle, flétny, violy atd. velice oblíbené jsou všelijaké nástroje z přírody anebo kuchyně: duté větve, kameny, lahvičky s rýží, struhadla atp. Luskání, tleskání, dupání a další neboli tzv. hra na tělo patří mezi často používané před hrou na nástroje (13).

Hudba aktivizuje, relaxuje, mobilizuje, uklidňuje, dále inspiruje a částečně nahrazuje mezilidské vztahy.

Hudební autoterapie – jedinec sám sebe ovlivňuje hudbou

Hudební heteroterapie – funguje formou spolupráce terapeuta a klienta

Muzikoterapie se dělí na *aktivní a pasivní*.

Aktivní muzikoterapie – představuje zpěv, hraní na hudební nástroj, vyťukávání rytmu, hra na tělo atd.

Pasivní muzikoterapie – (receptivní) – u této formy muzikoterapie hraje hlavní roli poslech hudby (13).

#### **1.3.4. Reminiscenční terapie**

Reminiscenční terapie je metoda, při které se využívá vzpomínek. U klientů se snažíme za pomoci různých podnětů o vybavení událostí a vzpomínek. Vybavování, znovuprožívání a hodnocení vzpomínek je jedna z významných potřeb člověka a má nemalý přínos pro duševní zdraví. Nejčastěji je tato metoda používána u seniorů, jelikož žijí většinou právě, tím co již dávno prožili. Hodně

využívaná je tato metoda i u klientů s demencí, jelikož osoby s touto diagnózou mají poruchy krátkodobé paměti, ale vzpomínky z dob dávných si pamatují velmi dobře.

Tato terapie může být skupinová či individuální. Při této aktivizační činnosti se vypráví staré příběhy, hovoří se taktéž o fotografiích či obrázcích, předvádějí se staré činnosti, zpívá se a tancuje. Terapeut vede rozhovor o klientově dosavadním životě a dřívějších aktivitách, dále se vyptává na vzpomínky, zážitky a události, které klienti prožili. Při reminiscenci se pro lepší vybavení vzpomínek používají různé staré nástroje a pomůcky, fotografie a předměty. U této terapie se používá verbální i neverbální komunikace. Mezi neverbální prostředky řadíme například šití, vaření, pečení, malbu, procházky, pantomimu, kulturní a sportovní akce. Do verbálních zařadíme četbu, psaní, zpěv a recitace básní, přehrávání rituálů, obřadů a různých situací. Hraní divadla, her, oblékání dobových kostýmů a doplňků, výlety (9).

### **1.3.5. Dramaterapie**

Název dramaterapie, dramatoterapie je složen ze slov drama a terapie, což můžeme přetlumočit jako - léčení pomocí dramatu.

Hlavní rozdíl mezi dramaterapií a výchovnou dramatikou je, že dramaterapie je určena osobám s duševním onemocněním anebo sociálními problémy, kdežto dramatická výchova rozvíjí estetické vnímání a cítění, vychovává v jedinci poučeného diváka dále za pomoci různých divadelních a dramatických prostředků zkvalitňuje personálně sociální růst jednotlivce (4).

Sue Jennings, měla velký vliv na rozvoj profesionální dramaterapie ve Velké Británii, nejenže jako první začala aplikovat kreativní drama v klinické praxi, ale také vytvořila skupiny odborníků, kteří uplatňovali dramaterapeutické techniky ve výchově a v klinické praxi. V Nizozemí se dramaterapie započala užívat po druhé světové válce pro osiřelé děti. Během let se tato terapie začala uplatňovat také u dětí s poruchami chování, ohroženou mládež, osoby s duševní poruchou atp. Počátky této terapie na Slovensku se datují do osmdesátých let 20. stol. a jsou spojeny s J. Vomáčkou., H. Šírokovou, S. Kratochvílem, J. Votrubovou,

H. Drábkovou, D. Dufkovou a J. Knoblochovou. Režisér, pedagog a herec Ivan Vyskočil má také své zkušenosti s hereckou prací s psychotickými klienty. V České republice nemá tato terapie takovou historii a tradici jako v jiných zemích. Počátky dramaterapie jsou spojeny s newyorským dramaterapeutem Michaelem D. Reismanem. Ten v denním sanatoriu Fokus v Praze v Bohnicích započal dramaterapeutickou praxi s psychotickými a neurotickými klienty. V tomto sanatoriu taktéž probíhal základní výcvik dramaterapeutů.

V květnu 2005 byla v Olomouci založena, na I. Dramaterapeutické konferenci, Dramaterapeutická asociace.

Léčba pomocí dramatu, neboli dramaterapie má v porovnání s jinými divadelně - terapeutickými postupy nejširší klientelu. Jednu z největších skupin tvoří mentálně postižení jedinci s autisty, poté je skupina osob s duševní poruchou, následuje pak mládež s poruchami chování, mládež se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, dále mládež ohrožená sociálně patologickými jevy, mládež i dospělí jedinci ve výkonu trestu. Dalšími jsou geriatričtí klienti a poslední a malou skupinu tvoří mládež a dospělí jedinci se smyslovým či tělesným postižením (39).

Dramaterapie využívá hru v roli, pantomimu, jazykolamy, masky, živé obrazy, akční hry, dramatické či literární texty, scénky, charakterizaci a improvizaci, kostýmy. Dále dramaterapie může využívat loutky, líčení, masky, psaný text, rolové role, fikci, ale i elementy arteterapie a muzikoterapie. Pracuje také s metaforami, znaky, přijímá stylizaci a tvořivost. Příběhy, pohádky, příhody ze života klientů, loutky, maňásky, improvizace s předměty, líčení a výtvarné vyjádření pocitů a představ, které vznikly během dramaterapeutického procesu. Dle Roberta Landyho patří mezi dramaterapeutické prostředky projektivní techniky - například video, fotografie, sociodrama, divadlo, sny a prodlouženou dramaturgii.

Cíle dramaterapie můžeme rozdělit na specifické a nespecifické. Ke specifickým cílům můžeme říci, že jsou velice variabilní. Reagují především na potřeby klienta, na typ jeho onemocnění, duševního či tělesného postižení a také



na jeho sociální situaci. Například s autistickými dětmi může být specifickým cílem strukturovaný terapeutický přístup, který je soustředěn na oční kontakt a cílem je změna chování. U starých lidí klademe důraz na cvičení paměti, kladné hodnocení života a přesvědčení o jeho smyslu. Dramaterapeutovým cílem je klientovi pomoci k získání vnitřní motivace, schopnost lepší orientace v problémech, ve vztazích a situacích a také dovést klienta k lepší seberealizaci a sebehodnocení.

Mezi nespécifické cíle dramaterapie můžeme zařadit zvyšování interpersonální komunikace, zvyšování sociální interakce, empatie, nácviku zodpovědnosti a samostatnosti, rozvoj psychických procesů, získání schopnosti poznat se, uvolnit se a chovat se spontánně. Dále má dramaterapie posílit sebedůvěru a rozšířit repertoár rolí pro život a fantazii (4).

#### Formy dramaterapie

Dramaterapii dělíme na skupinovou nebo také individuální. S dramaterapií individuální není v České republice tolik zkušeností jako se skupinovou formou dramaterapie. Individuální dramaterapie je aplikována spíše u klientů trpících posttraumatickým stresovým syndromem, u osob s pervazivní vývojovou poruchou a u jedinců s mentálním postižením. Dále můžeme dramaterapeutickou skupinu rozdělit na koedukovanou (smíšení) a izesexuální (oddělené dle pohlaví).

#### Typy improvizace

V improvizaci rozlišujeme podle kalifornské dramaterapeutky Reneé Emunah tři typy improvizací:

##### a) Plánovaná improvizace

Tato improvizace je silně strukturovaná, klient již předem řeší, jaké místo v improvizaci zaujme. Přitom má ale málo času na obeznámení s rolí a výsledek výstupu bývá neznámý.

##### b) Neplánovaná improvizace

Neplánovaná improvizace je taková, která není dopředu plánovaná. Klient se může sám rozhodnout, zda do určité role vstoupí nebo ne.

c) Nepřipravená improvizace

Jedná se o netušenou improvizaci, která je mimo plán skupinového setkání. Plyne z role, situace, reakce klienta ani terapeuta není předem známá (39).

### 1.3.6. Arteterapie

Jako zakladatele arteterapie je pokládán řecký filozof Aristoteles. Ten jako první zkoumal emocionální vztahy ve spojitosti s uměním. Art therapy – tento termín poprvé užila v USA Margaret Naumburgová a to ve třicátých letech 20. století. V Evropě se tento výraz prvně použil až v roce 1940. Další průkopnicí této terapie je Edith Kramerová, která se narodila ve Vídni roku 1916. Ve své první práci Art as therapy with children se zabývá arteterapií s dětmi. Počátky arteterapie ale sahají do starších dat, než termín art therapy (33).

Arteterapie má své kořeny již v období 18. a 19. století, tyto kořeny jsou spjaty se zájmem odborníků o výtvarnou tvorbu u osob s duševním onemocněním. Bylo známo, že osoby s duševním onemocněním malují jinak než zdraví jedinci a že charakter jejich výtvarné tvorby je ovlivněn vývojem a druhem nemoci. Německý psychiatr Hans Prinzhorn na tyto výzkumy ve dvacátých letech 20. století navázal. Díky jeho výzkumům narůstal zájem o problematiku psychopatologické tvorby. Jeho práce během druhé světové války byla skoro zničena. V dnešní době je arteterapie v rozkvětu nejen ve Francii, Velké Británii, USA, ale i u nás v České republice.

Na Pedagogické fakultě univerzity Komenského byla arteterapie jako součást studia léčebné pedagogiky od roku 1967. Z politických důvodů muselo být toto studium přerušeno. Hanus Roland byl akademický malíř a zároveň prvním vysokoškolským pedagogem arteterapie. Je taktéž autorem mnoha textů o arteterapii. V České republice v roce 1990 vznikl Ateliér arteterapie při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, který založil pedagog, hudebník a malíř Milan Kyzour (17).

Arteterapie lze aplikovat formou individuální nebo skupinové. Forma individuální znamená, že terapeut je k dispozici jednomu klientovi. Vzniká tak

úzký vztah mezi klientem a arteterapeutem. Tato forma arteterapie je vhodná pro klienty, kteří by ve skupině působili rušivě či odstrašujícím příkladem. Vhodná je, taktéž pro klienty, jejichž problémy vyžadují celou pozornost arteterapeuta. Skupinová arteterapie vede k rychlejšímu sociálnímu učení, které zde probíhá intenzivněji. Také se lidé se shodnými problémy a onemocněním mohou vzájemně podporovat. Další výhodou skupinové arteterapie je fakt, že zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné pro všechny jedince ve skupině (33).

Arteterapie je dělena na receptivní a produktivní. Receptivní je vnímání uměleckého díla, které záměrně vybral arteterapeut. Cílem je poznávání emocí a pocitů jiných lidí a pochopení vlastního nitra. Arteterapie produktivní je vnímáním určité tvůrčí činnosti (17).

Arteterapie pomáhá k mentální hygieně, seberealizaci, napomáhá rozumět druhým lidem i sobě, také vede ke zmírnění psychické zátěže, uvolňuje přímou tenzi, odstraňuje úzkostné stavy, usnadňuje komunikaci prostřednictvím výtvarného projevu, uvolňuje, rozvíjí osobnost, především v duchovní, citové a intelektuální oblasti. Působí jako ventil emocí, klient v sám v sobě objevuje svůj talent, což povzbuzuje jeho sebevědomí.

U arteterapie je velice důležitá spolupráce mezi psychologem, psychiatrem nebo pedagogem, arteterapeutem, ergoterapeutem a sociálním pracovníkem. Což vede k přesnějšímu stanovení diagnózy a prognózy. Při arteterapii nelze podcenit ani povídání o díle, o pocitech při tvorbě, diskuse a zpětná vazba atp (33).

### **1.3.7. Trénování paměti**

Společnost si myslí, že s duševním úbytkem ve stáří se nic nedá dělat. Ale i starý člověk má nemalou kapacitu myšlení a i na dále má schopnost učit se (35).

Mozek můžeme přirovnat ke svalu, se cvičením roste i funkční schopnost a zdatnost. Budeme-li nutit mozek pracovat, zpomalíme tím biochemické a patologické procesy (14).

V USA se začátkem osmdesátých let 20. století můžeme setkat s počátkem kurzů trénování paměti. Od roku 1992 se s pravidelnými výcviky trénování paměti setkáme i v České republice. Ing. Danuše Steinová, založila roku 1998

Českou společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Pro trénování paměti je důležité, aby bylo optimální prostředí a podmínky pro trénování paměti. Nesmíme zapomenout na vhodné sezení a osvětlení.

Trénování paměti by nemělo být delší než jednu hodinu. Neměl by chybět úvod, ten by měl trvat 25 – 30 minut. Tento čas je vhodný pro vytvoření přátelské atmosféry a seznámení **(24)**.

