



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované  
v domovech pro seniory**

## **DISERTAČNÍ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor: PhDr. Lenka Motlová**

**Školitel: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.**

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „**Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

PhDr. Lenka Motlová

## **Poděkování**

Děkuji školitelce doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za její vedení, cenné rady a připomínky při tvorbě disertační práce. Mé poděkování patří všem respondentům, kteří se zapojili do kvantitativního výzkumu. Děkuji partnerovi, rodině a přátelům za velkou podporu během studia, které si nesmírně vážím.

## **Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory**

### **Abstrakt**

Vzhledem ke stárnutí populace je žádoucí rozvíjet koncepci systému dlouhodobé rezidenční péče o seniory, jejíž nedílnou součástí je poskytování aktivizace. Aktivizační činnosti a terapie realizované v domově pro seniory mají nezastupitelnou roli nejen v komplexní péči o seniory, ale i v kontextu koordinované rehabilitace ve stáří.

Cílem disertační práce bylo zjistit, jaké aktivizační činnosti a terapie jsou poskytovány v domovech pro seniory. Dílčími cíli bylo zjistit: 1. jaké druhy a formy aktivizačních činností a terapií jsou poskytovány v domovech pro seniory; 2. jaká terminologie se používá v souvislosti s poskytováním aktivizace; 3. zda je v domovech pro seniory využíván nějaký koncept či model péče; 4. zda domovy pro seniory získaly Značku kvality v sociálních službách APSS ČR; 5. kdo z pracovníků v domově pro seniory je pověřen koordinováním aktivizace; 6. pracovní pozici a vzdělání zaměstnanců poskytujících aktivizaci; 7. zda je v domovech pro seniory dostatečný počet pracovníků věnujících se aktivizaci; 8. zda mají domovy pro seniory dostatek finančních prostředků na aktivizaci; 9. jestli mají domovy pro seniory zpracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace; 10. obtíže související s poskytováním aktivizačních činností a terapií v domovech pro seniory z pohledu pracovníků.

Stanovených cílů bylo dosaženo pomocí kvantitativní výzkumné strategie. Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování a technika dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro ředitele domovů pro seniory a pracovníky poskytující aktivizaci. K vyhodnocení empirického materiálu bylo použito matematicko-statistické metody. Výsledkem kvantitativního výzkumu založeného na deduktivní metodě je popis a analýza aktivizačních činností a terapií v domově pro seniory v České republice.

Výzkumem byla prokázána statisticky významná závislost mezi zřizovatelem a poskytováním konceptu či modelu péče v domově pro seniory. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi počtem zooterapií, které jsou v domovech pro seniory

poskytovány, a certifikací zařízení tzv. Značkou kvality v sociálních službách. Byl prokázán statisticky významný vztah délky praxe v péči o seniory na straně ředitele a dostatkem finančních prostředků na aktivizaci. Byla prokázána statisticky významná závislost mezi typem zřizovatelem a poskytováním konceptu či modelu péče v domově pro seniory. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v péči o seniory na straně ředitele a vypracováním metodiky týkající se poskytování aktivizace.

Disertační práce poskytuje komplexní pohled na problematiku aktivizačních činností a terapií realizovaných v domovech pro seniory v České republice. Získané poznatky budou využity jako podklad pro přípravu materiálů a koncepce zooterapie v oblasti péče o seniory, na které by ráda autorka disertační práce v následujících letech participovala ve spolupráci s neziskovými organizacemi věnujícími se praktikování zooterapie v ČR. Výsledky disertační práce budou nabídnuty Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s., jako profesní organizaci sdružující poskytovatele sociálních služeb, za účelem využití zjištěných výsledků při aktualizaci a revizi dokumentů v oblasti aktivizace. Disertační práce může být užitečná pracovníkům domovů pro seniory při tvorbě metodiky výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností v kontextu koordinované rehabilitace. Získané výsledky budou předány pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům prostřednictvím autorčiny publikační i lektorské činnosti, ale i v rámci poskytování supervize pracovníkům v pomáhající profesi.

### **Klíčová slova**

Aktivizace; aktivizační činnosti; terapie; domov pro seniory; pobytová sociální služba; senioři.

## **Selected activation activities and therapies implemented in retirement homes**

### **Abstract**

Given the ageing of the population, it is desirable to develop a concept of a long-term residential care system for the elderly, the integral part of which is to provide activation.

Activities and therapies implemented in a retirement home have an irreplaceable role not only in the complex care for seniors but also in the context of coordinated rehabilitation in old age.

The aim of the thesis was to find out what activities and therapies are provided in the retirement homes. The objectives were to find out: 1. What types and forms of activities and therapies are provided in the retirement homes; 2. What terminology is used in connection with providing activation; 3. Whether a concept or model of care is used in the retirement homes; 4. Whether the retirement homes have been awarded the Quality Score in Social Services of the Association of Social Services Providers of the Czech Republic; 5. Who in the retirement home is responsible for coordinating activation; 6. The position and education level of the staff providing activation; 7. Whether there is a sufficient number of activation workers in the retirement homes; 8. Whether the retirement homes have sufficient funds for activation; 9. Whether the retirement homes have a methodology for providing activation; 10. The difficulties related to the provision of activation and therapies in the retirement homes from the point of view of the staff.

The objectives set were achieved through a quantitative research strategy. The polling method with the help of a questionnaire of own construction were selected for data collection and the heads of the retirement homes and the staff providing activation were addressed. The mathematical and statistical method was used to evaluate the empirical material. The result of quantitative research based on the deductive method is the description and analysis of activities and therapies in the retirement homes in the Czech Republic.

The research has shown a statistically significant dependence between the founder and the provision of a concept or the model of care in the retirement homes. A statistically significant correlation was found between the number of animal-assisted therapies provided in the retirement homes and the certification of facilities by the so-called Quality Score in Social Services. A statistically significant relationship between the seniority of the head of the retirement home and the availability of funding for activation has been demonstrated. There was a statistically significant dependency between the type of the founder and the provision of a concept or the model of care in the retirement homes. A statistically significant correlation between the seniority of the head of the retirement homes and the development of a methodology for providing activation has been demonstrated.

The thesis provides a comprehensive view of the issue of activities and therapies implemented in the retirement homes in the Czech Republic. The acquired knowledge will be used as a basis for the preparation of materials and the concept of animal-assisted therapy in the area of care for seniors, on which the author of the thesis would like to participate in the following years in cooperation with non-profit organizations engaged in practicing animal-assisted therapy in the Czech Republic. The results of the thesis will be presented to the Association of Social Service Providers of the Czech Republic, as a professional organization associating providers of social services, in order to use the obtained results in the update and review of the activation documents. The results may be useful for the staff of the retirement homes in the development of the methodology of educational, training and activation activities in the context of coordinated rehabilitation. The results obtained will be passed on to the workers in social services and social workers through the author's publication and lecture activities as well as in the provision of supervision to the workers in the helping professions.

### **Keywords**

Activation; activation activities; therapy; retirement home; residential social service; seniors

## Obsah

Úvod.....	11
I. Teoretická část disertační práce.....	12
1. Deskripce současného stavu vybraných aktivizačních činností a terapií v domovech pro seniory v České republice .....	13
1.1 Aktivizace v domově pro seniory v kontextu koordinované rehabilitace .....	13
1.1.1 Aktivizace .....	13
1.1.2 Aktivita a motivace k činnostem ve stáří.....	16
1.1.3 Volný čas a volnočasové aktivity ve stáří.....	18
1.1.4 Domov pro seniory a Značka kvality v sociálních službách .....	20
1.1.5 Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory .....	24
1.2 Aktivizace v kontextu koordinované rehabilitace .....	25
1.2.1 Léčebná rehabilitace v domově pro seniory .....	25
1.2.2 Sociální rehabilitace v domově pro seniory.....	26
1.2.3 Pedagogická rehabilitace v domově pro seniory .....	26
1.2.4 Pracovní rehabilitace v domově pro seniory.....	27
1.3 Vybrané aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory .....	28
1.3.1 Trénování paměti a kognitivní trénink.....	28
1.3.2 Reminiscence a reminiscenční terapie .....	29
1.3.3 Validace .....	31
1.3.4 Smyslová aktivizace a Snoezelen .....	34
1.3.5 Basální stimulace .....	35
1.3.6 Psychobiografický model podle Böhma .....	36
1.3.7 Arteterapie .....	36
1.3.8 Muzikoterapie .....	36
1.3.9 Aktivity spojené se spiritualitou .....	37
1.3.10 Psychoterapie .....	38
1.3.11 Pohybové aktivity, tanečně pohybová terapie .....	39



1.3.12 Zooterapie v domovech pro seniory .....	40
II. Empirická část .....	46
2. Cíle práce a hypotézy .....	47
2.1 Cíle výzkumu .....	47
2.2 Hypotézy .....	48
2.3 Operacionalizace .....	50
3. Metodika .....	55
3.1 Charakteristika předvýzkumné části .....	55
3.2 Design kvantitativního výzkumu .....	56
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	57
3.4 Realizace kvantitativního výzkumu .....	58
3.5 Zpracování a vyhodnocení dat .....	60
3.6 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru .....	61
3.7 Etické aspekty výzkumu .....	63
4. Výsledky .....	64
4.1 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce – ředitelé domova pro seniory .....	64
4.2 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce – pracovníci .....	70
4.3 Výsledky vztahující se k dílčím cílům práce .....	74
4.3.1 Výsledky k dílčímu cíli 1 a 2 .....	74
4.3.2 Výsledky k dílčímu cíli 3 .....	98
4.3.3 Výsledky k dílčímu cíli 4 .....	101
4.3.4 Výsledky k dílčímu cíli 5 .....	105
4.3.5 Výsledky k dílčímu cíli 6 .....	108
4.3.6 Výsledky k dílčímu cíli 7 .....	110
4.3.7 Výsledky k dílčímu cíli 8 .....	121
4.3.8 Výsledky k dílčímu cíli 9 .....	126
4.3.9 Výsledky k dílčímu cíli 10 .....	130

4.3.10 Výsledky k dílčímu cíli 11 .....	133
4.3.11 Vyhodnocení hypotéz .....	139
5. Diskuse.....	146
5.1 Diskuse k dílčímu cíli 1 a 2 .....	148
5.2 Diskuse k dílčímu cíli 3 .....	150
5.3 Diskuse k dílčímu cíli 4 .....	151
5.4 Diskuse k dílčímu cíli 5 .....	152
5.5 Diskuse k dílčímu cíli 6 a 7 .....	153
5.6 Diskuse k dílčímu cíli 8 a 9 .....	155
5.7 Diskuse k dílčímu cíli 10 a 11 .....	156
ZÁVĚR .....	158
Seznam použité literatury .....	162
Seznam zkratk .....	178
Seznam tabulek .....	179
Seznam obrázků.....	183
Seznam příloh .....	184
Příloha 1 .....	185
Příloha 2.....	194
Příloha 3.....	204
Příloha 4.....	205

## Úvod

Vzhledem ke stárnutí populace je žádoucí se zabývat tématem aktivizačních činností a terapií v domově pro seniory, a to v souvislosti s koncepcí systému dlouhodobé rezidenční péče o seniory, jejíž nedílnou součástí je poskytování aktivizace. Aktivizační činnosti a terapie realizované v domově pro seniory mají nezastupitelnou roli nejen v komplexní péči o seniory, ale i v kontextu koordinované rehabilitace ve stáří. Autorka disertační práce se zvolenému tématu dlouhodobě věnuje v rámci přednáškové, lektorské a publikační činnosti a získala rovněž řadu praktických zkušeností například při vedení kurzů tréninku paměti pro seniory a během praktikování canisterapie zejména u seniorů se syndromem demence.