V dalším čase se přejde ke cvičení. Trénink mozku zahrnuje cílené a neformální metody. Mezi neformální metody řadíme luštění křížovek, šachy, bridž, problémové diskuze atd. Řešení matematických úloh, trénink fantazie a imaginace, cvičení pozornosti a paměti sluchové (zapamatování verbálních pojmů) i zrakové (zapamatování předmětů či obrázků, např. hra pexeso), sestavy rozvojových cvičení mozkových funkcí, procvičování a rozšiřování slovníku, slovní hry Scrabbles či Amos, kurzy kreativního psaní, pěstování memoárové literatury, vytváření rodových kronik, vzdělávací kurzy především interaktivní metodou (peer groups), „detektivní metody“ (rekonstrukce včerejšího dne „krok za krokem“, popis „místa činu“ – kolik je na náměstí laviček, které obrazy visí ve vestibulu atd.), trénink asociačního myšlení a zapamatování, poznávací zájezdy s besedami a diskusemi po návratu, tělocvičné a taneční aktivity se stimulováním pohybové paměti a inteligence a s využitím propojení kineze s psychikou, jóga patří do metod cílených. Dalších pět minut by mělo věnovat radám pro domácí cvičení, po kterém následuje rozloučení **(41)**.

## **1.4. Sociální práce s osobami s duševním onemocněním**

### **1.4.1. Způsobilost k právním úkonům**

Touto problematikou se zabývá zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, a jeho pozdější novely.

Osoba může být zbavena způsobilosti částečně či zcela. Prvním krokem ke zbavení způsobilosti k právním úkonům je podání návrhu na posouzení způsobilosti. Takový návrh může podat jakákoliv způsobilá osoba na základě lékařského osvědčení. Poté se nad dotyčnou osobou stanoví opatrovník pro řízení. A požádá se o posouzení znalcem. Ten může pro lepší posouzení stavu a vyhotovení znaleckého posudku navrhnout hospitalizaci dané osoby ve zdravotnickém zařízení. Maximální doba nařízeného pobytu je šest týdnů **(18)**.

Klient, u kterého by mohlo dojít k újmě, nemusí být ani předvolán před soud. Je-li opravdu zbaven způsobilosti k právním úkonům ať částečně anebo zcela, je mu ustanoven opatrovník, může se jednat o rodinného příslušníka anebo je zvolena osoba veřejná.

Kterákoliv osoba i osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům, může podat žádost o přezkoumání. Pominou-li důvody, kvůli kterým byla, daná osoba zbavena způsobilosti soud může zrušit svůj rozsudek **(18)**.

### **1.4.2. Nedobrovolná hospitalizace**

Tuto problematiku zpracovává zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví, a jeho pozdější úpravy a zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád a Listina základních práv a svobod.

Jde o lékařem nařízenou hospitalizaci, s kterou však dotyčná osoba nesouhlasí. Zařízení, ve kterém je osoba nedobrovolně hospitalizována, musí do 24 hodin tuto skutečnost ohlásit soudu. Klientovi je určen opatrovník pro řízení a poté se rozhoduje na podkladě lékařského posouzení o nutnosti hospitalizace. Po dobu hospitalizace dochází k přezkoumávání a doba nedobrovolné hospitalizace by měla být maximálně tři měsíce - nepodepíše-li klient souhlas s hospitalizací **(18)**.

### **1.4.3. Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb**

Důvody pro neposkytnutí pobytové sociální péče jsou uvedeny v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., zákona o sociálních službách. Mezi tyto stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb patří:

1. Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.
2. Osoba je v akutní fázi infekční nemoci.
3. Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Třetí důvod neplatí, jedná-li se o poskytování pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem **(15)**.

### **1.4.4. Klient s duševním onemocněním v systému sociálních služeb**

První kontakt s klientem je první článek systému sociální péče u duševně nemocných klientů. Zprostředkovaný může být přímo klientem, jeho rodinou, přáteli nebo odborníkem. Jako prvořadý úkol si toto berou na svá bedra nízkoprahová zařízení-mají mnoho preventivních funkcí plus jejich terénní pracovníci vyhledávají a nabízejí pomoc osobám se sociálními a psychickými problémy. Následný krok, který bývá nejčastější, je doporučení kontaktního centra anebo ambulance. Zde některým klientům pomohou na tolik, že je možný i návrat do běžného života, jsou i klienti, kteří se sem vrací, a do třetice jsou klienti, kterým nezbývá nic jiného, než se obrátit na jinou formu spojenou s hospitalizací. Je možná i kombinace pobytu klienta v zařízení a doma neboli stacionární péče, tím klient neztrácí svůj kontakt s rodinou a blízkými přáteli **(18)**.

Dále existuje pobytová péče, zde už jde o různě trvající pobyt v zařízení např. domov pro osoby se zdravotním postižením, psychiatrická klinika atp.

Zde jsou klienti umístěni dobrovolně na léčebný pobyt, nedobrovolně anebo zde prostě žijí. Úkolem zdejších pracovníků je dosáhnout co největší samostatnosti klienta, podporují jeho zdravé sociální návyky, udržují nebo zvyšují

úroveň interpersonálních vztahů klienta. Vše s přihlédnutím na jeho individuální možnosti a potřeby.

Návazná doléčovací péče je vhodná, jestliže se klient nemůže, nechce či by nebyl vhodný návrat do jeho předchozího životního prostředí. Může tedy využít specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného bydlení atd. **(18)**

#### **1.4.5. Specifické potřeby duševně nemocných**

##### **1.4.5.1. Bydlení**

Osoby s duševní nemocí v České republice žijí dlouhodobě v léčebnách a v domácím prostředí, setkat se s nimi můžeme i v zařízeních sociálních služeb a výjimkou nejsou ani žijící mezi bezdomovci. U nás je zatím malý počet komunitních zařízení a služeb poskytujících pro tyto klienty podporu v bydlení, na rozdíl od západních zemí, kde od šedesátých let dvacátého století probíhala deinstitucionalizace a byly budovány domy na čtvrt, půl, tři čtvrtě cesty, chráněné byty, internáty, chráněná skupinová bydlení, pečovatelské domy a venkovská bydlení, kde jim byla nabízena i pracovní příležitost.

Devadesátá léta přinesla hledisko podpory. Neznamenal to zavržení již vybudovaných zařízení, došlo jen ke změně jejich práce. Místo posouvání klienta z jednoho chráněného bydlení do druhého se kladl důraz na podporu v jednom zařízení, kde měl pobývat co nejdéle a diferencovat zde míru podpory. Do popředí se dostala podpora bydlení v přirozených podmínkách - bydlení domácího typu - u klienta byl posílen pocit bezpečného zázemí a zároveň rozvíjel své dovednosti. Tato forma měla zlepšit přirozenou sociální síť a přiblížit klienta co nejběžnějším podmínkám **(20)**.

Mladým osobám, kterým do života vstoupí duševní nemoc a jsou v období jakéhosi „startu života“ např. práce, studium, oddělování se od své rodiny, hledání partnera, budování sociální sítě, by se měla co nejdříve dostat komplexní péče a podpory v bydlení velice důležitým momentem. Má-li klient doma emočně nestabilní prostředí, nepřátelské, nevyhovující nebo hyperprotektivní představuje

pro něj velikou až nezvladatelnou zátěž. Je zcela běžné, když si mladí lidé vyhledávají byt s kamarády a opouštějí tak svá „rodinná hnízda“ a tomu odpovídá i typ skupinového bydlení-skupinový byt, chráněné bydlení atp. - pro mladé klienty s duševní nemocí.

Doma žijí klienti soběstační, jejich život není tak omezen, chodí do práce, využívají jen služeb specialisty např. psychologa, psychiatra. Jejich snížená adaptace se projevuje v zátěžových situacích, brání se změnám, ale jinak běžné životní situace zvládají s menšími problémy.

Klienti, kteří jsou umístěni v zařízeních ze sociálních důvodů, ať už přišli kvůli potížím o své zázemí, nebo jejich prostředí a domácí situace nebyla vyhovující, potřebují si opět vybudovat zázemí. Tito klienti potřebují komplexní podporu a chráněné bydlení. Jenže jsou i klienti vztahovační, velmi uzavření, senzitivní atp., pro které skupinové bydlení není vhodnou formou. U takovýchto osob je lepší individuální forma bydlení.

Podpora bydlení by měla být formou dlouhodobější záležitosti, tito klienti potřebují čas **(18)**.

#### **1.4.5.2. Volný čas**

U lidí s duševní nemocí, stejně tak jako u všech ostatních osob najdeme různé zájmy a představy o volném čase. Duševně nemocným lidem zabraňují v naplnění volného času všelijaké překážky. Finanční náročnost, nadměrná zátěž, strach z nové a neznámé situace, zvnitřněná stigmatizace, neobratnost, potíže v komunikaci, nápadnost v chování, nízká sebedůvěra, symptomy duševní nemoci, anebo vedlejší účinky léků. Z těchto důvodů žijí osoby s duševní nemocí často izolovaně, sociální síť je malá. Úkolem sociálního pracovníka je zařizovat spojení mezi okolím a klientem. K dispozici má dobrovolnické služby, centra denních aktivit, různé kurzy vaření, jazykové kurzy, kteří klienti nabízejí pro klienty, vánoční a jiné oslavy, výlety, letní pobyty, zájezdy atd. **(18)**.

#### **1.4.6. Sociální pracovník v domově se zvláštním režimem**

Definice činnosti sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006 Sb. o



sociálních službách zní:

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Mezi předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka patří způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.

Jako bezúhonný je považován ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen pro úmyslný trestní čin ani trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s vykonáváním činností při poskytování sociálních služeb nebo činností s nimi srovnatelných, anebo ten, jehož odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahlazeno nebo se na něj z jiných důvodů hledí, jako by nebyl odsouzen.

Zdravotní způsobilost je prokazována lékařským posudkem o zdravotní způsobilosti vydává jej praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče.

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

- a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu[40] v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu[41],
- c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu

povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),  
d) u manželského a rodinného poradce vysokoškolské vzdělání získané řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví **(15)**.

## 2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem práce je zmapovat nabídku aktivizačních činností pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Prvním dílčím cílem je zjistit jaké aktivizační činnosti osoby s duševním onemocněním nejčastěji využívají v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Druhým dílčím cílem je zjistit, jaké aktivizační činnosti u osob s duševním onemocněním jsou nejpřínosnější z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

**Hypotéza:** Podle názorů pracovníků v sociálních službách je nejpřínosnější aktivizační činností ergoterapie.

Stanovená hypotéza se vztahuje ke kvantitativnímu výzkumu.

Použita bude kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

Operacionalizace pojmů

**Duševní onemocnění:** Je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti k právním úkonům (3).

**Sociální pracovník:** Vykonává sociálně právní poradenství, analytickou, depistážní činnost, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, sociální šetření, sociální agendy, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci.

Předpoklad pro výkon povolání sociálního pracovníka je bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům, odborná způsobilost a zdravotní způsobilost (15).

**Pracovník v sociálních službách:** Pracovník v sociálních službách vykonává:

1) přímou obslužnou péčí o osoby spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami,

prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;

2) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění asistenční služby a osobní asistence;

3) pečovatelskou činnost spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti v územním celku **(15)**.

### **3. METODIKA**

#### **3.1. Použité metody a techniky sběru dat**

Jedná se o kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

U kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda dotazování - technika nestandardizovaný rozhovor se sociálními pracovníky pracujícími v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

V Jihočeském kraji je celkem devět domovů se zvláštním režimem. Rozhovor mi poskytly pouze sociální pracovníce ze šesti domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. S respondenty jsem se setkávala face to face. Měla jsem v plánu rozhovory se souhlasem respondentů nahrávat na magnetofon, nahrané rozhovory jsem chtěla dát jako přílohu k této práci. Nahrávat rozhovor na magnetofon mi odmítly čtyři sociální pracovníce. Dvě sociální pracovníce mi dovolily rozhovor nahrávat, ale jen s podmínkou, že bude sloužit jen k mým osobním účelům a nebude nikde publikovaný.

Na každý domluvený rozhovor jsem měla předem připravené okruhy otázek. Okruhy otázek jsou přiloženy k této bakalářské práci v přílohách. V průběhu rozhovoru jsem, s přihlédnutím na nová fakta, pokládala respondentkám i otázky mimo připravený rámec. Je také důležité uvést, že všechny rozhovory jsou anonymní.

U kvantitativního výzkumu byla zvolena metoda dotazování – technika dotazník. Dotazník byl určen pracovníkům v sociálních službách zaměstnaných v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Dotazník byl rozdán pracovníkům v sociálních službách ve všech domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, vráceno bylo 70 dotazníků. Některým respondentům jsem předávala dotazník osobně, ostatním respondentům jsem dotazník posílala přes mail. Dotazník je přiložen k této bakalářské práci v kapitole č. 9. Přílohy.

### **3.2. Charakteristika zkoumaného souboru**

Základní soubor tvoří pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci domovů se zvláštním režimem, určených pro osoby s duševním onemocněním v Jihočeském kraji.

Kritéria výběru pro výběrový soubor u kvalitativního výzkumu byla: práce v domově se zvláštním režimem, pracovní pozice sociální pracovník. Výběrový soubor u kvalitativního výzkumu tvoří šest sociálních pracovníků ze šesti domovů se zvláštním režimem, ve věku 52, 48, 27, 33, 31 a 36 let. Věkový průměr zkoumaného vzorku činí 37,8 let. v daných zařízeních respondentky pracují 30 měsíců, 1, 2, 13, 16 a 21 let, což se v průměru rovná 111 měsíců tj. 9,25 let. Jedna dotazovaná sociální pracovníce má střední školu, další oslovená má absolvovanou střední odbornou školu. Dvě respondentky mají vysokou školu a 2 sociální pracovníce mají absolvovanou vyšší odbornou školu.

Kritéria výběru pro výběrový soubor u kvantitativního výzkumu byla: práce v domově se zvláštním režimem, pracovní pozice pracovník v sociálních službách.

Výběrový soubor u kvantitativního výzkumu představují pracovníci v sociálních službách v devíti domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Jedná se o 70 pracovníků v sociálních službách v Jihočeském kraji. 61 žen a 9 mužů. 5 respondentů má absolvovanou vysokou školu, 9 má vyšší odbornou školu a 24 pracovníků v sociálních službách má střední školu. Střední odbornou školu, nebo střední odborné učiliště má 32 dotazovaných.

26 ze 70 oslovených pracovníků v sociálních službách pracuje v daném zařízení méně než jeden rok. 1 – 3 roky je zaměstnáno v daném domově se zvláštním režimem 11 dotazovaných. 3 – 5 let pracuje v zařízení 24 respondentů a 5 a více let je v pracovním poměru v daném zařízení 9 pracovníků v sociálních službách.

### **3.3. Realizace výzkumu**

Výzkum byl realizován v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském

kraji v časovém rozmezí prosinec 2009 až březen 2010.

U kvalitativního výzkumu jsem respondenty kontaktovala telefonickou cestou. Telefonní čísla jsem si našla na internetových stránkách daného domova se zvláštním režimem. Poté jsem se s respondenty setkávala face to face.

U kvantitativního výzkumu jsem dotazované kontaktovala internetovou poštou, nebo telefonní cestou. Kontakty na respondenty jsem našla na internetových stránkách daného zařízení. Dotazníky jsem některým respondentům předávala osobně, ostatním respondentům jsem dotazník posílala přes mail.

Celkem je v Jihočeském kraji devět domovů se zvláštním režimem: Domov důchodců Dobrá Voda, Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p. o., Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie, Domov pro seniory Máj České Budějovice, p. o., Ústav sociálních služeb Jindřichův Hradec, Diakonie ČCE, středisko Blanka, Domov pro seniory Světlo, Prácheňské sanatorium, o. p. s. a Domov pro seniory Chýnov.

Kvalitativní výzkum byl proveden v šesti domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji: Domov důchodců Dobrá Voda, Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p. o., Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie, Diakonie ČCE, středisko Blanka, Prácheňské sanatorium, o. p. s. a Domov pro seniory Chýnov.

Kvantitativní výzkum byl proveden v devíti domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji: Domov důchodců Dobrá Voda, Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p. o., Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie, Domov pro seniory Máj České Budějovice, p. o., Ústav sociálních služeb Jindřichův Hradec, Diakonie ČCE, středisko Blanka, Domov pro seniory Světlo, Prácheňské sanatorium, o. p. s. a Domov pro seniory Chýnov.

## 4. VÝSLEDKY

Výsledky sběru dat u kvantitativního výzkumu jsou zpracovány formou tabulek a grafů. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách v absolutních číslech. Pro lepší interpretaci jsou hodnoty v grafech uvedené procentuální formou.

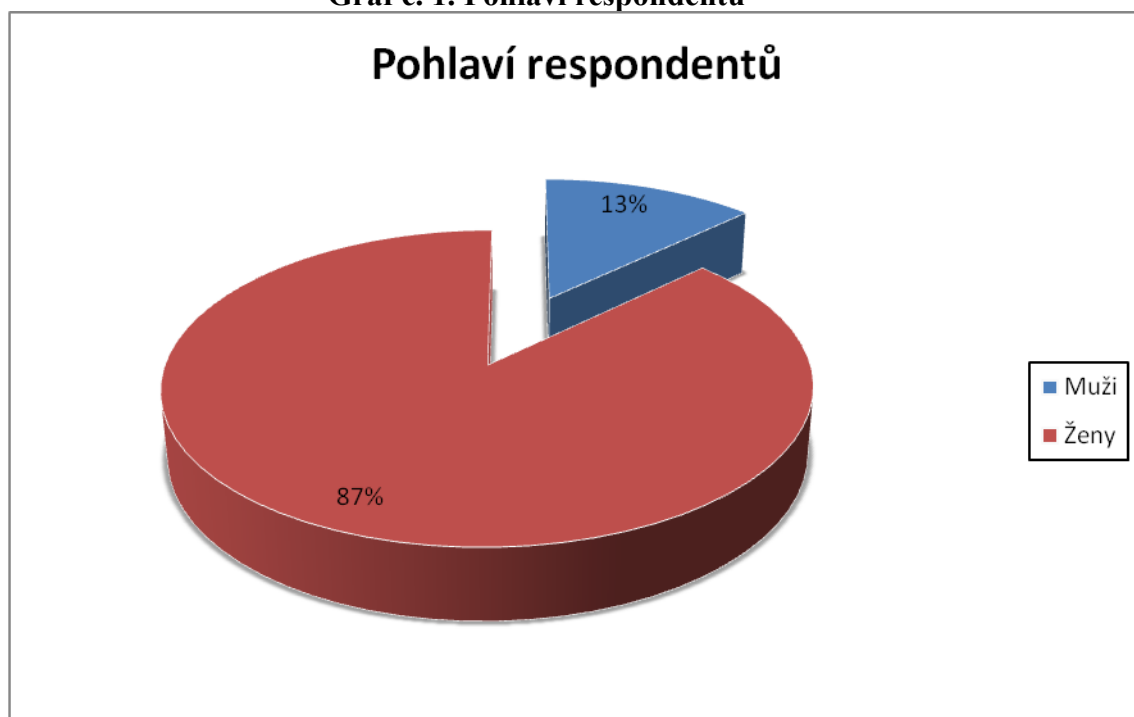
Použito je třináct výsečových grafů a dva grafy sloupcové. Typ grafu u dvou otázek musel být změněn, z důvodu jiného vyhodnocování odpovědí, jelikož každý dotazník byl zvlášť zpracován, jednotlivé aktivizační činnosti, zprůměrovány a vyhodnoceny. Celkový počet dotazovaných u kvantitativního výzkumu činí 70 respondentů.

U kvalitativního výzkumu jsou rozhovory přepsány. Jedná se o šest rozhovorů, které byly provedeny se sociálními pracovníci v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

### 4. 1. Výsledky kvantitativního výzkumu

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Graf č. 1. Pohlaví respondentů





**Zdroj:** vlastní výzkum

Osloveno bylo 70 respondentů, z toho bylo 61 žen a 9 mužů. Mužů je tedy 13 % a žen 87 %.

**Shrnutí otázky č. 1:**

| Pohlaví | Počet respondentů |
|---------|-------------------|
| Muži    | 9                 |
| Ženy    | 61                |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 2: **Kolik Vám je let?**

**Graf č. 2. Věková kategorie respondentů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Věkovou skupinu 20 - 30 let zastává 22 (31 %) respondentů. Skupinu 31 – 40 let zastává 34 (49 %) dotazovaných. U věkové kategorie 41 – 50 let odpovědělo 13 (19 %) dotazovaných. V poslední kategorii 51 let a více

odpovídalo 1 (1 %) osob. Věkové kategorie jsou rozděleny od 20 – 30 let. Poté jsou vždy kategorie děleny po následujících deseti letech. Až do 50 let, od 51 let je samostatná skupina, u níž není určena horní věková hranice.

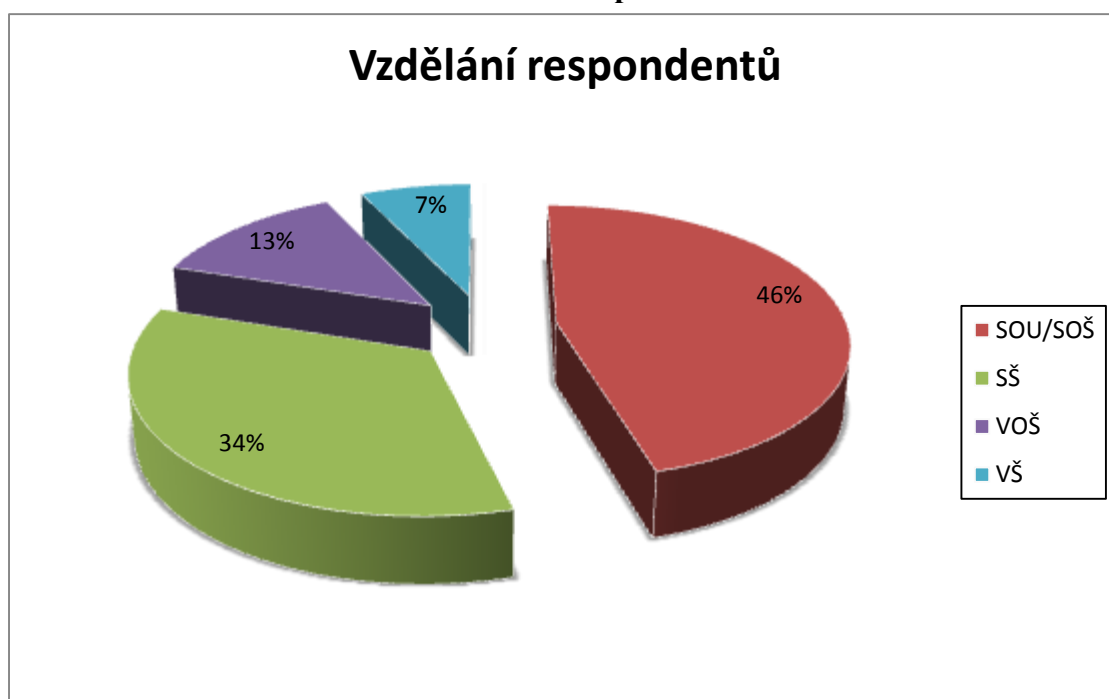
**Shrnutí otázky č. 2:**

| Věková kategorie | Počet respondentů |
|------------------|-------------------|
| 20 - 30 let      | 22                |
| 31 – 40 let      | 34                |
| 41 – 50 let      | 13                |
| 51 let a více    | 1                 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 3: **Jaké je Vaše vzdělání?**

**Graf č. 3. Vzdělání respondentů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

V grafu je zobrazena vzdělanost dotazovaných. Celkem ze 70 respondentů dosáhlo 5 (7 %) osob VŠ. 9 (13 %) respondentů má VOŠ. SŠ mělo 24 (34 %) a

nejvíce 32 (46 %) z dotazovaných dosáhlo SOU/SOŠ. Se ZŠ nebyl dotazován nikdo. Nejpočetnější část dotazovaných lidí tvoří osoby s dokončenou SOU/SOŠ a nejméně bylo jedinců se ZŠ.