Cílem disertační práce je zjistit, jaké aktivizační činnosti a terapie jsou poskytovány v domovech pro seniory, a to z pohledu ředitelů domova pro seniory a pracovníků věnujících se aktivizaci. Autorka si klade za cíl poskytnout komplexní pohled na aktivizaci v domovech pro seniory v České republice, a tím upozornit na důležitost předkládané problematiky, jejíž pochopení může zvyšovat kvalitu poskytovaných komplexních služeb v pobytových sociálních službách.

Disertační práce se skládá z teoretické části a části empirické. V teoretické části jsou vymezeny ve třech kapitolách stěžejní pojmy související s aktivizací v domově pro seniory v kontextu koordinované rehabilitace. Ve výzkumné části jsou uvedeny cíle práce a hypotézy, popsána je kvantitativní výzkumná strategie včetně metodologického a konceptuálního omezení výzkumného záměru. Stěžejní je kapitola Výsledky, která je logicky členěná s ohledem na stanovené cíle práce. Vybrané výsledky jsou zobrazeny prostřednictvím tabulek a obrázků. V kapitole Diskuse jsou shrnuty zjištěné výsledky, které jsou komparovány s teoretickými poznatky a zkušenostmi z praxe.

## I. Teoretická část disertační práce

Teoretickou část disertační práce tvoří dvě stěžejní kapitoly, první s názvem 1.1 Aktivizace v domově pro seniory v kontextu koordinované rehabilitace, druhá kapitola 1.2. Aktivizace v kontextu koordinované rehabilitace a třetí kapitola 1.3 Vybrané aktivizační činnosti a terapie v domově pro seniory.

Cílem teoretické části disertační práce je popsat aktivitu ve stáří, aktivizaci, programování aktivit a vybrané aktivizační činnosti a terapie se zaměřením na trénování paměti, validaci, reminiscenci a reminiscenční terapii, smyslovou aktivizaci a snoezelen, zooterapii s důrazem na canisterapii, felinoterapii a farmingterapii; pohybovou aktivitu a taneční terapii, arteterapii, muzikoterapii a psychoterapii.

# 1. Deskripce současného stavu vybraných aktivizačních činností a terapií v domovech pro seniory v České republice

## 1.1 Aktivizace v domově pro seniory v kontextu koordinované rehabilitace

V této kapitole budou objasněny pojmy aktivizace, programování aktivity, animace, aktivizační programy, volnočasové aktivity, aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti. Ve druhé části kapitoly bude pozornost věnována aktivitě a motivaci k činnosti ve stáří. Poslední část kapitoly bude zaměřena na téma koordinované rehabilitace a její jednotlivé složky, tj. léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.

### 1.1.1 Aktivizace

Aktivizace je uvedení do (intenzivnější) činnosti, rozvinutí (intenzivnější) činnosti (Akademický slovník cizích slov, s. 34). Pojem aktivizace je v praxi běžně používaným termínem, který zahrnuje nejrůznější aktivity ve stáří. Asociace poskytovatelů sociálních služeb (rok neuveden, s.11) definuje aktivizaci následovně: „*Aktivizace je cílená činnost zaměřená na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Aktivizace je prostředkem nezávislosti a soběstačnosti uživatele a působí preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení. Aktivizace by měla být smysluplná činnost, která používá škálu aktivizačních metod a technik. Aktivizační pracovníci připravují a nabízejí uživatelům různé aktivity, aktivizační činnosti a aktivizační programy.*“

Aktivizace by se měla vždy týkat nejen fyzické, ale i psychické stránky seniora a měla by se odvíjet od jeho přání a možností. To předpokládá, aby senior chtěl, uměl a mohl činnost provádět. Janečková et al. (2004) uvádí, že aktivizace vyvolává představu pasivního konzumenta aktivizačních programů, které jsou předem připraveny, někdy vyvolává i představu manipulace s lidmi (z důvodu prezentace jejich výsledků a činností). Z tohoto důvodu výše uvedení autoři používají pojem programování aktivit.

### **Programování aktivit**

Cílem programování aktivit je vytvářet klientům seniorům podpurné prostředí v materiálním, psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu (Janečková et al.,

2004). Tito autoři se dále domnívají, že prostředí, ve kterém senior žije, je velmi důležité a mělo by napomáhat při hledání významu a smyslu, mělo by přispívat k inspiraci a motivaci a usnadňovat činnost. Podpora seniora v aktivitě spočívá v pomoci hledání toho, co seniora naplňuje, co mu působí radost, co mu dává smysl a přináší příjemné pocity (Janečková et al., 2004). Aktivita má, jak v domácím, tak rezidenčním zařízení, přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí nebo institucionalizací, případně rozvinout to, co je skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu (Janečková et al., 2004).

## **Animace**

Z Francie se do České republiky dostal pojem animace, který znamená oživení či naplnění programem. Ve Francii je tento pojem běžně používán k označení veškerých aktivit prováděných v sociální péči. Pichaud a Thareauová (1998) zmiňují, že animace je naprosto základní složkou života v jakémkoliv zařízení ústavního typu a animaci každodenního života je potřebné věnovat pozornost. Podle Doporučeného standardu kvality pro domovy pro seniory ČR (2015) patří mezi základní rys animace nejen otevřenost, ale i nedirektivnost. Tyto základní rysy potvrzuje také Janečková et al. (2004).

Pracovník vykonávající animaci, sociální animátor, se věnuje zaměstnávání klientů seniorů a oživení prostředí v rezidenčním zařízení (Pichaud, Thareauová, 1998).

## **Aktivizační programy**

V souvislosti s aktivitou ve stáří v rezidenčních zařízeních hovoříme o vytváření tzv. aktivizačních programů a plánů, jejichž cílem je aktivizace osob vyššího věku (Janečková et al., 2004). Tito autoři dále uvádějí, že aktivizační programy připravují sociální pracovníci, ergoterapeuti, aktivizační pracovníci či pracovníci sociální péče. Tato vnější forma aktivizace je spíše orientovaná na samotný program, než na potřeby a přání seniorů. Jinou možnou formou aktivizace je tzv. vytváření přirozeného prostředí, podmínek a klimatu v rezidenčním zařízení (Janečková et al., 2004). Klienti senioři se mohou zapojit do celé řady aktivit a činností všedního dne, činnosti si mohou zvolit podle svého uvážení a podílejí se na vytváření prostředí, ve kterém se cítí příjemně (Janečková et al., 2004). Rheinwaldová (1999) se věnuje problematice vytváření aktivizačních programů

z pohledu profesionálních pečovatelů a zabývá se tím, jak tyto programy pro seniory připravit, a především samotné klienty seniory do přípravy těchto programů zapojit.

### **Volnočasové aktivity**

V Doporučeném standardu kvality pro domovy pro seniory ČR (2015) je zmíněno, že se v domovech pro seniory využívá kromě pojmu aktivizace a animace také termín volnočasové aktivity. Pojem volnočasové aktivity používají také Holczerová a Dvořáčková (2013). Volným časem se zabývá Číková (2008).

### **Aktivizační činnosti**

Aktivizační činnosti podle Malíkové (2011) zahrnují následující okruhy: volnočasové a zájmové činnosti, poskytnutí pomoci při obnovení nebo udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a pomoc při nácviku a zlepšování všech dovedností klienta (motorických, psychických a sociálních). Podle názoru Malíkové (2011) aktivizační činnosti navazují na socioterapeutické činnosti a jejich cílem je nalezení stimulačních a aktivizujících podnětů, které u klienta probudí zájem o sebe, pomohou si uvědomit si potřeby a mobilizovat síly, iniciativně se zapojit do sebekvěty a předejít tak vzniku závislosti. Aktivizační činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 1. volnočasové a zájmové aktivity; 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím; 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

### **Sociálně terapeutické činnosti**

Sociálně terapeutické činnosti se týkají podpory nebo rozvoje osobních a sociálních schopností i dovedností klienta (Malíková, 2011). Tato autorka dále uvádí, že v souvislosti se sociálním začleňováním mají zařízení nabízet a poskytovat metody psychoterapie a socioterapie. Cíleně a individuálně vybrané vhodné metody mohou uživatelům výrazně pomoci (Malíková, 2011). Podle Malíkové (2012) se sociálně terapeutické činnosti zaměřují na posilování sociálních dovedností v běžném životě. Tato

autorka popisuje, že při provádění socioterapeutických činností participuje více pracovníků, tj. sociální pracovník, pracovníci v přímé péči, aktivizační sestra, pracovník pro volnočasové aktivity, ergoterapeut a fyzioterapeut.

Sociálně terapeutické činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

### **Aktivizační programy pro seniory**

Zařízení zaměřená na péči o seniory poskytují aktivizační programy z důvodu omezení fyzických a psychických omezení u seniorů (Žumárová, 2012). Podle této autorky se aktivizační programy mohou částečně v zařízeních odlišovat a jedná se o tyto činnosti:

- a) rukodělné práce, tvořivé činnosti;
- b) společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec;
- c) cvičení, sporty, sportovní hry;
- d) činnosti venku v přírodě;
- e) náboženské programy;
- f) vzdělávací činnost.

Podle Žumárové (2012) by měli senioři během aktivizačních programů dostávat nejen ocenění a uznání, ale měli by být k účasti povzbuzováni, měli by spolupracovat a účast na těchto programech by měla být dobrovolná.

#### **1.1.2 Aktivita a motivace k činnostem ve stáří**

Aktivita je pro každého člověka důležitá, což platí i pro období stáří. Aktivita ve stáří je ovlivněna individualitou člověka, společenskou atmosférou, nabídkou možností a zdravotním stavem (Zavázalová et al., 2001). Podle Janečkové et al. (2004) je aktivita pro každého jedince prostorem, kde se projevuje jeho osobnost. Tito autoři dále uvádějí, že aktivita obecně lidem přináší lepší strukturování času, ovlivňuje sociální kontakty, vede ke zlepšení fyzické i psychické pohody a podílí se na vytváření společenského statusu. Aktivita v domácím či ústavním zařízení navazuje na to, co bylo přerušeno nemocí či



institucionalizací nebo pomáhá rozvinout to, co zůstalo skryto – stává se možností a příležitostí k růstu (Janečková et al., 2004).

Podle Žumárové (2012) kvalitu života seniorů ovlivňuje celá řada faktorů, mezi které patří rovněž trávení volného času (Žumárová, 2012). Tato autorka dále uvádí, že stáří je spojováno s odchodem do důchodu, s přechodem od aktivního stylu života k pasivnímu (Žumárová, 2012, s. 60). Senioři by si i po odchodu do důchodu měli uchovat svoje zájmy a koníčky, zůstat i ve stáří aktivní a naučit se programovat svůj volný čas, jelikož zachovaná aktivita přispívá ke zdravému stárnutí. Čeledová et al. (2016) uvádí, že senioři mohou být aktivní pouze za předpokladu, když mají zajištěné odpovídající kvalitní prostředí.

Motivaci seniorů k aktivitě podporuje podle Janečkové, Kalvacha a Holmerové (2004) důraz na praktickou každodennost, smysluplnost činnosti, dobrovolnost při vykonávání aktivit, příjemnost činnosti, sociální přiměřenost, úspěšnost v činnosti, pomoc a podmiňování při vykonávání aktivity. Aktivita ve stáří by měla být smysluplná, měla by odpovídat osobnostnímu zaměření seniora a jeho potřebám (Janečková et al., 2004). Cílem je, aby aktivita přinášela životu smysl, udržovala jeho kontinuitu a přispěla ke zvýšení kvality života seniora. Tedy aby senior byl spokojen s tím, kým je, jak mu je a co dělá (Janečková et al. 2004). Aktivita a činnost má velký význam pro lepší adaptaci seniora v instituci. Správně zvolená a chtěná aktivita může seniorovi pomoci zachovat kontinuitu života, přispět k sociálnímu začlenění, nabízí příležitosti k poznávání a sebepoznávání (Janečková et al., 2004).

Janečková et al. (2004) rozlišují činnosti podle různých kritérií, tj. podle místa v životě člověka, podle okruhu uspokojených potřeb a podle počtu zapojených osob, následovně:

### **I. Rozdělení činností podle místa v životě člověka**

- a) činnosti všedního dne;
- b) pracovní činnosti;
- c) péče o sebe;
- d) činnosti volného času;
- e) rozvoj a vzdělávání.

## II. Rozdělení činností podle okruhu uspokojených potřeb

- a) činnosti k zabezpečení základních biologických potřeb;
- b) činnosti podporující jistotu, bezpečí, autonomii, orientaci a kontinuitu;
- c) činnosti sociální povahy;
- d) činnosti podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj;
- e) činnosti seberealizační.

## III. Rozdělení činností podle počtu zapojených osob

- f) individuální aktivity vykonávané zcela samostatně;
- g) párové činnosti;
- h) společenské aktivity ve velkých skupinách;
- i) skupinové aktivity.

Mezi aktivity pro seniory upoutané na lůžku, nepohyblivé, s tělesným nebo mentálním postižením a vážnými komunikačními problémy podle Janečkové et al. (2004) patří validace, preterapie, maieutický přístup, reminiscence a videotrénink interakcí.

### 1.1.3 Volný čas a volnočasové aktivity ve stáří

Existuje řada možností, jak lze vymezit volný čas. Průcha et al. (2003, s. 274) definují volný čas jako „...čas, se kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Volný čas je doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby včetně spánku.“ Hofbauer (2004) zmiňuje, že volný čas zahrnuje dobu, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život.

Podle Maňhové a Formánkové (2013) je volný čas prostor, který máme sami pro sebe a využíváme jej – podle svého uvážení, momentálního rozpoložení, aktuálních potřeb, svých možností, schopností a zájmů – k rozvíjení nejrůznějších činností a aktivit. Hofbauer (2004) popisuje psychosociologickou funkci volného času (zábava, rozvoj a uvolnění); funkci sociální (socializace a příslušnost k některé sociální skupině);

ekonomickou funkci (volný čas může mít pozitivní vliv na uplatnění v profesní oblasti, hospodářský význam volného času pro společnost i jednotlivce) a funkci terapeutickou (zdravý životní styl, smyslový rozvoj a prevence chorob). Podle Žumárové (2012) způsob využívání volného času seniora souvisí mimo jiné i s předešlým životem a je úzce svázán s hodnotovou orientací společnosti i jedince samotného.

Mařhová a Formáková (2013) zastávají názor, že volnočasové aktivity ve stáří lze rozdělit z hlediska aktivity a pasivity daného jedince za prvé na aktivní, za druhé na pasivní a za třetí na tzv. vyrovnané aktivní a pasivní. Mezi aktivní volnočasové aktivity tyto autorky řadí sportovní a pohybové činnosti, mezi pasivní např. sledování TV. Volnočasové aktivity seniorů lze podle názoru výše uvedených autorek rozdělit také například tímto způsobem:

- a) sociální aktivity (hlídání vnoučat, pomoc sousedům, atd.);
- b) vzdělávací aktivity (návštěva U3V a univerzity volného času, četba, kurzy trénování paměti aj.);
- c) rekreační aktivity a cestování (např. procházky, výlety);
- d) manuální aktivity (ruční práce, kutilství, práce na zahrádce, péče o domácnost aj.);
- e) sportovní a pohybové aktivity (cvičení s overbalem, jóga, pilates, aj.);
- f) veřejné aktivity (účast ve volebních komisích a seniorských organizacích, dobrovolnictví, zapojení v místní komunitě, atd.);
- g) duchovní (spirituální) aktivity (pomoc ve farnosti, vedení kurzu jógy, přednášky na spirituální téma, aj.);
- h) ostatní aktivity (zapojení do arteterapie, reminiscence, muzikoterapie, canisterapie a další formy zooterapie, dramaterapie).

Pojetí volného času ve stáří má podle Mařhové a Formánkové (2013) dvě varianty. První variantou je, že se jedná o volný čas vázaný na konkrétního/konkrétní seniora/seniorku. Tím pádem jde tedy o ryze individuální záležitost a s tím související faktory. Druhou variantou je volný čas, který je vázaný na společnost či komunitu. Jde tedy o trávení volného času seniorů s vnoučaty, dětmi, partnerem či přáteli. Příkladem mohou být skupinové výlety a procházky, trénování paměti skupinovou formou, kulturní či sportovní aktivity (Mařhová, Formáková, 2013).

#### 1.1.4 Domov pro seniory a Značka kvality v sociálních službách

V domovech pro seniory se, podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

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

Dvořáčková (2013) uvádí, že domovy pro seniory jsou typickým pobytovým zařízením pro seniory. Domovy pro seniory patří mezi dlouhodobou péči, která je podle Kalvacha et al. (2014) zpravidla definována jako spektrum základních jak zdravotních, tak i sociálních služeb poskytovaných osobám, které jsou závislé na pomoci při každodenních činnostech. Holmerová a kol. (2014) zmiňuje, že se v současné době používá mezinárodní termín long-term care (dlouhodobá péče). Podle Jarošové (2006) jsou v domovech pro seniory podmínky nejen pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost, ale i pro možnosti kulturního a společenského života. Podle Příbyla (2015) je pro seniory potřebné zajistit takové služby, které podpoří udržení soběstačnosti a aktivity seniorů.

Janečková (2005) uvádí, že sociální pracovníci by se měli uplatňovat při koncepčním uvažování o podobě a funkcích domovů pro seniory včetně jejich směřování do budoucna. Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně jsou stanoveny kvalifikační požadavky na tuto profesi.

Činnost sociálního pracovníka v domovech pro seniory shrnuje Janečková (2005, s. 180) do následujících oblastí:

- a) administrativní práce;
- b) plánování příchodu do zařízení, sociální šetření v místě bydliště, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora k pobytu, kontrakt s klientem a rodinou, umístování klientů na jednotlivá lůžka;
- c) poskytování informací o domově veřejnosti a žadatelům o pobyt, rozhovory se zájemci o pobyt, zajišťování zkušebních pobytů;
- d) individuální adaptační plán a plán péče;
- e) programy aktivit, kulturní a společenské akce, vzdělávací programy;
- f) spolupráce a práce s rodinou klienta;
- g) mezigenerační programy a zapojení širší komunity;
- h) dobrovolnický program;
- a) ch) koordinace respitních pobytů;
- i) sociální služby pro obyvatele;
- j) psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, validace, taneční a reminiscenční terapie, trénování paměti a jiné speciální techniky;
- k) manažerská činnost – vedoucí socioterapeutického týmu, zástupce ředitele;
- l) dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů;
- m) zajišťování programu kvality – koordinace práce na interních standardech kvality, interní supervize pečovatелů, videotrénink interakcí, vzdělávací program, průzkumy spokojenosti klientů a personálu.

### **Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Značka kvality v sociálních službách**

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS) zpracovala Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, kde je pozornost věnována Kultuře a volnému času (3. oblast). Jde zde uveden následující text: „*Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizační nebo sociálně terapeutické. Jednotlivé činnosti mají svou náplň, využívají jednotlivé metody a techniky a provádí je odborní pracovníci – pedagogičtí pracovníci, aktivizační pracovníci,*

*terapeuti.*“ V dokumentu je dále vydefinován pojem aktivizace a zmíněno je i označení animace (oživení a naplnění programem).

Značka kvality v sociálních službách je systém externí certifikace pro sociální služby podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a jejím cílem je poskytnout zájemcům o službu, rodinným příslušníkům či novým uživatelům informace ohledně kvality služeb v daném zařízení. Tento systém hodnocení je založen na dobrovolnosti, oproti Standardům kvality sociálních služeb. Cílem Značky kvality v sociálních službách je poskytnout novým uživatelům sociální služby či zájemcům o ni, ale také jejich rodinným příslušníkům, jednoznačnou informaci o tom, jakou kvalitu mohou od života v daném zařízení sociálních služeb očekávat (APSS, 2018a).

APSS ČR (2018a) má nastavená kritéria tzv. oblastí, perspektiv a subperspektiv, mezi které patří:

- a) *ubytování – pokoj* (vybavení, počet lůžek, signalizační zařízení, atd.) a společné prostory (společenské místnosti, optické rozlišení pater, atd.), objekt (prostředí, čistota vybavení zařízení recepcí, aj.), okolí domova (park, zahrada, parkování, aj.) a služby (kavárna, kadeřnictví, ordinace lékaře, aj.), a jedním z hodnocených oblastí je i prostor pro duchovní programy;
- b) *stravování* (výběr z jídel, struktura a čas podávání jídel, kultura a forma stravování);
- c) *kultura a volný čas* (kultura, pohybové aktivity, duchovní programy, vzdělávání, dobrovolnictví, hobby a aktivity, doprava a asistence mimo domov);
- d) *partnerství* (komunikace, zpětná vazba, individuální přístup, respektování osobního prostoru a dodržování etických pravidel);
- e) *péče* (sociální péče, terapeutická péče, zdravotní péče, antidekubitární program, zajištění zdravotní péče);
- f) *bonusy* (model E-Qalin v zařízení, certifikované modely měření a zvyšování kvality, používání terapeutických pomůcek);
- g) *doplňující kritérium* (počet oprávněných stížností na zařízení).

V rámci certifikace Značky kvality v sociálních službách se v souvislosti s aktivizací posuzuje, zda má domov pro seniory prostory pro duchovní programy (1. oblast

Ubytování). Kultura a volný čas jsou samostatnou oblastí č. 3 a v 5. oblasti s názvem Péče jsou hodnoceny koncepty péče a terapeutická péče (individuální a skupinové terapie pro cílovou skupinu). Udělování hvězd probíhá podle ASSS (2018a) na základě výsledného hodnocení a na základě dílčích hodnocení v pěti v základních oblastech. Hodnocení je vyjádřeno procentuálně a bodově (viz níže škála hvězd 1 až 5 uvedených níže).