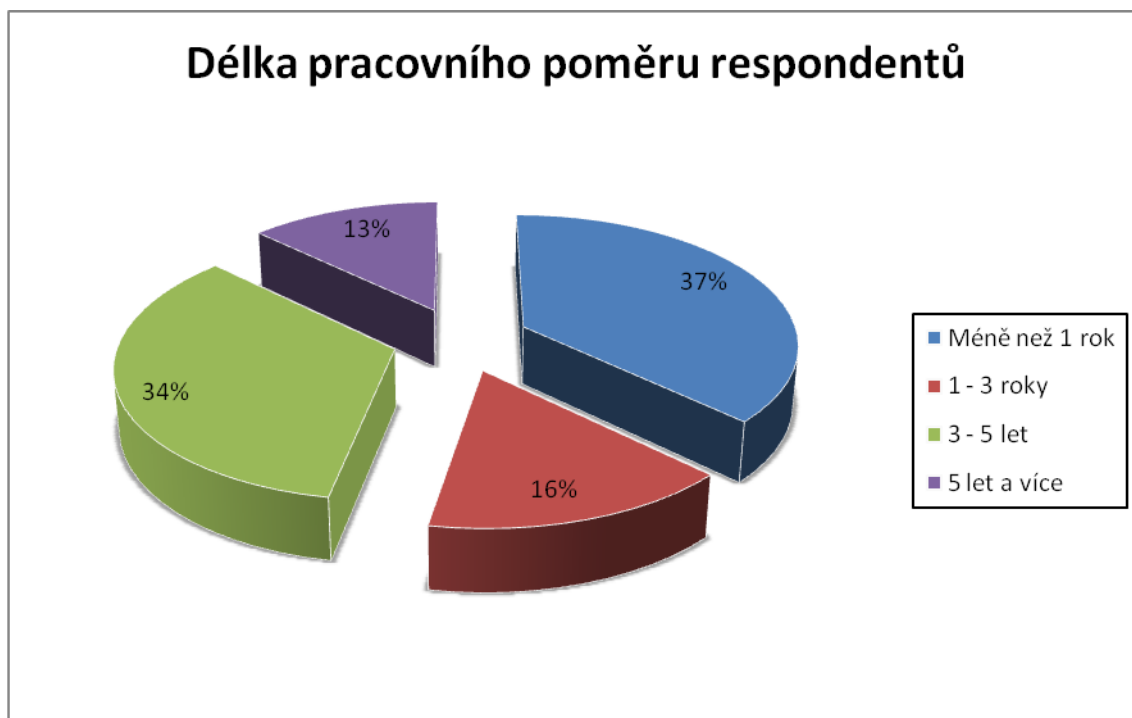
**Shrnutí otázky č. 3:**

| Dosažené vzdělání | Počet respondentů |
|-------------------|-------------------|
| ZŠ                | 0                 |
| SOU/SOŠ           | 32                |
| SŠ                | 24                |
| VOŠ               | 9                 |
| VŠ                | 5                 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 4: **Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?**

**Graf č. 4. Délka pracovního poměru respondentů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

V grafu je zaznamenána délka pracovního poměru respondentů v zařízení. Méně než 1 rok je v daném zařízení 26 (37 %) oslovených, 1 - 3 roky trvá délka pracovního poměru u 11 (16 %) dotazovaných. 3 - 5 let u 24 (34 %) a 5 a více let u 9 (13 %). Největší část osloveného vzorku tvořili jedinci s délkou pracovního poměru menšího než 1 rok. U druhé nečastější skupiny trvala délka pracovního poměru 3 – 5 let. Další 1 - 3 roky a poslední 5 let a více.

**Shrnutí otázky č. 4:**

| Délka pracovního poměru respondentů | Počet respondentů |
|-------------------------------------|-------------------|
| Méně než 1 rok                      | 26                |
| 1 - 3 roky                          | 11                |
| 3 – 5 let                           | 24                |
| 5 let a více                        | 9                 |
| Délka pracovního poměru respondentů | Počet respondentů |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 5: **Jaká je Vaše pracovní pozice?**

**Graf č. 5. Pracovní pozice respondentů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Mezi oslovenými respondenty bylo 11 (16 %) a pracovníků základní výchovné a nepedagogické činnosti. Pracovníků v přímé obslužné péči odpovídalo 59 (84 %).

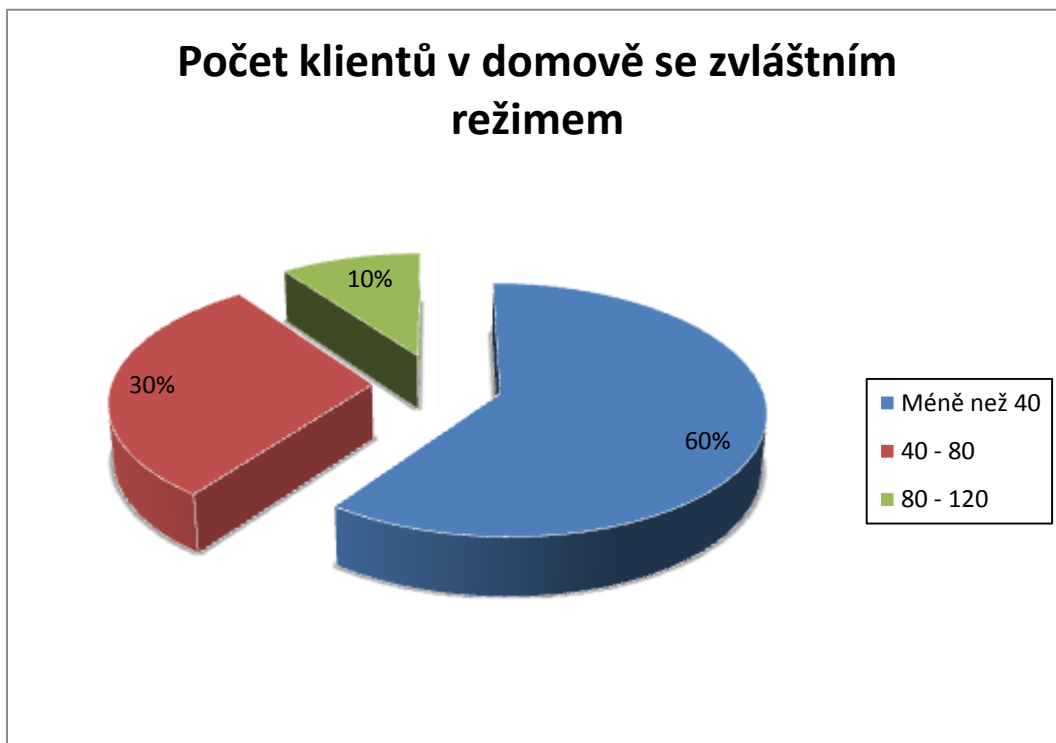
**Shrnutí otázky č. 5:**

| Pracovní pozice respondentů              | Počet respondentů |
|--|-------------------|
| Základní výchovná, nepedagogická činnost | 11                |
| Přímá obslužná péče                      | 59                |
| Pečovatelská činnost v domácnosti        | 0                 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 6: **Jaký je počet klientů ve vašem domově se zvláštním režimem?**

**Graf č. 6. Počet klientů v domově se zvláštním režimem**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Respondenti pracují nejvíce v zařízeních s méně než 40 klienty. A to

přesněji 42 (60 %). 21 (30 %) respondentů pracuje v domovech se 40 – 80 klienty. V domovech se zvláštním režimem s 80 – 120 klienty pracuje 7 (10 %) respondentů. Žádný oslovený respondent nepracuje v domově se zvláštním režimem, ve kterém by bylo více jak 120 klientů.

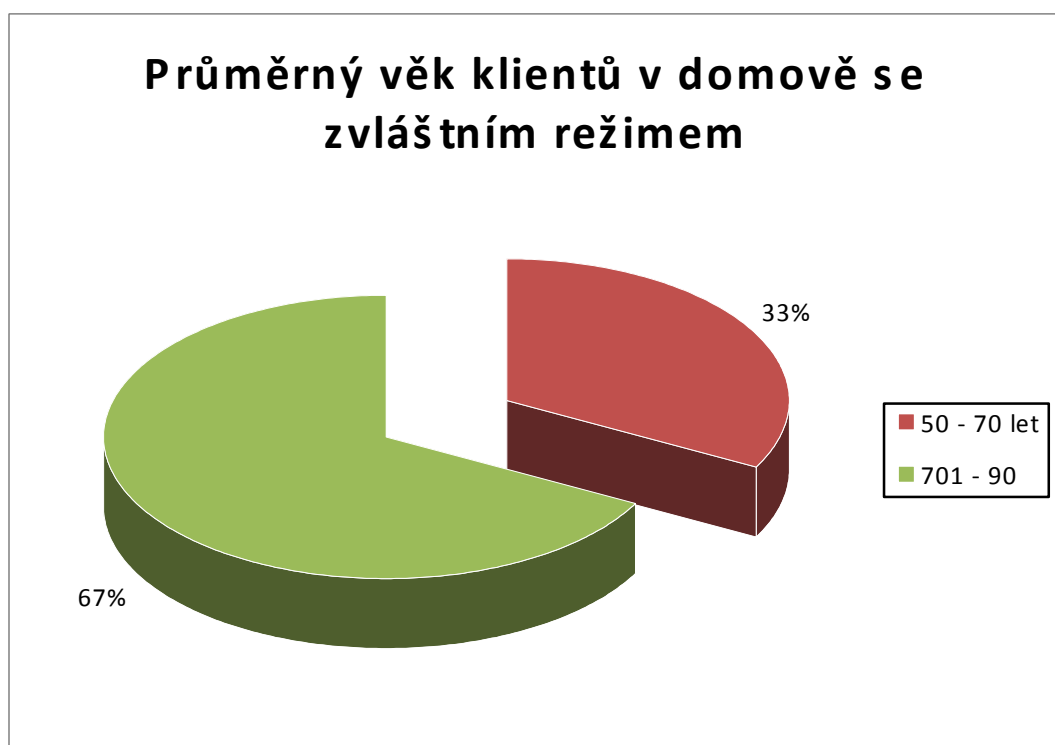
**Shrnutí otázky č. 6:**

| Průměrný počet klientů<br>v domově se zvláštním režimem | Počet respondentů |
|---|-------------------|
| Méně než 40   | 42                |
| 40 – 80   | 21                |
| 80 – 120  | 7                 |
| 120 – 160   | 0                 |
| 160 a více  | 0                 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 7: Jaký je průměrný věk klientů ve Vašem domově se zvláštním režimem?

Graf č. 7. Průměrný věk klientů v domově se zvláštním režimem



**Zdroj:** vlastní výzkum

Nejčastější průměrný věk klientů u dotazovaných respondentů je 71 – 90 let. A to u 47 (67 %). Druhý nejčastější průměrný věk 50 – 70 let je u 23 (33 %) respondentů.

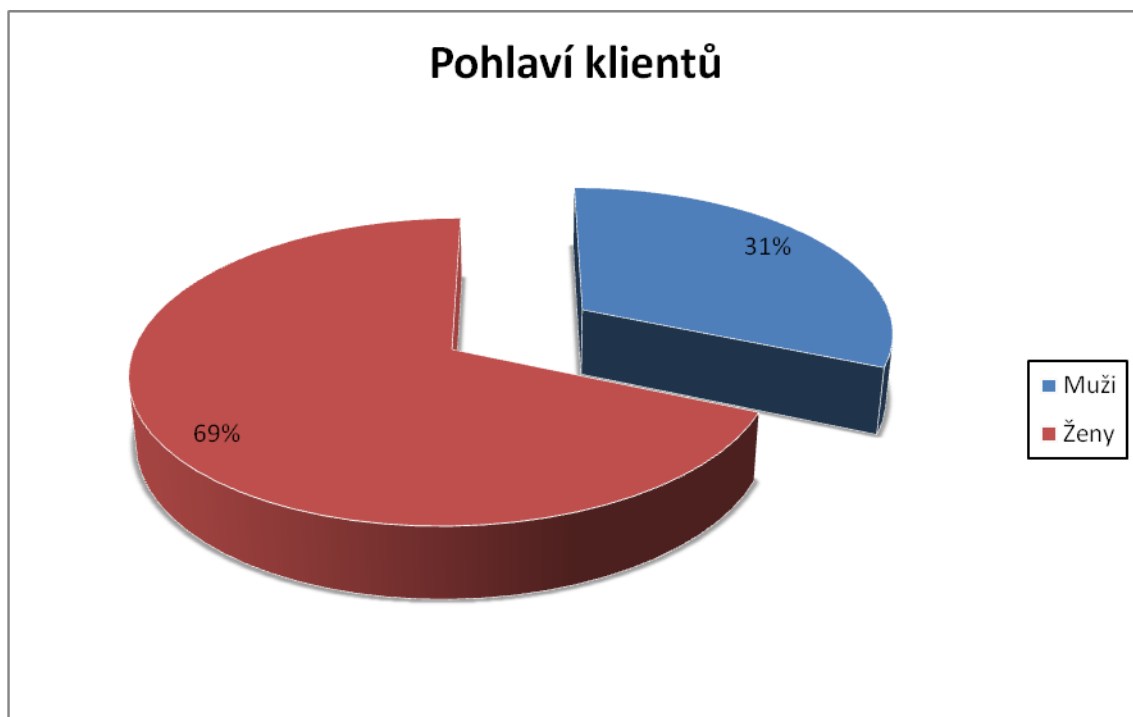
**Shrnutí otázky č. 7**

| Věkový průměr klientů<br>v domově se zvláštním režimem | Počet respondentů |
|--|-------------------|
| Méně než 50 let  | 0                 |
| 50 – 70 let  | 23                |
| 71 – 90 let  | 47                |
| Více než 90 let  | 0                 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 8: **Převažují ve Vašem zařízení muži nebo ženy?**

**Graf č. 8. Pohlaví klientů**



**Zdroj:** vlastní výzkum

V tomto grafu je vyobrazeno a zaznamenáno pohlaví klientů. 22 (31 %) respondentů uvedlo, že v jejich zařízení převažují muži. A 48 (69 %), že převládají klienti ženského pohlaví.