### **Kultura a volný čas**

★★★★★★ = 90,01-100,00 %

★★★★★ = 80,01-90 %

★★★★ = 69,01-80,00 %

★★★ = 54,01-69,00 %

★ = 39,01-54,0 %

Maximální počet dosažených bodů v oblasti Kultury a volného času je 118 a 1 % je 1,18 bodů. Na webových stránkách APSS (2018a) je dostupný Manuál Značky kvality v sociálních službách, kde je uveden způsob a forma hodnocení jednotlivých subperspektiv včetně přiřazení příslušného počtu bodů všem kritériím. Ředitelé a pracovníci domovů pro seniory si mohou metodiku dopředu nastudovat a na certifikaci se předem připravit. Cena za celkovou certifikaci je 23 490 Kč včetně DPH. Pokud mají domovy pro seniory zájem, mohou požádat o certifikaci ve vybraných 3 dílčích oblastech (bez celkového hodnocení), a z toho je povinná oblast 4. Partnerství a 5. Péče. Třetí oblast Kultura a volný čas je tedy nepovinná. Cena dílčí certifikace je odstupňována podle počtu hodnocených oblastí (APSS, 2018a).

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2018a) uvádí následující důvody pro získání Značky kvality v sociálních službách:

- a) demonstrovat kvalitu zařízení směrem k uživatelům, jejich rodinným příslušníkům a široké veřejnosti;
- b) zvýšit prestiž své organizace;
- c) získat odbornou zpětnou vazbu na poskytované služby;
- d) prezentovat své zařízení a příklad dobré praxe na webu Značky kvality;
- e) představit svůj domov v časopise Sociální služby;
- f) získat doporučení, v jakých oblastech je možné se dále zlepšovat.

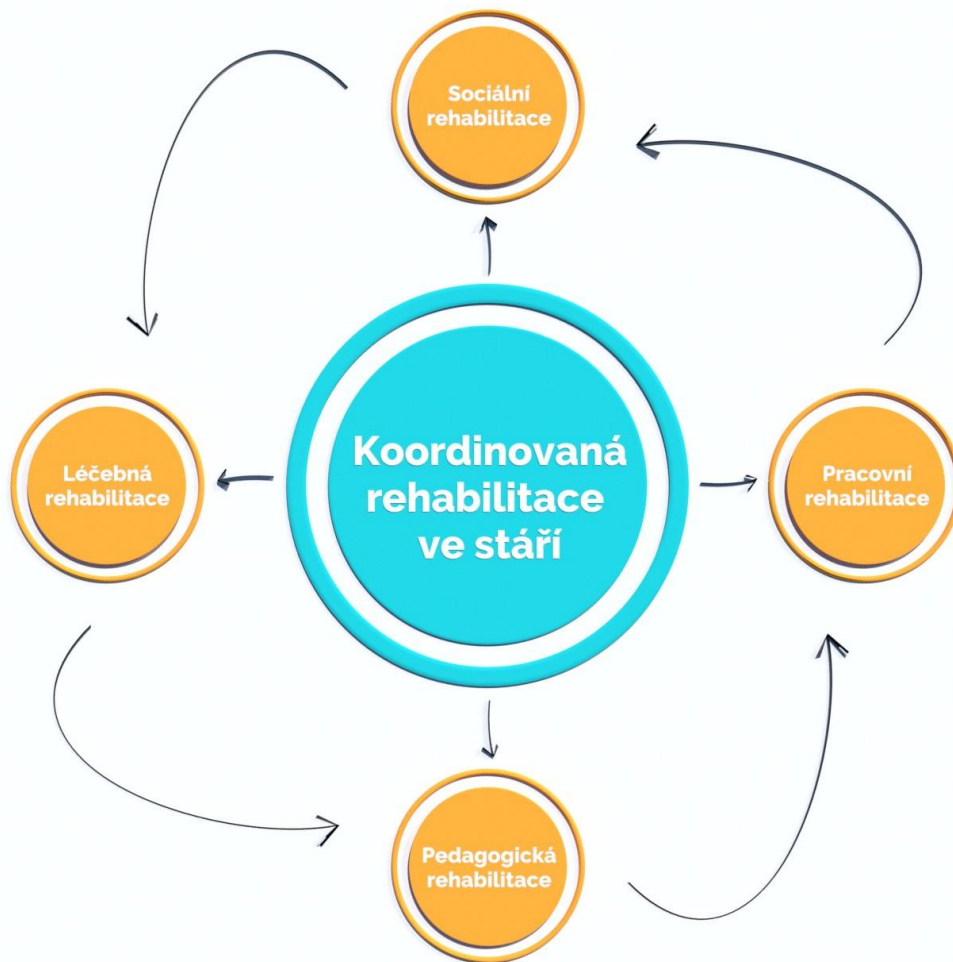
### 1.1.5 Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory

Pojem rehabilitace pochází z latinského slova *habilitas*, což v překladu do českého jazyka znamená schopný a předpona *re-* znamená obnovu. Jankovský et al. (2005, s. 8) uvádějí tuto definici rehabilitace: „*Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“ Podle Venglářové (2007) se v nejširším slova smyslu jedná nejen o obnovení původního stavu a soběstačnosti, ale i o obnovení výkonnosti, pracovní schopnosti a pohyblivosti. Rehabilitace vede ke zlepšení funkčních schopností člověka s cílem, aby došlo k obnově jeho plnohodnotného života, i když již tradiční medicína nemůže jeho zdravotní stav zlepšit nebo změnit (Jankovský et al., 2005).

V souvislosti s rehabilitací se v posledních několika letech hovořilo o ucelené rehabilitaci, která vycházela z holistického pojetí, při kterém je žádoucí vnímat člověka v bio-psycho-sociálním a spirituálním kontextu. Poté byl pojem ucelená nahrazován slovem komplexní či komprehenzivní. V současné době je používán pojem koordinovaná rehabilitace, což je vzájemně propojený proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, jehož cílem je co nejvíce minimalizovat důsledky postižení člověka (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

Koordinovaná rehabilitace má nezastupitelnou roli v kontextu péče o seniory. V domově pro seniory jako pobytové sociální službě tvoří koordinovanou rehabilitaci složka léčebná, sociální, pracovní a pedagogická (obrázek 1). V kontextu léčebné rehabilitace pracuje v domově pro seniory fyzioterapeut, psycholog, psychoterapeut, ergoterapeut, muzikoterapeut či arteterapeut. V kontextu sociální rehabilitace sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. V kontextu pedagogické rehabilitace může být v domově pro seniory zaměstnán pedagog volného času či speciální pedagog. V souvislosti s pracovní rehabilitací se jedná o profesi ergoterapeuta. Všechny výše uvedené profese se do určité míry zabývají aktivizací u seniorů, a to v oblasti fyzické, psychické a sociální.





**Obrázek 1 – Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory**

## ***1.2 Aktivizace v kontextu koordinované rehabilitace***

### ***1.2.1 Léčebná rehabilitace v domově pro seniory***

Léčebná rehabilitace je někdy označována jako medicínská a podle Bruthansové, Jeřábkové (2012) jde o obnovení původního stavu organismu či obnovu poškozeného organismu, který má závažný a chronický charakter. Léčebnou rehabilitaci tvoří postupy a procesy, které navazují na léčení s cílem odstranit defekty a funkční poruchy (Jesenský, 1995). Kolář (2009) vnímá léčebnou rehabilitaci jako soubor diagnostických, rehabilitačních, organizačních a terapeutických opatření, která přispívají k dosažení nejvyšší možné schopnosti jedince. Jankovský et al. (2005) mezi léčebné prostředky řadí fyzikální terapii (elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, léčba teplem, balneoterapie), léčebnou tělesnou výchovu (tělesné cvičení, reflexní motorika,

aj.), ergoterapii (individuální léčebný program, ergoterapie cílená, kondiční ergoterapie cílená na postiženou oblast, ergodiagnostika, nácvik soběstačnosti), animoterapii (hipoterapie, canisterapie) a další specifické terapie jako je muzikoterapie, arteterapie, psychoterapie, ale i další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace (kompenzační pomůcky, farmakoterapie, manipulační léčba).

### 1.2.2 Sociální rehabilitace v domově pro seniory

Votava (2005, s. 70) nahlíží na sociální rehabilitaci jako na „proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace.“ Podle Bruthansové a Jeřábkové (2012) je sociální rehabilitace zaměřena na rozvoj poškozených funkcí a zbytkových schopností (reedukace), dále na přijetí života s postižením (akceptace), na stabilitu rodiny a dále na stanovení podmínek pro samostatný život. Sociální rehabilitace pomáhá rozvíjet schopnosti člověka takovým způsobem, aby byla uspokojována všechna jeho práva a potřeby (Jesenský, 1995). Tento autor dále uvádí tři významy sociální rehabilitace, tj. ekonomický, společenský a humanitární (podpora sebevědomí, seberealizace, životní pohoda).

Sociální rehabilitace je vymezena, v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, v zákoně č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Sociální rehabilitace je podle tohoto zákona (§ 70) definována jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje jednak formou terénních a ambulantních služeb, jednak formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

### 1.2.3 Pedagogická rehabilitace v domově pro seniory

Podle Votavy (2005) je cílem pedagogické rehabilitace dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, optimální kvalifikace, podpora samostatnosti jedinců a aktivní zapojení do běžných společenských aktivit (Votava, 2005). Bruthansová a Jeřábková (2012) zastávají názor, že je tato rehabilitace celoživotním procesem, ve kterém je kladen důraz na optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integraci do společnosti.

Pedagogická rehabilitace je úzce provázaná se speciální pedagogikou a psychologií. Novosad a Novosadová (2010) uvádějí i propojenost s pedagogikou volného času. V oblasti péče o seniory je pedagogická rehabilitace propojená zejména s gerontopedagogikou, kterou se zabývá Veteška (2017), Špaténková a Smékalová (2015). Mühlpachr (2009) vnímá gerontopedagogiku jako pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů. Podle tohoto autora se jedná nejen o vzdělávání ve stáří, ale i vzdělávání o stáří. Gerontopedagogika je v širším pojetí chápána jako teoreticko-empirická disciplína, jejímž cílem je zajistit komplexní péči, pomoc a podporu seniorům (Mühlpachr, 2009).

#### 1.2.4 Pracovní rehabilitace v domově pro seniory

Pracovní rehabilitace usiluje o obnovení pracovního potenciálu člověka, a to s ohledem na jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace najít jiné pracovní uplatnění na trhu práce (Bruthansová, Jeřábková, 2012). V souvislosti s péčí o uživatele v domově pro seniory se nejedná již o „klasické“ pracovní uplatnění, ale spíše o využití získaných vědomostí i osvojených dovedností a jejich předávání. Dále jde o podporu a rozvoj soběstačnosti seniorů, vytvoření podmínek pro smysluplné, věku a zdravotnímu stavu přiměřené pracovní činnosti v podmínkách domova pro seniory. V souvislosti s pracovní rehabilitací u seniorů v pobytové sociální službě se jedná o ergoterapii. Jelínková (2009) považuje ergoterapii jako jednu z důležitých součástí koordinované rehabilitace a ergoterapeut by měl být členem multidisciplinárního týmu.

Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (Česká asociace ergoterapeutů). Ergoterapie podle Krivošíkové (2011) pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti s tím, že je do nich zapojí, i přes jejich postižení nebo poruchu. Tato autorka uvádí, že tyto činnosti by měly být smysluplné nebo by mělo jejich provádění být považováno za důležité. V ergoterapii jsou všechny činnosti označovány termínem oblasti výkonu zaměstnání, které jsou rozděleny na všední denní činnosti, práci a produktivní činnost, hru a volný čas (Krivošíková, 2011).

### *1.3 Vybrané aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory*

#### *1.3.1 Trénování paměti a kognitivní trénink*

Termín trénink paměti neboli kognitivní trénink, trénink kognitivních funkcí vyjadřuje procvičování kognitivních schopností u zdravých osob (Klucká, Volfová, 2009). Touto činností přispívá k aktivizaci těchto osob a představuje prevenci kognitivních poruch ve smyslu involučních změn. Jeho smyslem není napravování deficitů, ale posilování stávajících schopností (Klucká, Volfová, 2009). Trénování paměti přispívá k vyšší kvalitě života seniorů, povzbuzuje u nich sebevědomí a sebeúctu tím, že umožňuje prožívat úspěch (Stengel, 1996).

Trénování paměti v České republice má dlouholetou tradici díky iniciativě Danuši Steinové, předsedkyni České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging (ČSTPJ). Cílem ČSTMJ je dostat trénování paměti jako efektivní nástroj proti mentální deterioraci u stárnoucí populace do povědomí veřejnosti, pořádat kurzy pro veřejnost a školit trenéry paměti pro veřejnost a zejména pro ústavní zařízení (ČSTMJ, 2018, s. 1).

Česká společnost pro trénování paměti (ČSTPMJ) vytvořila dokument *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR*, kterými se řídí vzdělávání trenérů paměti a opírá se celá filozofie trénování paměti v ČR. Cílem trenérů paměti je, aby senioři byli schopni využívat metody a techniky pro lepší zapamatování v každodenním životě, nejen v lekcích tréninku paměti a aby získali z trénování paměti dlouhodobý prospěch. Steinová klade důraz na individuální přístup ke klientovi, což v praxi znamená přizpůsobit trénink paměti schopnostem klienta s cílem, aby klient zažil pocit vítězství. Dokonce by měl trenér paměti osobně zodpovídat za úspěch klienta (Preiss, Křivohlavý 2009).

Podle pedagogického přístupu Franzisky Stengel (1996) se trénink paměti zaměřuje na 3 cíle: 1. zajišťování optimálního tréninkového efektu; 2. motivaci k tréninku paměti během lekce a pro déletrvající účast a 3. podporu sociálních kontaktů (Stengel, 1996). Problematikou trénování paměti se zabývají v České republice například tyto autoři: Štěpánková a Steinová (2009), Preiss a Křivohlavý (2009), Preiss (2010), Suchá (2015), Suchá (2014), Suchá (2012a), Suchá (2012b), Suchá (2010), Holmerová (2014),

Kognitivní intervenční programy se podle cílového zaměření a způsobu práce s klientem se rozdělují na kognitivní rehabilitaci, trénink a stimulaci (Štěpánková, Steinová, 2009). Jedná se o velmi specifické programy, které se mohou prolínat.

Kognitivní rehabilitace se zaměřuje na porušené kognitivní funkce a přispívá k jejich obnovování či udržování a posilování těch funkcí, které byly zachovány (Janečková et al., 2004). Jedná se o individualizovaný přístup k lidem s kognitivní poruchou, který se opírá o spolupráci těchto lidí s jejich blízkými nebo se zdravotníky a dalšími odborníky, kteří těmto lidem pomohou sestavit relevantní cíle a vybudovat strategii k jejich dosažení (Štěpánková, Steinová, 2009). Kognitivní rehabilitace je určena pro osoby s již určitým onemocněním, např. osoby se syndromem demence či po cévní mozkové příhodě (Janečková et al., 2004).

Kognitivní stimulace představuje zapojení klienta do aktivit skupinového charakteru, které nespécifickým způsobem podporují kognitivní a sociální fungování. Jedná se např. o diskuse, strukturované aktivity včetně orientace a reminiscence nebo supervidované volnočasové aktivity (Štěpánková, Steinová, 2009)

Kognitivní trénink (trénink paměti) představuje již lektorovanou činnost, která se přímo zaměřuje na kognitivní funkce, jako je pozornost, paměť, či exekutivní funkce. Kognitivní trénink také přispívá ke zlepšení soběstačnosti, zdatnosti a vědomostí o paměti a kognitivních mechanismech (Štěpánková, Steinová, 2009).

### 1.3.2 Reminiscence a reminiscenční terapie

Podle Janečkové a Vackové (2010) se reminiscenční terapie definuje jako rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou o tom, co v životě prožil, o oblíbených aktivitách, o jeho dřívějším životě. Podle Špatenkové a Bolomské (2011) reminiscenční terapii můžeme vnímat nejen jako omezený soubor technik, ale jako mnoho dalších přístupů, jak terapii využijeme, závisí na daném terapeutovi (na jeho zkušenostech a dovednostech), ale také na ochotě klientů, se kterými pracuje.

Pojem reminiscence pochází z lat. *reminiscere* – vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti, je synonymem k českému výrazu vzpomínka, vzpomínání. Reminiscenční terapií je označován rozhovor terapeuta s klientem o jeho dosavadním životě, o

zkušenostech, dřívějších aktivitách, častou jsou využívány pomůcky jako jsou staré fotografie, nástroje, filmy, hudba, pracovní nářadí, módní doplňky (Janečková a Vacková, 2010). Při reminiscenci lze využít také uměleckých projevů – výtvarných, divadelních. Základním prvkem je navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti, potvrzení vlastní identity. Pokud se během reminiscence projeví traumatické zkušenosti (např. válečné), dostávají reminiscenční setkání povahu skutečného psychotherapeutického procesu (Janečková, Vacková, 2010).

Při reminiscenci se využívá narativní přístup (z lat. *narro* – vyprávět, líčit, podávat zprávu, vykládat; *narration* – vypravování) s reflektující přístup. U narativního přístupu je cílem nastolit příjemnou a uvolněnou atmosféru, zapojit všechny přítomné, být spolu, klade se důraz na příjemné stránky vzpomínání, do popředí vystupuje tzv. prosociální (interpersonální) funkce vzpomínání (Janečková, Vacková, 2010). Kvalitativní metody ukazují, že „účastníci narativně zaměřených skupinových setkání si tuto aktivitu užívají, reagují na podněty, dochází ke změnám v jejich chování – začínají se např. spontánně obracet jeden k druhému, místo, aby komunikovali pouze s personálem.“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 224). U reflektujícího přístupu je především životní rekapitulace (*life review*) Roberta Butlera. Jedná se o speciální formu reminiscence, která byla definována jako proces prozkoumávání, organizování a hodnocení celkového obrazu života jednotlivce (Woods et al, 2002). Tento přístup má blízko k psychoterapii a navazuje na spontánní proces seniorů urovnat si svůj život. Rozhovor, ve kterém se vybavují vzpomínky, je veden mezi terapeutem a jedním účastníkem, nebo malou skupinou (Butler, 1963).

Philippe Cappeliez rozvinul vlastní model tzv. kognitivně-reminiscenční terapie, která je určena pro osoby s depresemi a poruchami kognice. Terapie je založena na pravidelných setkání jedenkrát týdně na 60-90 minutových sezeních po dobu 6-12 týdnů. Skupinu vede jeden, nebo dva terapeuti (Janečková a Vacková, 2010). Z hlediska stupně deprese a kognitivního postižení jedinců musí být skupina homogenní. Témata jsou předem dána, aby se na setkání mohli účastníci připravit a každý má vymezený prostor, aby se mohl k tématu vyjádřit. Výsledkem by mělo být pozitivní vnímání sebe sama (Janečková a Vacková, 2010). K reflektujícím přístupům patří také reminiscence uplatňovaná jako jedna z technik validace, tedy přijetí reality druhého, tento způsob komunikace vede ke vzájemnému sblížení (Janečková a Vacková, 2010).

Reminiscence podle Janečkové a Vackové (2010) pomáhá zlepšit celkový psychický, funkční a zdravotní stav. Je důležitou metodou zvládnání adaptačního procesu. Minimálně adaptaci napomáhá, zmírňuje negativní dopady přestěhování do nového prostředí. Pomáhá také lepšímu kontaktu s rodinou (mají společný úkol zabydlet pokoj, vytvořit krabici vzpomínek či knihu života). Reminiscenční metody zaměřující se na životní bilancování (validace, životní rekapitulace, exprese emocí) pomáhají vyrovnat se s problémy, pomáhají žít spokojenější život, naleznout smysl životních těžkostí.

### 1.3.3 Validace

Validace je soubor přístupů k osobám s demencí, založených na dlouholetých zkušenostech sociální pracovnice Naomi Feil (Kleťetová a Dlabalová, 2017). Ta vychází z teorie, že chování osob s demencí je zapříčiněno nezpracovanými prožitky z jejich minulosti (Malíková, 2011). Validovat někoho, znamená přijmout jeho emoce, říct mu, že jeho emoce jsou pravdivé. Odmítání emocí znejistuje Feil a Klek Rubin (2015). Podle těchto autorek se v metodě validace používá schopnost vcítit se a přiblížit vnitřnímu prožití dezorientovanému starému člověku. Vcítěním se „chozením v botách toho druhého“ se dosáhne důvěry. Důvěra vytvoří jistotu, jistota vytvoří sílu, síla obnoví sebevědomí, sníží stres. Uživatel validace zachytává signály starého člověka a „obléká je“ do slov, tak ho validuje a vrací mu zpět jeho důstojnost.

Validační techniky podle Feil (1993) jsou následující.

1. Centrování – vnitřní soustředění validačního pracovníka a uvolnění jeho vlastních emocí před tím, než přistoupí ke klientovi a začne s ním empaticky komunikovat.
2. Empatie.
3. Užívání neohrožujících, konkrétních otázek: Co? Kdo? Kde? Kdy? Jak?
4. Parafrázování, opakování slov.
5. Užívání polarity: Jak to bolelo nejvíc? Jaké by to bylo v nejhorším případě?
6. Představa protikladu: Jdou noci, kdy nepřichází? Co jste dělala, když váš muž zemřel? Jak jste to zvládla?
7. Reminiscence – společné prohlížení fotografií, vzpomínání na milého člověka; používání slov vždycky, nikdy.
8. Udržování přítomného, blízkého očního kontaktu, projevení náklonnosti.

9. Užívání nejednoznačných výrazů – otázek jako: Kde vás to bolí? Byla to legrace? On tam byl? Říkali něco?
10. Užívání příjemného, zřetelného, hlubšího a milujícího tónu hlasu.
11. Zrcadlení – pozorování a opakování pohybů a emocí, navození empatie.
12. Spojování projevů poruch chování s neuspokojenými potřebami (projevení zájmu)
13. Užívání oblíbeného smyslového vjemu: Jak to znělo? Jak to vypadalo?
14. Dotek, blízkost?
15. Používání hudby (Janečková a Vacková, 2010).

Validace je kombinace následujících přístupů:

- a) základního empatického přístupu;
- b) vývojové teorie pro staré nedostatečně orientované a dezorientované lidi, která nám pomáhá porozumět jejich chování;
- c) specifických technik, které tímto lidem pomáhají získat zpět svojí důstojnost (Feil a Klek-Rubin, 2015).