**Shrnutí otázky č. 8:**

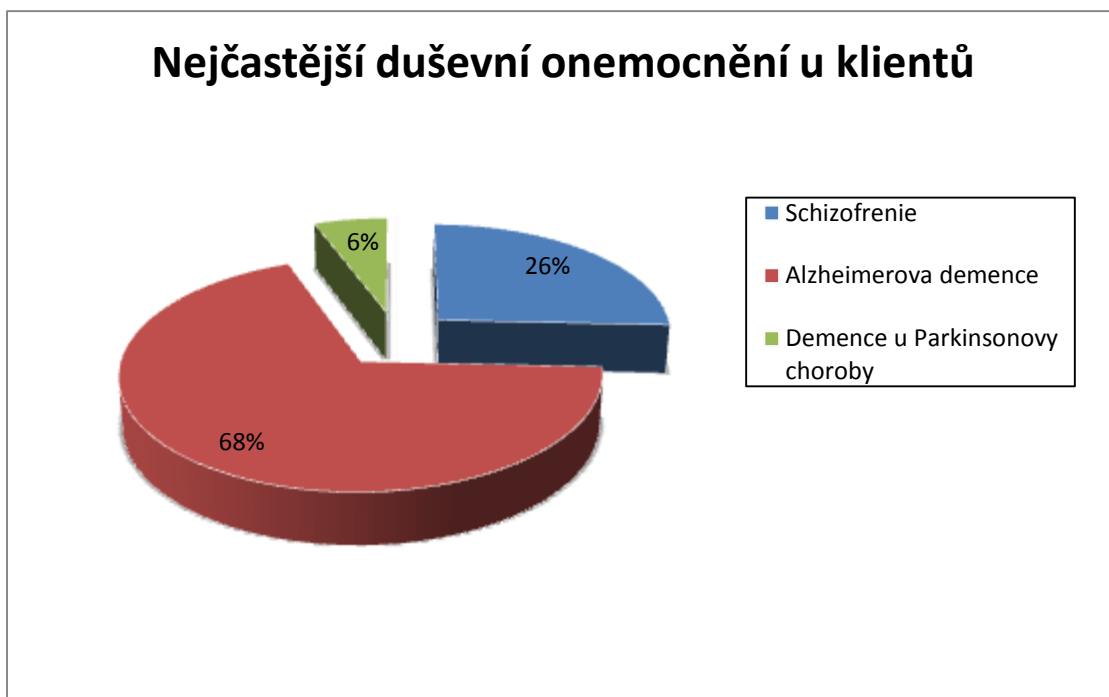
| Pohlaví klientů | Počet respondentů |
|-----------------|-------------------|
| Muži            | 22                |
| Ženy            | 48                |

**Zdroj:** vlastní výzkum



Otázka č. 9: Jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější duševní onemocnění u klientů ve Vašem zařízení?

Graf č. 9. Nejčastější duševní onemocnění u klientů



**Zdroj:** vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných 48 (68 %) považuje za nejčastější duševní onemocnění u klientů Alzheimerovu demenci. 18 (26 %) respondentů uvedlo Schizofrenii a 4 (6 %) různé typy demencí. Z výzkumu vyplývá, že nejčastější duševním onemocněním u klientů domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji je Alzheimerova demence, druhým onemocněním je Schizofrenie a třetím různé typy demence.

**Shrnutí otázky č. 9:**

| Nejčastější duševní onemocnění u klientů | Počet respondentů |
|--|-------------------|
| Schizofrenie                             | 18                |
| Alzheimerova demence                     | 48                |
| Různé typy demence                       | 4                 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

**Otázka č. 10: Co podle Vašeho názoru znamená „aktivizační činnosti“?**

Nejvíce, přesněji 48 respondentů popisovalo aktivizační činnosti jako různé činnosti, které aktivizují klienta a pomáhají mu zachovat jeho soběstačnost. A 10 oslovených napsalo, že aktivizační činnosti jsou činnosti, které mají pomáhat k zachování dosavadních schopností. 12 respondentů odpovědělo, že aktivizační činnosti jsou činnosti, které naplňují volný čas klientů.

**Zdroj:** vlastní výzkum

**Otázka č. 11: Vyjmenujte prosím hlavní přínosy aktivizačních činností u klientů s duševním onemocněním?**

Uchovávání dosavadních zájmů a adaptace odpovědělo 55 respondentů. Udržování a navazování sociálních kontaktů napsalo 25 oslovených. A zachování dosavadních schopností 21 respondentů. Také se objevovala i odpověď typu rozvíjení samostatnosti, kterou napsal 1 respondent. Naplňování volného času uvedlo 15 respondentů a 3 respondenti označili jako hlavní přínos aktivizačních činností nezáměrnou rehabilitaci.

**Zdroj:** vlastní výzkum

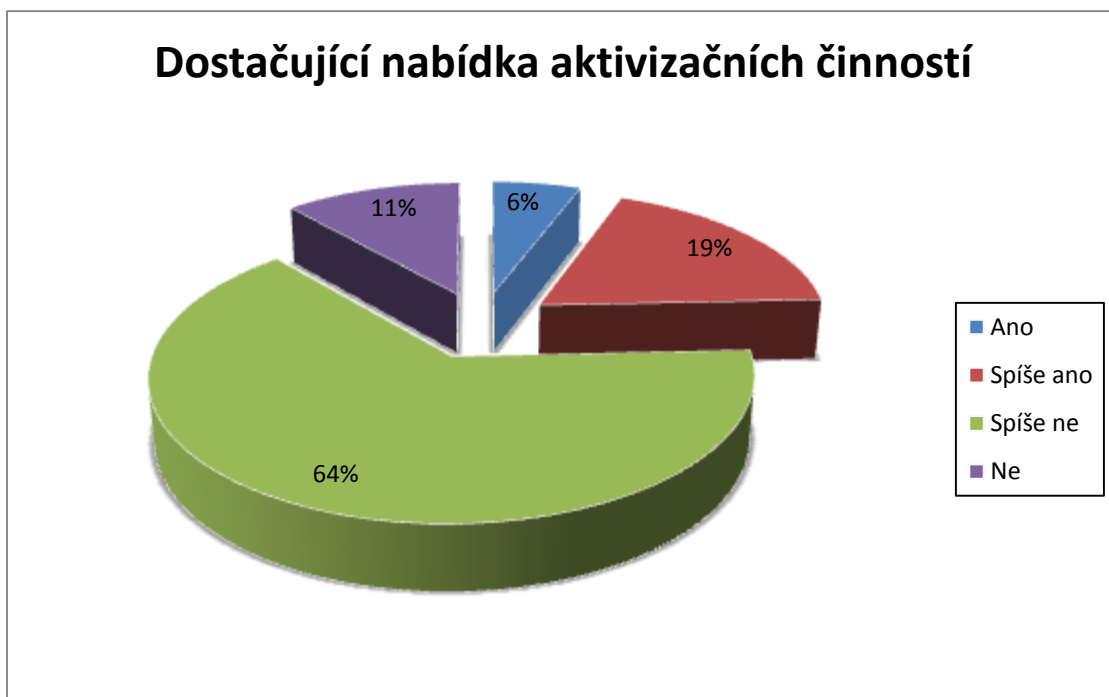
**Otázka č. 12: Jaké aktivizační činnosti mohou klienti ve Vašem zařízení využívat?**

Odpovědi u této otázky byly obsáhlé s velkou nabídkou činností. Nejčastěji zazněly tyto aktivizační činnosti: ergoterapie, kterou uvedlo 70 dotazovaných. Muzikoterapii uvedlo 64 respondentů, sportovní a kulturní akce uvedlo 63 dotazovaných. Arteterapii uvedlo 58 respondentů a 53 zooterapii. Reminiscenční terapii uvedli 3 respondenti a 2 dramaterapii.

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 13: Je dle Vašeho názoru nabídka aktivizačních činností ve Vašem zařízení dostačující?

Graf č. 10. Dostačující nabídka aktivizačních činností.



**Zdroj:** vlastní výzkum

Většina respondentů tedy 53 (75 %) se domnívá, že nabídka aktivizačních činností pro dané zařízení není dostačující. Jen pro 17 (25 %) jsou aktivizační činnosti v jejich zařízení dostačující.

**Shrnutí otázky č. 13:**

|                   | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne |
|-------------------|-----|-----------|----------|----|
| Počet respondentů | 4   | 13        | 45       | 8  |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 14: **Které aktivizační činnosti upřednostňují muži?**

68 respondentů uvedlo, že muži upřednostňují ergoterapii. Druhou nejčastější byla muzikoterapie, kterou uvedlo 56 dotazovaných a sportovní a kulturní akce uvedlo 44 respondentů.

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 15: **Které aktivizační činnosti upřednostňují ženy?**

Ženy v daných zařízeních podle názoru pracovníků v sociálních službách nejvíce upřednostňují ergoterapii, kterou uvedlo 70 respondentů. Arteterapii uvedlo 55 respondentů a muzikoterapii 54 respondentů.

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 16: **Má Vaše zařízení dle Vašeho názoru vhodné prostory pro realizaci aktivizačních činností?**

**Graf č. 11. Vhodnost prostor pro realizaci aktivizačních činností.**



**Zdroj:** vlastní výzkum

Výsledky odpovědí na tuto otázku se z velké části nepřiklánějí k jasné odpovědi. Záleží na daném zařízení. 33 (47 %) respondentů uvedlo, že mají dostačující prostory pro realizaci aktivizačních činností. 37 (53 %) respondentů uvedlo, že nemají vhodné prostory.

#### **Shrnutí otázky č. 16**

|                   | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne |
|-------------------|-----|-----------|----------|----|
| Počet respondentů | 6   | 27        | 33       | 4  |

**Zdroj:** vlastní výzkum

#### **Otázka č. 17: Kolikrát týdně je klientům k dispozici účast na aktivizačních činnostech?**

Podle výpovědí respondentů je klientům v domovech se zvláštním režimem nejčastěji nabízena ergoterapie, tu uvedlo 70 respondentů. Další velmi často nabízenou aktivizační činností je muzikoterapie, kterou uvedlo 66 respondentů a 52 respondentů uvedlo trénování paměti. Nejméně anebo vůbec je v nabídce reminiscenční terapie, kterou uvedli 3 respondenti a dramaterapii neuvedl ani jeden respondent.

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 18: Je, dle Vašeho názoru, četnost aktivizačních činností pro klienty dostačující?

Graf č. 12. Četnost aktivizačních činností.



**Zdroj:** vlastní výzkum

Výsledky odpovědí na tuto otázku se z velké části přiklánějí k jasné odpovědi. 55 (79 %) respondentů uvedlo, že četnost aktivizačních činností není dostačující. 15 (21 %) respondentů uvedlo, četnost aktivizačních činností je dostačující.

**Shrnutí otázky č. 18:**

|                   | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne |
|-------------------|-----|-----------|----------|----|
| Počet respondentů | 3   | 12        | 33       | 22 |

**Zdroj:** vlastní výzkum

**Otázka č. 19: Kterí pracovníci se na průběhu aktivizačních činností podílejí?**

U této otázky uvedlo 70 respondentů ergoterapeuty. Zdravotnický personál uvedlo 34 dotazovaných a 29 respondentů uvedlo sociální pracovníky. A nejméně jen třikrát zazněla odpověď přímá obslužná péče.

**Zdroj:** vlastní výzkum

**Otázka č. 20: Jaké aktivizační činnosti jsou nabízeny klientům individuální formou?**

Ergoterapii uvedlo 68 respondentů, arteterapii 59 respondentů a trénování paměti 52. Zooterapii uvedlo 6 respondentů. Dramaterapii a reminiscenční terapii ani jeden respondent nevedl.

**Zdroj:** vlastní výzkum

**Otázka č. 21: Jaké aktivizační činnosti jsou klientům nabízeny skupinovou formou?**

Na tuto otázku odpovídali respondenti hodně rozsáhle. Jelikož nabídka aktivizačních činností nabízených skupinovou formou je podstatně více než těch nabízených formou individuální. Ergoterapii uvedlo 67 respondentů, 63 muzikoterapii, 58 arteterapii, 52 trénování paměti, 49 společenské a kulturní akce a 44 zooterapie. 5 respondentů uvedlo dramaterapii a 4 reminiscenční terapii.

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 22: Existují dle Vašeho názoru ve Vašem zařízení faktory ztěžující aktivizaci?

Graf č. 13. Faktory ztěžující aktivizaci



**Zdroj:** vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že se výsledky na tuto otázku přiklánějí k jasné odpovědi. 70 (100%) respondentů uvedlo, že i v jejich zařízení existují faktory ztěžující aktivizaci. Žádný respondent neuvedl, že by se faktory ztěžující aktivizaci klientů nevyskytovaly.