Dlouhodobé cíle podle validace jsou:

- a) přispět k tomu, aby osoby ve vyšším věku mohli co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí,
- b) obnovit sebevědomí,
- c) redukovat stres,
- d) dát smysl prožitému životu,
- e) řešit nezpracované konflikty z minulosti
- f) redukovat chemické a fyzické omezení,
- g) zlepšit verbální a neverbální komunikaci,
- h) zabránit návratu do vegetování,
- i) zlepšit schopnost chůze a tělesné zdraví,
- j) pečovatелům dodat radost a energii,
- d) rodinám pomoci komunikovat s jejich dezorientovanými příbuznými (Feil a Klek-Rubin, 2015).

**Principy validace spočívají Feil a Klek-Rubin (2015) v následujících oblastech:**



1. Nedostatečně orientovaný a dezorientovaný starý lidé mají hodnotu a jsou jedineční.
2. Nedostatečně orientovaný a dezorientovaný starý lidé jsou akceptováni takoví, jací jsou. Nesnažíme se je změnit.
3. Naslouchání s empatií vytváří důvěru, redukuje úzkost a navrácí důstojnost.
4. Bolestivé pocity, vyjádřené, akceptované a validované přes důvěryhodného posluchače se stávají slabšími. Bolestivé emoce, které jsou ignorované a potlačené, se stávají silnějšími.
5. Existuje důvod chování nedostatečně orientovaných a/nebo dezorientovaných starých lidí.
6. Chování nedostatečně orientovaných nebo dezorientovaných starých lidí může být opodstatněné jedním, nebo vícerymi následujícími lidskými potřebami.
  - a) Zpracování nevyřešených úkolů pro pokojné vyrovnané umírání.
  - b) Žít v pokoji.
  - c) Potřeba znovuzískání rovnováhy, když se vytrácí zrak, sluch, mobilita a paměť.
  - d) Potřeba dát smysl nesnesitelné realitě, nalezení místa, kde se cítí šťastně a kde jsou rodinné vztahy.
  - e) Potřeba uznání, statusu, identity a sebehodnoty.
  - f) Potřeba být užiteční a produktivní.
  - g) Potřeba patřit někam a být respektován.
  - h) Potřeba vyjadřovat emoce, a tím být vyslyšen.
  - i) Potřeba cítit se být milován a cítit bezpečí: touha po lidském kontaktu.
  - j) Potřeba pocitu starostlivosti, jistoty a bezpečí, a ne být nepohyblivý a omezovaný.
  - k) Potřeba po sensorické stimulaci, taktilní, vizuální, auditivní, čichové, chuťové a též sexuální možnosti vyjadřování.
  - l) Potřeba redukce bolesti a komplikací.
7. Dávno naučené chování se vrací, když verbální schopnosti a krátkodobá paměť selhávají.
8. Osobní symboly, které používají nedostatečně orientovaný a dezorientovaný starší lidé, jsou existující lidi nebo předměty z přítomnosti, které reprezentují lidi, předměty nebo koncepty z minulosti, přičemž jsou nabitě emocí.

9. Nedostatečně orientovaný a dezorientovaný starší lidé žijí na různých úrovních vědomí , častokrát ve stejné době.
10. Pokud se oslabí pět smyslů, stimulují se nedostatečně orientovaný a dezorientovaný starší lidé sami a používají svůj „vnitřní smysl“. Vidí svým vnitřním zrakem a slyší tóny z minulosti.
11. Příhody, emoce, barvy, zvuky, pachy, chutě a obrazy „tady a teď“ probouzí emoce, které pak spustí podobné emoce z minulosti.

#### 1.3.4 Smyslová aktivizace a Snoezelen

Při smyslové aktivizaci jde o cílené a vědomé působení na smysly a potřeby osob, které napomáhá k navození příjemného pocitu a jeho dlouhodobého udržení v zájmu zkvalitnění života seniorů v domovech pro seniory (Wehner Schwinhammer, 2013). Smyslová aktivizace<sup>®</sup> je cílená, na potřeby orientovaná aktivizace a podpora velmi starých a demencí postižených osob (Institut smyslové aktivizace, 2018).

Senzorická (smyslová) stimulace je nadřazený pojem pro řadu různých metod, které mají společný cíl: stimulovat smysly klienta – zrakový, sluchový, hmatový, pohybový, chuťový, čichový. Stimulace těchto smyslů redukuje pocit osamělosti, stresu a izolace od okolí. Nejčastější metody z této kategorie jsou aromaterapie a snoezelen (Feil a Klek-Rubin, 2015).

Cílem smyslové aktivizace je podle Wehner a Schwinghammer (2013) aktivizace pohybového aparátu, orientace venku či uvnitř, orientace o ročním období, podpora jemné a hrubé motoriky, práce s pamětí a trénink paměti, napomáhání schopnosti komunikovat, koordinace pohybu, aktivní práce rodinných příslušníků a podpora zdraví. Smyslová aktivizace přijímá životní příběh seniora, pracuje s jeho zkušenostmi a prožitky a vede seniora k jejich zpracování a sebezpřijetí (Vojtová, 2014). Aktivizace umožňuje podle Institutu smyslové aktivizace (2018) zachovat u seniorů jejich **kompetence** (sebevědomí, sebedůvěra, samostatnost, sebeocnění), **sociální kompetence** (kontakty s ostatními lidmi, zachování vazby s rodinou a přáteli) a **věcné kompetence** (samostatnost, sebeobsluha).

Snoezelen-MSE koncept je „považován jednak za původní volnočasovou aktivitu, také je propracována jako podpůrná edukační metoda s primárním důrazem na vzdělávání

*formou zkušeností a v neposlední řadě je již pojímána jako právoplatná terapeutická metoda, která má svůj řád, systém i pravidla“ (Filatova, 2010, s 18). **Snoezelen-MSE** (Multisensory Environment) je víceúčelová metoda, která nejčastěji využívá prostoru nebo místnosti, která je vybavena speciálními technickými pomůckami k multismyslové stimulaci. Slovo „snoezelenje“ je holandského původu, kdy slovo snuffelen znamená čichat a doezelen dřímat. Snoezelen je smyslová stimulace a relaxace. Podle Filatové (2014) je zásadním principem této metody multisenzorická stimulace, která probíhá ve speciálně zařízené místnosti. Díky příjemné atmosféře je cílem u klientů vyvolat pocit klidu, uvolnění, bezpečí a jistoty; poskytnout autentický zážitek, vytvořit vztah vzájemné důvěry a motivovat klienta k činnosti a stimulovat jej (Filatova, 2014). Filatova (2014, s. 121) uvádí, že „*délka, intenzita a schopnost uvědomění Snoezelen efektu přímo souvisí se zkušeností, profesí, vzděláním a schopností sdílení a provázení (prožitkem) klienta terapeutem*“.*

#### 1.3.5 Basální stimulace

Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka (Institut basální stimulace, 2018). Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka (Institut basální stimulace, 2018).

Friedlová (2007) představuje bazální stimulaci jako koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Tato autorka dále uvádí, že pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Systematické používání tohoto konceptu umožňuje klientům s poruchami vnímání a hybnosti zlepšovat jejich stav cílenou stimulací smyslových orgánů. „**Koncept Bazální stimulace® by měl být samozřejmostí u všech poskytovatelů služeb sociální péče, kteří chtějí poskytovat své služby kvalitně a vytvářet také podmínky pro kvalitní život svých uživatelů. Zejména u osob se zdravotním postižením a seniorů trpících demencí je Bazální stimulace® nejen zásadním předpokladem kvalitní péče.**“ (Horecký, 2018). Friedlová (2007) popisuje rozdělení bazální stimulace na základní a nadstavbovou bazální stimulaci. Základní bazální stimulace má prvky somatické, vestibulární a vibrační. Nadstavbová bazální stimulace má prvky optické, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální (Malíková, 2011).

### 1.3.6 Psychobiografický model podle Böhma

**Cílem** Psychobiografického modelu prof. E. Böhma (PBM) je **naučit personál porozumět klientům**, co je pro ně prioritní, co rozhýbe jejich psychiku a následně i tělo; jakým způsobem podpořit klienta v jeho autonomii a jeho schopnosti rozhodovat o svých záležitostech co nejdéle (EBIN, 2018). Tento model usiluje o aktivizování a reaktivizování psychické schopnosti a dovednosti a základním cílem je oživit psychiku klienta (EBIN, 2018).

Jedná se o uznávaný ošetrovatelský model a v současné době využívaný v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče, který je zaměřen nejen na podporu schopnosti sebepéče seniorů a zmatených lidí, ale i na způsoby, jak co nejdéle tuto schopnost uchovat či navrátit, a to principem oživení zájmu seniora a oživením jeho psychiky (Domov Letokruhy, 2018).

### 1.3.7 Arteterapie

Arteterapii lze definovat jako souhrn uměleckých technik a postupů, jejichž cílem je snaha změnit sebehodnocení seniora, postarat se o smysluplné naplnění jeho života a posilovat seniorovo sebevědomí (Šicková-Fabrici, 2016). Cílem arteterapie není tvorba uměleckého a esteticky vypadajícího díla, ale význam arteterapie spočívá ve vlastní aktivitě, v produktivní činnosti seniora a ve smysluplném trávení volného času (Mlýnková, 2011). Müller (2006) uvádí, že arteterapie používá terapeutický potenciál výtvarných aktivit, a to zejména kresbu.

Podle Liebmann (2005) se vedoucí a terapeuti zvolí na základě různých kritérií si, zda budou pracovat individuálně či skupinovou formou. Volba formy arteterapie se odvíjí od několika faktorů, tj. přání a potřeb klienta a jeho potřebách, na závažnosti problému i na stylu práce terapeuta (Potměšilová et al., 2012). Šicková-Fabrici (2008) poukazuje také na pozitivní vliv při zvládnutí nově nastalých situací v životě seniora, a to při změnách v oblasti zdravotní, sociální i ekonomické, způsobené například odchodem do důchodu, do domova pro seniory nebo zhoršením zdravotního stavu či ztrátou soběstačnosti.

### 1.3.8 Muzikoterapie

Podle Gerlichové (2014) je muzikoterapie terapeutický obor, který k dosažení nehudebních cílů používá hudbu či hudební prvky. Kantor et al. (2009) vnímá

muzikoterapii jako terapeutický přístup z oblasti expresivních terapií. Pojem expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové povahy. Podle tohoto autora je muzikoterapie využívána pro jednotlivce či skupinu, a jejím záměrem je rozvíjení učení, vztahů, sebevyjadřování a komunikace. Muzikoterapii se zabývají Gerlichová (2017), Beníčková (2016), Dosedlová a Kantor (2013) a Dosedlová (1999).

Muzikoterapie spočívá v profesionálním využití hudby a jejích prvků pro zkvalitnění života a zlepšení psychického a fyzického zdraví (World Federation of Music Therapy, 2011). Holczerová a Dvořáčková (2013) doporučují, že hudba by měla vycházet z přirozeného prostředí, ve kterém senioři dříve žili. Kantor et al. (2009) uvádí, že do nehudebních cílů patří široká oblast terapeutického působení, tj. učení, léčba, komunikace, motivace, zlepšení kvality života, osobnostní a spirituální rozvoj. Muzikoterapie přispívá k trénování mentálních a fyzických funkcí seniora, například rytmickým cvičením, zpěvem či kondičním cvičením do rytmu, dále napomáhá k rozvoji spolupráce, navazování nových interakcí s okolím, udržování mezigeneračních vztahů či k seberealizaci seniora (Gerlichová, 2014). Jindrová (2013) upozorňuje, že pokud bude využita muzikoterapie při práci se seniory, je potřeba si uvědomit limity, které vycházejí ze zdravotního stavu seniorů. Na druhé straně tato autorka uvádí přednosti spojené s předchozími zkušenostmi ze strany seniorů.

#### 1.3.9 Aktivity spojené se spiritualitou

Na důležitost uspokojování duchovních potřeb ve stáří upozorňuje Suchá et al. (2013), Suchomelová (2016), Malíková (2011). Příbyl (2015) upozorňuje na fakt, že řada zdravotníků a sociálních pracovníků si myslí, že duchovní potřeby mají pouze věřící lidé, což je tímto autorem považováno za mylné. Mezi duchovní potřeby patří potřeba smyslu života, potřeba odpuštění (přijmout i dát). Poskytované duchovní služby, stejně jako ostatní služby v domově pro seniory, jsou dokumentovány v ošetřovatelském plánu, individuálním plánu, v evidenci volnočasových aktivit a poskytovaných duchovních služeb v zařízení, v evidenci zapůjčených předmětů a v evidenci sociálního pracovníka (Malíková, 2011).

Malíková (2011) popisuje aktivity vhodné pro uspokojení spirituality v pobytových sociálních službách takto:

- a) poslech duchovní hudby (CD, DVD);
- b) zapůjčení literatury a časopisů s náboženskou a duchovní tematikou, případně jejich předčítání například dobrovolníky;
- c) návštěvy duchovního u klienta (rozhovory, udělování svátostí);
- d) sledování televizních a rozhlasových pořadů s náboženskou tematikou (např. Proglas);
- e) účast klientů v kapli či místnosti pro církevní obřady na bohoslužbách;
- f) kontakt s psychologem;
- g) činnost odborných terapeutů (ergoterapeut, pracovník pro volnočasové aktivity, aktivizační sestra, arteterapeut, aromaterapeut, muzikoterapeut atd.);
- h) rozhovory všech pečujících a ošetřujících pracovníků s klienty, empatický přístup;
- a) ch) bohoslužbě;
- i) rozmisťování křížů, obrazů a sošek s duchovní tematikou na pokoje seniorů;
- j) zprostředkování kontaktu s psychologem;
- k) empatie ze strany sociálních a zdravotních pracovníků;
- l) návštěvy kněze na pokojích seniorů.

### 1.3.10 Psychoterapie

Vymětal (2010, s.9) uvádí následující definici psychoterapie: „*Zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem. Považujeme ji za samostatný obor, jenž má teoretickou i aplikační stránku. Předmětem obou je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nepovažujeme v té podobě, jak se s nimi setkáváme, za optimální, a na přání (pokud nejde o děti) a se souhlasem klienta se je pokoušíme společně měnit*“. Cíle psychoterapie by měly být podle Vymětala et al. (2004) předem jasně stanovené, racionálně zdůvodněné a průběžně sledované, neboť se od nich více či méně odlišují výsledky, kterých bylo skutečně dosaženo pomocí psychologických prostředků.

Psychoterapie má svoji důležitou a nezastupitelnou roli v péči o seniory. V praxi bohužel přetrvává řada předsudků a mýtů o nevhodnosti psychoterapie ve stáří. Mezi tyto mýty podle Vojtěchovského (2004) patří mýtus o nepřístupnosti starých lidí psychoterapii, mýtus neschopnosti seniorů změnit své postoje, mýtus věkového limitu psychoterapie, mýtus o nedostatečné komunikaci, mýtus o zbytečnosti práce se seniory a mýtus, že se během psychoterapie seniorů objevují témata, která nemá psychoterapeut rád.

Malíková (2011) zastává názor, že psycholog může pomoci seniorům řešit obtíže spojené se spiritualitou, kdy použije některé formy psychoanalýzy či jiné psychotherapeutické metody (metoda transakční analýzy, metody rodinných konstelací, metody sebevyjádření například za pomoci arteterapie, dramaterapie). Při práci se seniory lze využít celé řady psychotherapeutických směrů jako je například psychoanalýza, Rogersovská psychotherapie, kognitivně behaviorální terapie, logoterapie apod. Psycholog a psychotherapeut by měl být nedílnou součástí týmu v domově pro seniory, ale v domovech pro seniory v ČR tyto profese nejsou zcela běžné.

### 1.3.11 Pohybové aktivity, tanečně pohybová terapie

Podle Rheinwaldové (1999, s. 77) „*je pohyb pro starší organismus životně důležitý mnohem více než pro organismus mladý*“. V období stáří je důležité se pravidelně věnovat tělesnému i duševnímu cvičení, která ovlivňují biologické děje v organismu a podporují kognitivní funkce, jak zmiňují Klevelandová, Dlabalová (2008). Pohybové aktivity patří do volnočasových aktivit a využití volného času ve stáří. Pohybová aktivita je definována jako „*druh nebo druhy pohybu člověka, které jsou výsledkem svalové práce prováděné zvýšením energetického výdeje, charakterizované svébytnými vnitřními determinantami a vnější podobou. Pohybové aktivity představují mnohovýznamový konstrukt a podle kontextu jsou dále různě označovány jako strukturované, nestrukturované, zdraví podporující, bazální, běžné, každodenní, sportovní apod.*“ (Dobrá, Čehovská, s. 16).

Na důležitost pohybové aktivity ve stáří upozorňují Bowman et al. (2017), Neviani et al. (2017), da Fonte et al. (2016), Mařhová a Formánková (2014), Charansonney (2012). Pohybové aktivity se podílejí pozitivně na zdraví v komplexním pojetí a dávají seniorů pocit autonomie a soběstačnosti (Janiš a Skopalová, 2016). Podle Holczerové a Dvořáčkové (2013) pohybové aktivity zajišťují i příjemné trávení volného času. Podle Mařhové a Formánkové (2014) je v oblasti pohybové aktivity u seniorů důležitý týmový přístup, který zahrnuje rehabilitačního lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a v neposlední řadě také dobrovolníky. Pohybová aktivita je jedním z nejvýznamnějších faktorů úspěšného stárnutí a zdravého stáří (Kalvach, 2008).

Taneční a pohybová terapie využívá jak tance v sedě, tak tance v chůzi (Formánková, Motlová, Svěčená, 2011). Tanečně pohybová terapie je **psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince (Tanter, 2018)**. Tanečně pohybová terapie se řadí mezi expresivní terapie neboli terapie uměním (arts therapies), protože pracuje s tancem s formou uměleckého vyjádření (Tanter, 2018). U tanečně a pohybové terapie jde o podle Čížkové (2005) o propojení pohybové zkušenosti, kognitivního vhledu a emočního prožitku, tzn. že tělo a mysl jsou při tanečně pohybové terapii v neustálé interakci. Vhodně zvolená hudba může přinést emocionální uspokojení také seniorům, kteří kvůli zdravotnímu stavu nemohou tančit, avšak zvládají alespoň mírné pohyby pod vedením terapeuta (Haškovcová, 2012). Tanečně a pohybová terapie přispívá k podpoře kognitivních funkcí a napomáhá zlepšovat fyzické zdraví seniorů (Lelièvre, 2015). Tanečně pohybovou terapií se zabývá Bič et al. (2011), Čížková (2005).

#### 1.3.12 Zooterapie v domovech pro seniory

Zooterapie je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které se zakládají na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Freeman, 2007). Pro definici pojmu zooterapie existuje řada definic a v ČR se setkáváme s pojmem zooterapie nebo zoorehabilitace (Matoušek et al, 2013). Freeman (2007) uvádí, že jde o pozitivní, až léčebné působení zvířete na člověka. Zvíře je roli koterapeuta, který pod vedením pracovníka a jde tedy v podstatě o využití zvířat jako terapeutického prostředku

Do roku 2013 využívány, stejně jako u jiných druhů zooterapie, podle terminologie Delta Society (2006) tyto metody:

- a) aktivity s asistencí zvířat - AAA (Animal Assisted Activities),
- b) terapie s asistencí zvířat - AAT (Animal Assisted Therapy),
- c) vzdělání a výuka s asistencí zvířat - AAE (Animal Assisted Education),
- d) intervence s asistencí zvířat - AAI (Animal Assisted Education), terminologie AAI se používána od roku 2013.

U seniorů v domovech pro seniory se používají především metody AAA a AAT (podle dřívější používané terminologie podle Delta Society z roku 2006) a podle aktuální

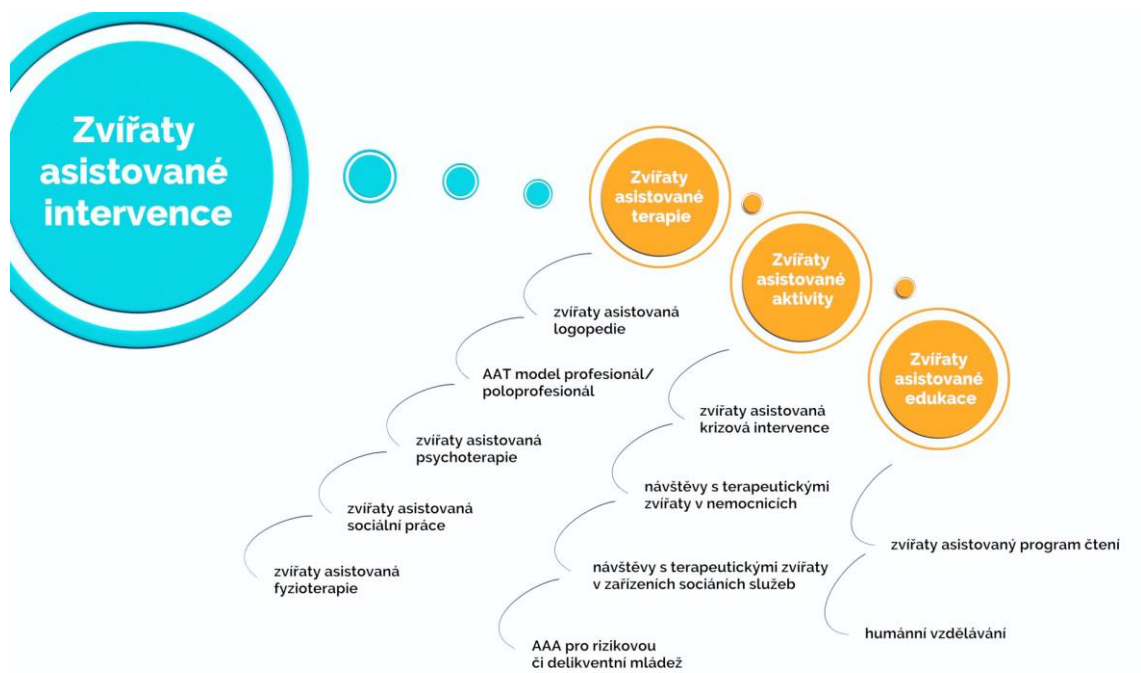


terminologie podle IAHAIO (2013, 2014) jde o intervence s asistencí zvířat – AAI (Animal Assisted Intervention).