**Shrnutí otázky č. 22:**

|                   | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne |
|-------------------|-----|-----------|----------|----|
| Počet respondentů | 69  | 1         | 0        | 0  |

**Zdroj:** vlastní výzkum



Otázka č. 23: Seřad'te následující aktivizační činnosti podle toho, jak jsou dle Vašeho názoru pro klienty přínosné?

Graf č. 14. Aktivizační činnosti dle přínosnosti pro klienty



**Zdroj:** vlastní výzkum

Z důvodu rozdílného vyhodnocování odpovědí u respondentů a lepší orientaci, byl použit jiný typ grafu, než u předchozích otázek.

Nejpřínosnější aktivizační činností je dle respondentů ergoterapie, která se umístila na prvním místě. Na dalších místech se umístila zooterapie, trénování paměti, reminiscenční terapie a muzikoterapie. Na šestém místě se umístila arteterapie spolu s kulturními akcemi. Jako poslední, tedy na osmé pozici se, dle výpovědí respondentů umístila dramaterapie spolu se sportovními akcemi.

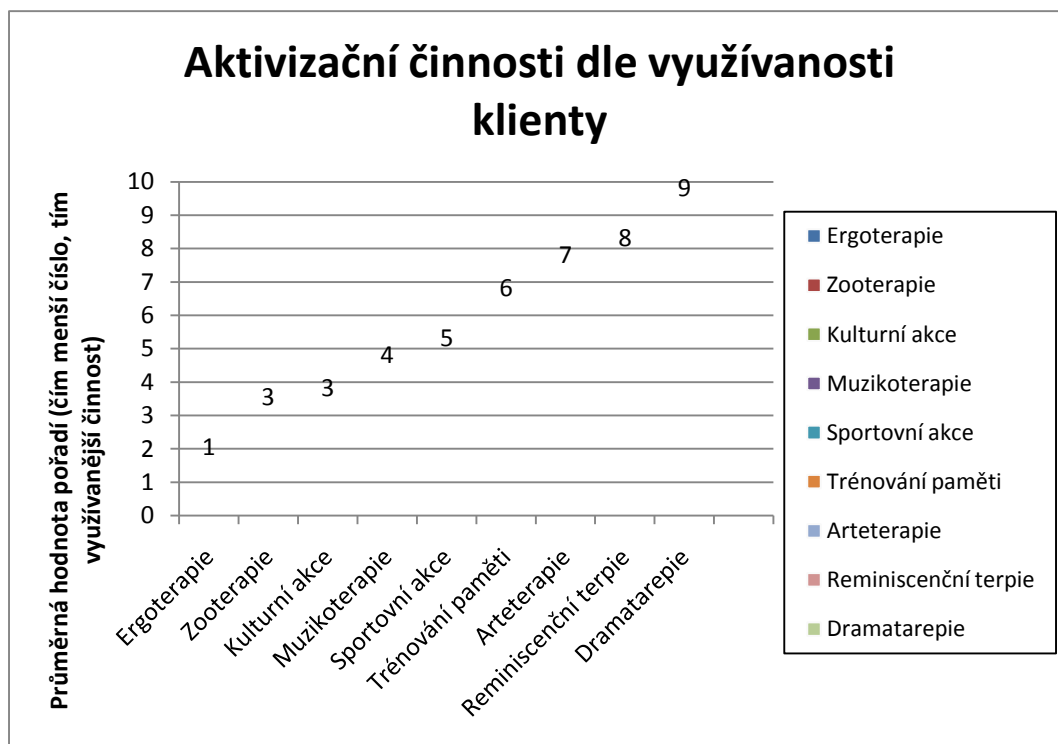
**Shrnutí otázky č. 23:**

| Aktivizační činnosti dle přínosnosti pro klienty | Průměrné hodnoty pořadí |
|--|-------------------------|
| Muzikoterapie                                    | 4,25                    |
| Zooterapie                                       | 3,75                    |
| Arteterapie                                      | 6                       |
| Trénování paměti                                 | 3,5                     |
| Ergoterapie                                      | 1                       |
| Dramaterapie                                     | 8                       |
| Kulturní akce                                    | 6,25                    |
| Sportovní akce                                   | 8,25                    |
| Reminiscenční terapie                            | 4                       |

**Zdroj:** vlastní výzkum

Otázka č. 24: Seřad'te následující aktivizační činnosti podle toho, jak jsou dle Vašeho názoru klienty nejvyužívanější?

Graf č. 15. Aktivizační činnosti dle využívanosti klienty



**Zdroj:** vlastní výzkum

Z důvodu rozdílného vyhodnocování odpovědí u respondentů a lepší orientaci, byl použit jiný typ graf, než u předchozích otázek.

Nejvyužívanější aktivizační činností je dle respondentů ergoterapie, která se umístila na prvním místě. Na třetím místě, se umístila zooterapie a kulturní akce. Na čtvrtém místě je muzikoterapie. Na pátém sportovní akce, na šestém trénování paměti. Arteterapie je na sedmém místě, reminiscenční terapie je reminiscenční terapie a na posledním devátém je dramataterapie.

### **Shrnutí otázky č. 24:**

| Aktivizační činnosti dle přínosu pro klienty | Průměrné hodnoty pořadí |
|--|-------------------------|
| Muzikoterapie                                | 4                       |
| Zooterapie                                   | 2,75                    |
| Arteterapie                                  | 7                       |
| Trénování paměti                             | 6                       |
| Ergoterapie                                  | 1,25                    |
| Dramaterapie                                 | 9                       |
| Kulturní akce                                | 3                       |
| Sportovní akce                               | 4,5                     |
| Reminiscenční terapie                        | 7                       |

**Zdroj:** vlastní výzkum

## **4. 2. Výsledky kvalitativního výzkumu**

### **4. 2. 1. Rozhovor se sociální pracovnící č. 1.**

Rozhovor s touto sociální pracovnící trval 50 minut. Respondentka si nepřála rozhovor nahrávat na diktafon.

Dotazované je 52 let. V daném zařízení pracuje 21 let a má střední odborné vzdělání.

#### *Klienti s duševním onemocněním v domově se zvláštním režimem*

Celkový počet klientů v domově se zvláštním režimem činí 110. Průměrný věk obyvatel dosahuje 60 let. V zařízení je dlouhodobá a stálá převaha mužského pohlaví a nejčastějším onemocněním u zdejších klientů je schizofrenie. Respondentka uvedla fakt, že převážná část klientů má výuční list.

### *Aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem*

Dle informací získaných od sociální pracovníce je zřejmé, že aktivizačních činností zde mají klienti na výběr ze všech jmenovaných v této práci. Mají zde k dispozici tedy muzikoterapii, zooterapie, arteterapie, trénování paměti, ergoterapii, dramaterapii, kulturní a sportovní akce i reminiscenční terapii. Respondentka uvedla, že jí osobně připadá nabídka aktivizačních činností u nich v zařízení dostačující, stejně jako prostory pro realizaci aktivizačních činností.

Mezi aktivizační činnosti, které více využívají muži, oslovená přiřadila sportovní akce a arteterapie. Respondentka uvedla „**Víte, skoro všichni schizofrenici kouří a pijí hodně kávy. Mají-li kafe, cigaret a klid jsou spokojeni. U osob s tímto nemocněním nenašly aktivizační činnosti moc velkou oblibu.**“ Nejčastěji navštěvovaná aktivizační činnost ženským pohlavím jsou dle názoru oslovené rozhodně ergoterapie.

Na otázku jaké aktivizační činnosti, dle Vašeho názoru jsou pro klienty nejpřínosnější? My respondentka nedokázala jednoznačně odpovědět, jelikož mají v zařízení široké věkové rozmezí klientů, a pro každou věkovou kategorii vidí v každé z aktivizačních činností různý přínos. Na následující otázku týkající se nejvyužívanějších aktivizačních činností už byla tázaná přesněji a označila ergoterapii, arteterapie a sportovní akce.

Sociální pracovníce uvedla, že nemají dostatek času, aby mohly také pomáhat s realizací aktivizačních činností. Ergoterapeutů toto zařízení zaměstnává deset a i tento počet není dle jejího názoru dostačující, stejně tak jsou nedostačující i prostory určené k realizaci aktivizačních činností.

Mezi faktory ztěžující aktivizaci oslovená uvedla malý počet ergoterapeutů a nedostatek času. A největším přínosem aktivizačních činností je dle respondentky společná zábava, kolektiv, vliv jedné osoby na druhou „**samozřejmě ten pozitivní a fakt, že klient nesedí jenom na pokoji.**“

#### **4. 2. 2. Rozhovor se sociální pracovnící č. 2.**

Tento rozhovor trval 45 minut. Sociální pracovníce mi dovolila rozhovor

nahrávat, ale jen s podmínkou, že nahrávka bude sloužit jen pro mé osobní účely a nebude nikde zveřejněna.

Respondente je 48 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je úplné střední. V zařízení pracuje třináct let.

#### *Klienti s duševním onemocněním v domově se zvláštním režimem*

Počet klientů v domově se zvláštním režimem dosahuje čísla 35. Průměrný věk klientů s duševním onemocněním činí 82 let. Nejběžnější diagnózou je Alzheimerova demence. Dle statistických údajů je zde převaha ženského pohlaví. Na otázku týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání klientů mi respondentka nedokázala podat žádné informace.

#### *Aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem*

Dotazovaná by mezi nejvyužívanější aktivizační činnosti zařadila ergoterapii, muzikoterapii a sportovní aktivity. Mezi nejpřínosnější by uvedla trénování paměti, reminiscenční terapii a ergoterapii.

Respondentka vypověděla, že slabší pohlaví dává přednost ergoterapii a muzikoterapii, kdežto mužské pohlaví upřednostňuje sportovní akce.

Dostačující a vyhovující prostory vhodné pro realizaci aktivizačních činností, dle názoru sociální pracovnice, toto zařízení nemá. Ona sama by doporučovala „**pořádnou velkou společenskou místnost.**“

Na otázku pojednávající o hlavních přínosech aktivizačních činností respondentka sdělila, že hlavním přínosem dle jejího názoru je zlepšování paměti, soustředění, komunikace, udržování a navazování sociálních kontaktů, „**a především se nenudí.**“

Jako hlavní přínosy aktivizačních činností respondentka vyslovila udržování sociálních kontaktů, adaptaci a zaplnění volného času.

V nabídce aktivizačních činností v tomto zařízení je muzikoterapie, ergoterapie, trénování paměti, sportovní a kulturní akce. Chybí tedy reminiscenční terapie, zooterapie a dramaterapie. Oslovené sociální pracovníci připadá nabídka

aktivizačních činností v daném domově se zvláštním režimem nedostačující.

Respondentka vypověděla, že zařízení zaměstnává 3 ergoterapeuty. A dle oslovené je to velmi málo. Sociální pracovníci s realizací aktivizačních činností pomáhají, ale pouze se svozem klientů.

Mezi hlavní faktory ztěžující aktivizaci respondentka zařadila **„samotný režim dne, nedostatek ergoterapeutů a malé nevhodné prostory.“**

#### **4. 2. 3. Rozhovor se sociální pracovnící č. 3**

Rozhovor trval 65 minut. Sociální pracovnice mi nedovolila rozhovor nahrávat.

Dotazované je 27 let a v tomto zařízení pracuje jeden rok. Respondentka má absolvovanou vysokou školu.

##### *Klienti s duševním onemocněním v domově se zvláštním režimem*

Klientů je v tomto domově se zvláštním režimem 30. Dle údajů od sociální pracovnice je i v tomto zařízení převaha mužského pohlaví. Průměrný věk klientů je 75 let. Nejčastějším duševním onemocněním jsou v tomto domově různé typy demence. Nejvyšší dosažené vzdělání u klientů s duševním onemocněním je základní škola.

##### *Aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem*

Do nabídky aktivizačních činností oslovená respondentka zařadila všechny aktivizační činnosti kromě dramaterapie a reminiscenční terapie. Klienti v tomto zařízení mají tedy k dispozici trénování paměti, kulturní a sportovní akce, arteterapii, zooterapie, ergoterapii, muzikoterapii. Reminiscenční terapii by sama sociální pracovnice chtěla **„časem provozovat.“** Nabídka aktivizačních činností v tomto zařízení a jejich četnost se dle sociální pracovnice nedostačující.

Respondentka mezi aktivizační činnosti upřednostňované muži zařadila ergoterapii a kulturní akce. **„Ničeho jiného se muži nechtějí účastnit.“** Ženy dávají přednost ergoterapii, zooterapie a kulturním akcím.

Na dotaz, které aktivizační činnosti jsou, dle dotazované nejvyužívanější, odpověděla: ergoterapie a zooterapie. Jako nejpřínosnější uvedla trénování paměti, reminiscenční terapii a ergoterapii.

Vyhovující prostory pro realizaci aktivizačních činností, tento domov se zvláštním režimem dle názoru sociální pracovníce nemá. Ona sama by vyžadovala velkou společenskou místnost a větší ergodílnu.

Zařízení má jednoho ergoterapeuta. **„Jeden ergoterapeut a ještě ke všemu jen na půl úvazku je podle mě hodně málo.“**

Udržování současných schopností, dovedností a zdravotního stavu. Zpomalení progresu demencí a navazování sociálních kontaktů. To jsou dle respondentky hlavní přínosy aktivizačních činností. S nimiž dle oslovené sociální pracovníce pomáhá i ona a další sociální pracovníce. **„Já a moje kolegyně jsme před třemi měsíci dostaly na starosti muzikoterapii. Dále pomáháme se svozem klientů na různé aktivizační činnosti a také trénujeme paměť s klienty.“**

Dotazovaná sociální pracovníce vidí jako hlavní faktory, které ztěžují aktivizaci, malý počet ergoterapeutů, dále vysoký stupeň demence, kvůli kterému již nejsou schopni udržet pozornost, ani vydržet sedět.

#### **4. 2. 4. Rozhovor se sociální pracovnící č. 4.**

Délka tohoto rozhovoru činila 39 minut a oslovená sociální pracovníce nechtěla rozhovor nahrávat.

Dotazované sociální pracovníci je 33 let. V daném domově se zvláštním režimem pracuje druhým rokem a její nejvyšším dosaženým vzděláním je vysoká škola.

#### *Klienti s duševním onemocněním v domově se zvláštním režimem*

Celkem je v domově se zvláštním režimem osm klientů. I v tomto zařízení převládají ženy. Věkový průměr obyvatel je 72 let a nejčastější diagnózou je, dle



údajů od respondentky, Alzheimerova demence. Převažují klienti s výučným listem.

#### *Aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem*

V daném domově mají klienti k dispozici tyto aktivizační činnosti: reminiscenční terapii, zooterapii, ergoterapii, arteterapii, kulturní a společenské akce, trénování paměti a muzikoterapii. V nabídce tedy chybí dramaterapie. Dle oslovené sociální pracovnice je, nabídka aktivizačních činností pro klienty s duševním onemocněním v daném zařízení dostačující.

Ergoterapie, reminiscenční terapie a kulturní akce patří mezi nejoblíbenější aktivizační činnosti u žen ve zdejších domově se zvláštním režimem. Jaké aktivizační činnosti upřednostňují muži, jsem se od respondentky nedozvěděla, jelikož v zařízení žádní muži nejsou. Reminiscenční terapii a ergoterapii také oslovená sociální pracovnice označila jako pro klienty nejpřínosnější aktivizační činnosti.

Zařízení zaměstnává 4 ergoterapeuty, což je dle slov dotazované „**optimální počet ergoterapeutů, pro naše zařízení.**“ Samy sociální pracovnice, také pomáhají při realizaci aktivizačních činností, ale jak uvedla respondentka „**jen v nouzi**“

Oslovená taktéž označila prostory daného zařízení určené k realizaci aktivizačních činností jako vhodné a uvedla doslova „**ideální.**“

Faktorem ztěžujícím aktivizaci je dle oslovené samo onemocnění a stupeň demence. Na otázku jaké jsou hlavní přínosy aktivizačních činností, mi dotazovaná uvedla zlepšování kvality života.

#### **4. 2. 5. Rozhovor se sociální pracovnicí č. 5.**

Délka rozhovoru dosáhla 65 minut. Dotazovaná odmítla rozhovor nahrávat na magnetofon.

Respondentce je 31 let a v daném domově se zvláštním režimem pracuje dva a půl roku. Oslovená absolvovala vyšší odbornou školu.

#### *Klienti s duševním onemocněním v domově se zvláštním režimem*

V domově se zvláštním režimem je 62 obyvatel, u nichž je nejčastějším duševním onemocněním Alzheimerova demence. Věkový průměr klientů v tomto zařízení je 70 let a převažují ženy. Nejběžnějším vzděláním u klientů je střední škola.

Muži v tomto zařízení dávají přednost sportovním a kulturním akcím. Kdežto ženy upřednostňují ergoterapii, kulturní akce a muzikoterapii. V nabídce zařízení nechybí žádná z aktivizačních činností. Klienti zde tedy mohou využívat ergoterapii, muzikoterapii, arteterapii, reminiscenční terapii, trénování paměti i kulturní a sportovní akce, zooterapie a dramaterapii.

Dle dotazované sociální pracovnice je tato nabídka aktivizačních činností dostačující. Mezi klienty nejvyužívanější aktivizační činnost by respondentka zařadila ergoterapii, kulturní akce a muzikoterapii. Jako nejpřínosnější aktivizační činnosti označila ergoterapii, trénování paměti a reminiscenční terapii.

Tento domov se zvláštním režimem zaměstnává čtyři ergoterapeuty. Počet ergoterapeutů je dle názoru sociální pracovnice dostačující. Za to spokojena není s prostory určenými pro realizaci aktivizačních činností. Navrhovala by větší dílny a zahradu.

Sociální pracovnice s realizací aktivizačních činností pomáhají, ale pouze ve věcech organizačních.

Mezi hlavní přínosy aktivizačních činností oslovená uvedla zachování návyků a dovedností a zlepšování kvality života. Jako faktory ztěžující vyjmenovala dotazovaná tyto: nevyhovující prostory, nedostatek finančních prostředků a sezónní období.

#### **4. 2. 6. Rozhovor se sociální pracovnicí č. 6.**

Rozhovor trval 30 minut. Sociální pracovnice neodmítla rozhovor nahrávat, nýbrž publikovat.

Oslovené je 36 let, v zařízení pracuje 16 let. A její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné.

### *Klienti s duševním onemocněním v domově se zvláštním režimem*

Ve zdejší domově se zvláštním režimem je 36 klientů. Jejich věkový průměr je 80 let. V zařízení převažují ženy. Jako nejčastější duševní onemocnění označila oslovená Alzheimerovu demenci.

### *Aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem*

Reminiscenční terapie, sportovní a kulturní akce, trénování paměti, zooterapie, muzikoterapie a ergoterapie to vše jsou aktivizační činnosti, které můžeme nalézt v tomto zařízení. Dle názoru oslovené je tato nabídka nedostačující. Mezi nejoblíbenější dle názoru oslovené patří ergoterapie, zooterapie a muzikoterapie. Jako nejpřínosnější by dotazovaná, ale označila trénování paměti, reminiscenční terapii a ergoterapii.

Muži dle názoru respondentky dávají přednost sportovním akcím, ergoterapii a muzikoterapii. Ženy více upřednostňují ergoterapii, kulturní akce a zooterapie.

Prostory pro realizaci aktivizačních činností má dané zařízení vhodné a dostačující dle oslovené sociální pracovnice. Na domov se zvláštním režimem zaměstnává zařízení jednoho ergoterapeuta. Což dle názoru dotazované je hodně málo. Sama respondentka by viděla jako „**optimální počet**“ 5 ergoterapeutů. Sociální pracovnice se nijak nepodílí na realizaci aktivizačních činností, jelikož je sama na celý domov se zvláštním režimem a tudíž nemá čas.

Hlavní přínosy aktivizačních činností jsou dle oslovené komunikace, udržování zájmů a schopností, adaptace a sociální kontakty.

Nedostatek pracovníků a přístup přímé ošetrovatelské péče ke smyslu a účinnosti aktivizačních činností to jsou hlavní dva faktory ztěžující aktivizaci.

## 5. DISKUZE

S faktem, že aktivizační činnosti jsou přínosné a užitečné se ztotožňuji. A jsem velice potěšena, že stejný názor a popřípadě i zkušenosti mají i zaměstnanci domovů se zvláštním režimem. Což je dle mého názoru dobrou známkou, jelikož ve své praxi jsem poznala i osoby, které aktivizační činnosti neuznávají a nevěnují jim pozornost a tím pádem ani svým klientům.

Jako hlavní přínosy aktivizačních činností uváděli jak sociální pracovníci, tak i pracovníci v sociálních službách tyto: uchovávání dosavadních zájmů, adaptaci, udržování a navazování sociálních kontaktů a také zachování dosavadních schopností. Na druhou stranu se objevovaly i odpovědi typu rozvíjení samostatnosti, naplňování volného času a nezáměrná rehabilitace. Uchovávání dosavadních zájmů a adaptace odpovědělo 55 respondentů. Udržování a navazování sociálních kontaktů napsalo 25 oslovených. A zachování dosavadních schopností 21 respondentů. Také se objevovala i odpověď typu rozvíjení samostatnosti, kterou napsal 1 respondent. Naplňování volného času uvedlo 15 respondentů a 3 respondenti označili jako hlavní přínos aktivizačních činností nezáměrnou rehabilitaci.

Na přínosech aktivizačních činností se respondenti shodovali, shodlo se také 53 (75 %) pracovníků v sociálních službách a tři sociální pracovníci ze šesti, že nabídka aktivizačních činností pro daný domov se zvláštním režimem není dostačující. Jen pro 17 (25 %) pracovníků v sociálních službách je nabídka aktivizačních činností v jejich zařízení dostačující. V této souvislosti si kladu otázku, proč se daní zaměstnanci tuto negativní skutečnost nesnaží změnit. Když ne oni, tak kdo jiný? Sami klienti? Taktéž 55 (79 %) pracovníků v sociálních službách není spokojeno ani s četností aktivizačních služeb. 15 (21 %) respondentů uvedlo, že četnost aktivizačních činností u nich v zařízení je dostačující.

Jasnou odpověď neudávají respondenti u otázky, zda si dotazovaní myslí, že jejich zařízení má vhodné prostory pro realizaci aktivizačních činností. Záleží na

daném zařízení. Dvě sociální pracovnice a 33 (47 %) pracovníků v sociálních službách uvedlo, že mají dostačující prostory právě pro realizaci aktivizačních činností. Čtyři sociální pracovnice a 37 (53 %) pracovníků v sociálních službách uvedlo, že vhodné prostory pro realizaci aktivizačních činností dané zařízení nemá.

Ergoterapie je dle provedeného výzkumu nejoblíbenější aktivizačních činností. Všechny dotazované sociální pracovnice uvedly ergoterapii jako nejvyužívanější aktivizační činnost u svých klientů v domově se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Také u pracovníků v sociálních službách byla ergoterapie označena, jako klienty nejvyužívanější aktivizační činností a umístila se tak na prvním místě. Na dalších místech, dle názorů pracovníků v sociálních službách se umístila zooterapie a kulturní akce. Na čtvrtém místě je muzikoterapie. Na pátém sportovní akce, na šestém trénování paměti. Arteterapie je na sedmém místě, reminiscenční terapie je reminiscenční terapie a na posledním devátém je dramaterapie.

Ergoterapie je dle mého názoru i nejpřínosnější aktivizační činností. Tak zněla i hypotéza v zadání této bakalářské práce. Výzkum také ukázal, že ergoterapie je dle všech sociálních pracovníků aktivizační činností také nejpřínosnější pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

I výzkum u pracovníků v sociálních službách ukázal, že ergoterapie je nejpřínosnější aktivizační službou pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem, jelikož se taktéž umístila na prvním místě. Na dalších místech se umístila zooterapie, trénování paměti, reminiscenční terapie a muzikoterapie. Na šestém místě se umístila arteterapie spolu s kulturními akcemi. Jako poslední, tedy na osmé pozici se, dle výpovědí respondentů umístila dramaterapie spolu se sportovními akcemi.

V průběhu realizace výzkumu mě velmi zajímalo, jak se budou lišit názory sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na otázky o aktivizačních činnostech. Musím přiznat, že jsem příjemně překvapena, jak se v mnoha otázkách tyto zaměstnanci domovů se zvláštním režimem shodovali, a

dovolím si říci, že se téměř doplňovali. To je, dle mého názoru, velmi dobrá zpráva, nejen pro klienty těchto zařízení. Jelikož ve většině případů mají zaměstnanci stejné názory na problematiku týkající se osob s duševním onemocněním a aktivizačních činností, mohou ji společnými silami řešit a pomáhat tak těm, kteří to opravdu potřebují. Přeci jen se lépe pracuje (plní poslání), když má kolektiv stejné názory.

Nejčastější odpovědí na otázku, které aktivizační činnosti upřednostňují více muži, byla ergoterapie. Druhou nejčastější byla muzikoterapie a na třetím místě byly sportovní a kulturní akce. Ženy dle odpovědí pracovníků v sociálních službách v daných zařízeních upřednostňují shodně s muži také ergoterapii. Na druhém a třetím místě se objevila arteterapie a muzikoterapie. Dle mého názoru, je zcela pochopitelné, že se u mužů mezi neupřednostňovanými aktivizačními činnostmi objevily sportovní akce. Většina z nich celý život sportovali, ať už aktivně či pasivně. Ze své zkušenosti mohu říci, že aktivizační činnosti jsou v mnoha zařízeních zaměřené spíše pro ženy. Což je pochopitelné, dle demografických údajů je více žen v důchodovém věku, jelikož se ženy dožívají více let, ale v důsledku jaký chlap by rád „maloval“ (arteterapie), „zpíval“ (muzikoterapii) anebo „vzpomínal“ (reminiscenční terapie). V zařízení ve kterém pracuji, mají dokonce rozdělenou ergoterapii na tzv. „dámskou a pánskou dílnu“, aby vyhověli i pánským uživatelům, což je dle mého názoru dobrý nápad.

U otázky, jaké aktivizační činnosti jsou nabízeny klientům individuální formou. Uvedlo ergoterapii 68 respondentů, arteterapii 59 respondentů a trénování paměti 52. Zooterapii uvedlo 6 respondentů. Dramaterapii a reminiscenční terapii ani jeden respondent neuvedl. Fakt, že dramaterapii a reminiscenční terapii neuvede ani jeden respondent, mě zklamala.

Nejvíce dotazovaných, přesněji 48 (68 %) pracovníků v sociálních službách a 4 sociální pracovnice považuje za nejčastější duševní onemocnění u klientů Alzheimerovu demenci. 18 (26 %) respondentů uvedlo Schizofrenii a 4 6 % různé typy demence.

Jsem si vědoma skutečnosti, že výzkumný soubor je malý a proto hypotézy, které zde teď prezentuji, se vztahují ke zkoumanému souboru. Jejich obecnou platnost je tedy nezbytné ověřit na větším počtu respondentů.

Hypotézy, které z výzkumu vzešly, jsou následující:

- a) Nejpřínosnější aktivizační činností pro osoby s duševním onemocněním je ergoterapie.
- b) Nejméně nabízenými aktivizačními činnostmi v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji je dramaterapie a reminiscenční terapie.

## 6. ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na osoby s duševním onemocněním v kontextu aktivizačních činností v domovech se zvláštním režimem. Cílem práce bylo zmapovat nabídku aktivizačních činností pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké aktivizační činnosti osoby s duševním onemocněním nejčastěji využívají v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké aktivizační činnosti u osob s duševním onemocněním jsou nejpřínosnější z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Domnívám se, že uvedené cíle práce jsem splnila. Hypotéza: Podle názorů pracovníků v sociálních službách je nejpřínosnější aktivizační činností ergoterapie - byla potvrzena.

Jsem si vědoma skutečnosti, že výzkumný soubor je malý a proto hypotézy, které zde teď prezentuji, se vztahují ke zkoumanému souboru. Jejich obecnou platnost je tedy nezbytné ověřit na větším počtu respondentů.

Hypotézy, které z výzkumu vzešly, jsou následující:

- a) Nejpřínosnější aktivizační činností pro osoby s duševním onemocněním je ergoterapie.
- b) Nejméně nabízenými aktivizačními činnostmi v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji je dramaterapie a reminiscenční terapie.

Domnívám se, že bakalářská práce by mohla sloužit podle mého názoru ke zlepšování informovanosti o aktivizačních činnostech u osob s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem u studentů, zaměstnanců domovů se zvláštním režimem a veřejnosti zajímající se touto problematikou. Mohla by být impulzem ke změně skutečnosti nedostatku aktivizačních činností v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.



## 7. POUŽITÁ LITERATURA

1. COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
2. DÖRNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
3. HÁRT, P. HÁRTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
4. HICKSON, A. *Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 168 s. ISBN 80-7178-387-0.
5. *Hipoterapie*. [online]. [citováno 2010-04-05]. Dostupné z <http://www.iczahrada.cz/terapie/hipoterapie.htm>
6. HORÁČEK, J. et al. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003. 263 s. ISBN 80-86694-01-1.
7. HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: TIGIS, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
8. JANEČKOVÁ, H. KALVACH, Z. HOLMEROVÁ, I. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 4.8.1.- 4.8.4., s. 436 - 451.
9. JANEČKOVÁ, H. VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 136 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

10. JANÍČEK, J. *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6.
11. JELÍNKOVÁ, J. KRIVOŠÍKOVÁ, M. ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
12. JIRÁK, R. et al. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-44-6
13. KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. Et al. *Základy muzikoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
14. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
15. KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2008*. 2. vyd. Olomouc: Anag, 2008. 374 s. ISBN 978-80-7263-462-0.
16. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
17. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.
18. MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
19. MALÁ, E. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

20. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-9.
21. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí: Praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
22. PAVLOVSKÝ, P. et al. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2.
23. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
24. POSPÍŠILOVÁ, A. *Cvičení paměti ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: MPSV, 1996. 108 s. ISBN 80-85529-19-X.
25. PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
26. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. ŠLEPECKÝ, M. ZÁLESKÝ, R. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-810-4.
27. PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, H. PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
28. PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, H. PRAŠKOVÁ, J. *Specifické fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-300-0.

29. PRAŠKO, J. VYSKOČILOVÁ, J. PÍGLOVÁ, L. PRAŠKOVÁ, J. *Sociální fobie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 136 s. ISBN 80-7367-031-3.
30. PRAŠKO, J. VYSKOČILOVÁ, J. PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.
31. RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3.
32. RÖHR, H. P. *Narcismus – vnitřní žalář: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-450-8.
33. ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
34. ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-339-0.
35. STENGEL, F. *Veselé hrátky s pamětí*. 1. vyd. Stuttgart: Hedvig Lander, 1996. 65 s. ISBN 3-929317-61-3.
36. SVOBODA, M. (ed.), ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
37. TRESS, W. et al. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-7367-309-3.
38. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

39. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1819-4.
40. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
41. *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR*. [online]. [citováno 2010-02-13]. Dostupné z <http://trenovanipameti.cz>
42. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.
43. *Zooterapie*. [online]. [citováno 2010-04-05]. Dostupné z [http://cantesbrno.melite.cz/?page\\_id=104](http://cantesbrno.melite.cz/?page_id=104)
44. *Zooterapie*. [online]. [citováno 2010-04-05]. Dostupné z <http://www.iczahrada.cz/terapie/zooterapie.htm>

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Klient s duševním onemocněním

Aktivizační činnost

Duševní onemocnění

Domov se zvláštním režimem

Sociální pracovník

Pracovník v sociálních službách

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky v sociálních službách

Příloha č. 2: Okruhy otázek pro sociální pracovníky v domovech se zvláštním režimem.

## **PŘÍLOHA Č. 1:**

*Vážený respondente,*

*jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, sloužícího k výzkumu k bakalářské práci na téma „Aktivizační činnosti pro osoby s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem.“*

*Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze jako podklad pro vypracování bakalářské práce.*

*Správnou odpověď prosím zakroužkujte, u jiných otázek odpovědi napište.*

Děkuji Vám předem za ochotu a spolupráci.

Řezáčová Štěpánka

---

## **DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Identifikační otázky:

***Jaké je Vaše pohlaví?***

- a) Muž
- b) Žena

***Kolik Vám je let?***

***Jaké je Vaše vzdělání?***

- a) ZÁKLADNÍ ŠKOLA
- b) STŘEDNÍ ODBORNÉ UČILIŠTĚ/STŘEDNÍ ODBORNÁ ŠKOLA
- c) STŘEDNÍ ŠKOLA
- d) VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA
- e) VYSOKÁ ŠKOLA

***Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?***



*Jaká je Vaše pracovní pozice?*

---

Otázky týkající se domova se zvláštním režimem:

**6) Jaký je počet klientů ve vašem domově se zvláštním režimem?**

**7) Jaký je průměrný věk klientů ve Vašem domově se zvláštním režimem?**

**8) Převažují ve Vašem zařízení:**

- a) Muži
- b) Ženy

**9) Jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější duševní onemocnění u klientů ve Vašem zařízení?**

.....  
.....

**10) Co podle Vašeho názoru znamená pojem „aktivizační činnosti“?**

.....  
.....  
.....  
.....

**11) Vymenujte prosím hlavní přínosy aktivizačních činností u klientů s duševním onemocněním?**

.....  
.....  
.....

**12) Jaké aktivizační činnosti mohou klienti ve Vašem zařízení využívat?**

.....

.....  
.....

**13) Je dle Vašeho názoru nabídka aktivizačních činností ve Vašem zařízení dostačující?**

Ano                      Spíše ano                      Spíše ne                      Ne

**14) Které aktivizační činnosti upřednostňují klienti mužského pohlaví?**

.....  
.....  
.....

**15) Které aktivizační činnosti upřednostňují klientky ženy?**

.....  
.....  
.....

**16) Má Vaše zařízení dle Vašeho názoru vhodné prostory pro realizaci aktivizačních činností?**

Ano                      Spíše ano                      Spíše ne                      Ne

**17) Kolikrát týdně je klientům k dispozici účast na aktivizačních činnostech?**

|                  |  |
|------------------|--|
| Muzikoterapie    |  |
| Zooterapie       |  |
| Arteterapie      |  |
| Trénování paměti |  |
| Ergoterapie      |  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Dramaterapie          |  |
| Kulturní akce         |  |
| Sportovní akce        |  |
| Reminiscenční terapie |  |
| Jiné                  |  |

**18) Je, dle Vašeho názoru četnost aktivizačních činností je pro klienty dostačující?**

Ano                      Spíše ano                      Spíše ne                      Ne

**19) Kteří pracovníci se na průběhu aktivizačních činností podílejí?**

.....  
.....  
.....

**20) Jaké aktivizační činnosti jsou nabízeny klientům individuální formou?**

.....  
.....  
.....

**21) Jaké aktivizační činnosti jsou klientům nabízeny skupinovou formou?**

.....  
.....  
.....

**22) Existují dle Vašeho názoru ve Vašem zařízení faktory ztěžující aktivizaci?**

.....  
.....

.....

**23) Seřad'te následující AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI podle toho, jak jsou dle Vašeho názoru pro klienty přínosné: (od nejvíce přínosnějších po nejméně)**  
ERGOTERAPIE, MUZIKOTERAPIE, ZOOTERAPIE, DRAMATERAPIE, ARTETERAPIE, TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI, KULTURNÍ AKCE, SPORTOVNÍ AKCE, REMINISCENČNÍ TERAPIE

- |    |    |    |
|----|----|----|
| 1. | 4. | 7. |
| 2. | 5. | 8. |
| 3. | 6. | 9. |

**24) Seřad'te následující AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI podle toho, které jsou dle Vašeho názoru klienty nejvyužívanější: (od nejvíce využívanějšího po nejméně)**

ERGOTERAPIE, MUZIKOTERAPIE, DRAMATERAPIE, ZOOTERAPIE, ARTETERAPIE, TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI, KULTURNÍ AKCE, SPORTOVNÍ AKCE, REMINISCENČNÍ TERAPIE

- |    |    |    |
|----|----|----|
| 1. | 4. | 7. |
| 2. | 5. | 8. |
| 3. | 6. | 9. |

Velice Vám děkuji za Váš čas a trpělivost

Pokud máte nějakou poznámku anebo informaci, týkající se dotazníku či se chcete k nějaké z výše uvedených otázek více rozepsat, zde můžete

.....  
.....  
.....  
.....

## **PŘÍLOHA Č. 2:**

### **Okruhy otázek pro sociální pracovníky v domovech se zvláštním režimem:**

#### **➤ IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY**

- *Vaše pohlaví?*
- *Kolik Vám je let?*
- *Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*
- *Jaká je délka vašeho pracovního poměru v tomto zařízení?*

#### **➤ KLIENTI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

- Jaký je počet klientů domova se zvláštním režimem?
- Převažují ve Vašem zařízení (domov se zvláštním režimem) muži či ženy?
- Jaké jsou nejčastější duševní onemocnění u klientů?
- Jaký je průměrný věk klientů domova se zvláštním režimem?
- Jaké je nejčastější dosažené vzdělání u klientů?

#### **➤ AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

- Jaké aktivizační služby jsou klientům ve vašem zařízení k dispozici?
- Je podle vašeho názoru tato nabídka dostačující pro klienty s duševním onemocněním ve vašem zařízení dostačující?
- Které aktivizační činnosti dle Vašeho názoru upřednostňují více muži?
- Které aktivizační činnosti upřednostňují více ženy?
- Jaké tři aktivizační činnosti, dle Vašeho názoru jsou pro klienty nejpřínosnější?
- Jaké tři aktivizační činnosti, jsou dle Vašeho názoru klienty nejvyužívanější?
- Myslíte, že Vaše zařízení (domov se zvláštním režimem) má dostačující prostory pro realizaci aktivizačních činností?
- Kolik vaše zařízení zaměstnává ergoterapeutů pro domov se zvláštním režimem?
- Myslíte si, že Vaše zařízení má dostatečný počet ergoterapeutů pro domov se zvláštním režimem?
- Kolik vaše zařízení zaměstnává sociálních pracovníků pro domov se zvláštním režimem?
- Myslíte si, že Vaše zařízení má dostatečný počet sociálních

pracovníků pro domov se zvláštním režimem?

- Pomáháte Vy, jakožto sociální pracovníci při realizaci aktivizačních činností?
- Jaké jsou dle Vašeho názoru hlavní přínosy aktivizačních činností?