V roce 2014 byl dokument IAHAIO White Paper (2013) revidovaný a změna se týká používané terminologie, tj. jsou zcela vynechány aktivity s pomocí zvířat. Aktivity s pomocí zvířat jsou v rámci dokumentu IAHAIO White Paper 2014 s názvem *Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for the Wellness of Animal Involved* jedním z druhů či typů intervencí za asistence zvířat (IAHAIO White Paper, 2014). Intervence s asistencí zvířat je v tomto dokumentu definována následovně *„na cíl orientovaná a strukturovaná intervence, která intencionálně zahrnuje anebo začleňuje zvířata do služeb v oblasti zdravotnictví, vzdělávání a humanitních služeb (např. sociální práce) za účelem dosažení terapeutických efektů u lidí. Intervence za asistence zvířat začleňují humánně-animální týmy do formálních humanitních služeb jako terapie s asistencí zvířat (AAT), edukace s asistencí zvířat (AAE) anebo za určitých podmínek aktivity za asistence zvířat (AAA),“* (IAHAIO White Paper, 2014, s. 5).

Pro úplnost ještě uvádím změnu podle dokumentu IAHAIO White Paper z roku 2014, kdy došlo k malým změnám v označení aktivit s asistencí zvířat následovně: *„Plánovaná a na cíl orientovaná neformální interakce a návštěva vykonávaná humánně-animálním týmem kvůli motivačním, edukačním a rekreačním cílům. Kvůli participaci na těchto návštěvách humánně-animální týmy absolvovaly minimálně úvodní trénink, přípravu a hodnocení. Humánně-animální týmy, které realizují AAA, mohou také formálně a přímo spolupracovat s poskytovateli zdravotnických, humanitních a edukačních služeb na specifických dokumentovatelných cílech. V těchto případech participují na AAT a AAE, které jsou realizované specialisty v rámci jejich profese. Příklady AAA zahrnují zvířaty asistovanou krizovou intervenci, která se zaměřuje na poskytování úlevy a opory obětem traumatu, krize nebo živelné pohromy, a návštěvní společenské zvířata 'meet and greet' aktivity s rezidenty v domovech pro seniory“*. Změna se týká začátku definice, kdy byla první věta upravena, druhá a třetí věta byla vymazána, tzn. došlo k vypuštění dobrovolnického aspektu a formulace terapeutických cílů.

V obrázku 2 jsou pro úplnost a přehlednost znázorněny prvky intervencí s asistencí zvířat včetně používané terminologie podle Fine et al (2015).



Zdroj: Fine et al. (2015, s. 23).

## Obr. 2 Prvky intervencí s asistencí zvířat

Cíle terapie s asistencí zvířat v domovech pro seniory by měly být v souladu s následujícími obecnými cíli terapie za pomoci zvířat podle ESSAT (2011, s. 1):

- a) „znovu navodit a zachovat tělesné, kognitivní a emocionální funkce,
- b) podporovat schopnosti a dovednosti k provádění aktivit a činností,
- c) podporovat zúčastněnost klienta v příslušné životní situaci;
- d) zlepšovat subjektivní pocit blaha.“

## Felinoterapie

Felinoterapie je jedním z druhů zooterapie, která využívá pozitivní až léčebné působení zvířete na zdraví člověka. Felinoterapie využívání pozitivní interakci mezi člověkem a

kočkou k léčbě nebo podpoře zdraví člověka Hypšové (2007). Poskočil (2012) uvádí, že stále více domů s pečovatelskou službou a domovů pro seniory rozhoduje pro kočky, neboť jsou nenáročné na péči. Felinoterapie je jednou z možností, jak seniory aktivizovat, udržovat a podporovat je v aktivitě v domově pro seniory.

Mezi zakladatele felinoterapie v České republice patří Nezávislý Chovatelský klub pod vedením Daniely Hypšové, zabývající se nejen ochranou a chovem ušlechtilých koček, ale i poskytováním a rozvojem felinoterapie především návštěvní formou (Nezávislý Chovatelský klub, 2018). Tato organizace se zabývá také metodikou, zkouškami i vzděláváním v oblasti felinoterapie a zaštiťuje dobrovolnické týmy pracující nejen pod jejich organizací v rámci felinoterapie (Nezávislý Chovatelský klub, 2018). Felinoterapie je nedílnou součástí komplexní zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory v České republice a patří, podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, buď mezi výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, nebo mezi sociálně terapeutické činnosti.

Felinoterapie je poskytována jednorázově či pravidelně (Freeman, 2007), a to v souladu s terminologií podle organizace Delta Society (nyní Pet Partners). Mezi jednorázové aktivity (akce) lze zařadit jednorázové či případně krátkodobé aktivity jako je například besídka pro seniory či ukázka aktivit za asistence kočky v rámci individuální či skupinové formy aktivizace v domově pro seniory. Pravidelné aktivity (akce) v rámci felinoterapie probíhají nejčastěji jako součást aktivizačních činností a jsou zpravidla součástí návštěvního programu. Návštěvní program je realizován formou pravidelných a jednorázových návštěv (Freeman, 2007), což koresponduje s terminologií používanou Delta Society (2006). Návštěvní program může být vykonáván jak dobrovolníky, tak pracovníky domova pro seniory. U návštěvního programu jde o individuální či skupinovou formu (Freeman, 2005). Kromě návštěvního programu je využíván také rezidentní a pobytový program (Freeman, 2007). U rezidentního programu je kočka součástí zařízení domova pro seniory, kočka je převzata seniory nebo pracovníky, kteří budou felinoterapii poskytovat (Freeman, 2007). Zvíře se v tomto případě může, ale nemusí, stát majetkem daného jedince nebo zařízení (Freeman, 2007). Pobytový program se týká jednorázového či pravidelného pobytu seniorů v prostředí mimo domov pro seniory, kdy se v praxi jedná například o rekondiční pobyt.

## Canisterapie

Je všeobecně známé, že autorkou pojmu canisterapie je Jiřina Lacinová. Při canisterapii, stejně jako jiném druhu zooterapie, jde o využívání pozitivní interakce mezi člověkem a zvířetem. „*Canisterapie doslova znamená léčba pomocí psa, je to duši hojící pocit, který v nás zanechává kontakt s milým a bezprostředním psem, pocit, že nejsme sami, že někoho zajímáme a že někdo nás má rád a těší nás*“ (Galajdová, 2011, s. 15). Podle Müllera (2014) nejsou u canisterapie přesně určená schémata, pracovník tedy sleduje cíle klienta, které jsou, především v případě AAT, společně stanovovány klientem a multidisciplinárním týmem.

Canisterapie se využívá obecně dá využít u široké škály klientů, pokud nedojde ke kontraindikaci jako je například strach ze psů, alergii na srst či některým onemocněním, kde hrozí přenos zoonóz, nebo při nezájmu klienta o terapii (ESAAT, 2011). Podle Motlové (2013) přínos canisterapie v péči o seniory spočívá v tréninku kognitivních funkcí (paměť, myšlení, řeč, orientace), motivaci k činnosti (pes a péče o něj jako téma k hovoru), stimulaci a procvičení smyslů, procvičení jemné motoriky, procvičení pohybové koordinace a pohybu, využití psa při používání a manipulaci s kompenzační pomůckou, v psychosociální podpoře a fyzickém kontaktu se psem, v emočně libých prožitcích a v pozitivní náladě, v relaxaci a zklidnění, v sebeobslužných činnostech a v podpoře soběstačnosti, v pozitivním vztah ke psům a zacházení se psem.

## Farmingtherapie

Při farmingtherapii jako terapii za asistence hospodářských zvířat (ovce, kozy, slepice, aj.) a prostřednictvím práce na farmě se využívá nejen *přímého* kontaktu se zvířaty, ale i kontaktu *nepřímého se* zvířaty. Výhodou přímého kontaktu přináší seniorům mimo jiné emočně libé pocity. „*Klient je se zvířetem v bezprostředním kontaktu, dotýká se ho, mazlí se s ním a pocitové vnímání je u něho tedy výraznější než při pouhém očním kontaktu nebo kontaktu prostřednictvím například vodítka*“ (Valentová, 2009, str. 33). Otterstedt (2001) uvádí, že v parcích v Německu jsou oblíbené kozy a ovce, které jsou velice společenské a s návštěvníky se rády mazlí. Na základě těchto zkušeností začaly některé kliniky a domovy pro seniory zřizovat podobné ohrady se zvířaty (Otterstedt, 2001). Při farmingtherapii je využívána v praxi řada aktivit a níže je uveden příklad. „*Jedna z aktivit*

*spočívá v tom, že klienti sedí na balících slámy a v rukou mají láhve s mlékem, poté se vypustí jehňata a kozičky, které se ihned vrhají na láhve a mléko z dudlíků umístěných na láhvích saji“ (Valentová, 2009, s.32).*

Nepřímého kontaktu se v domovech pro seniory, které poskytují farmingterapii využívá poměrně často. Uživatelé mohou kdykoli navštívit zvířata, mají u výběhu možnost posezení a sledování zvířat.

## II. Empirická část

V empirické části disertační práce budou představeny cíle práce a stanovené hypotézy včetně operacionalizace pojmů souvisejících s kvantitativním výzkumem. Popsán bude metodologický přístup, tj. kvalitativní výzkumná strategie a v kapitole Výsledky budou prezentovány stěžejní výsledky, které budou v kapitole Diskuse interpretovány a komparovány s teoretickými poznatky i výzkumnými studii vztahujícími se k aktivizačním činnostem a terapiím v domovech pro seniory.

## 2. Cíle práce a hypotézy

Na tomto místě budou uvedeny cíle empirické části disertační práce a stanovené hypotézy včetně operacionalizace pojmů souvisejících s kvantitativní výzkumnou strategií.

### 2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem je zjistit, jaké aktivizační činnosti a terapie jsou poskytovány v domovech pro seniory v České republice, a to z pohledu ředitelů a pracovníků poskytujících aktivizaci u seniorů v domovech pro seniory jako pobytové sociální službě.

**Pro naplnění cíle výzkumné části disertační práce jsou stanoveny tyto dílčí cíle:**

**Dílčí cíl 1:** zjistit, jaké druhy a formy aktivizačních činností jsou poskytovány v domovech pro seniory.

**Dílčí cíl 2:** zjistit, jaké druhy a formy terapií jsou poskytovány v domovech pro seniory.

**Dílčí cíl 3:** zjistit, jaká terminologie se v domovech pro seniory používá v souvislosti s poskytováním aktivizace.

**Dílčí cíl 4:** zjistit, zda se v domovech pro seniory používá při poskytování aktivizace nějaký koncept či model péče.

**Dílčí cíl 5:** zjistit, zda domovy pro seniory získaly Značku kvality v sociálních službách u Asociace poskytovatelů v sociálních službách ČR.

**Dílčí cíl 6:** zjistit, kdo z pracovníků v domově pro seniory je pověřen koordinováním aktivizace.

**Dílčí cíl 7:** zjistit, jaká je pracovní pozice a vzdělání zaměstnanců domova pro seniory, kteří poskytují aktivizaci.

**Dílčí cíl 8:** zjistit, zda je v domovech pro seniory dostatečný počet pracovníků poskytujících aktivizaci.

**Dílčí cíl 9:** zjistit, zda mají domovy pro seniory dostatek finančních prostředků na aktivizaci,

**Dílčí cíl 10:** zjistit, zda mají domovy pro seniory zpracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace.

**Dílčí cíl 11:** zjistit, s jakými obtížemi v oblasti aktivizačních činností a terapií se setkávají pracovníci, kteří poskytují aktivizaci v domovech pro seniory.

## **2.2 Hypotézy**

Tato část disertační práce je zaměřena na operacionalizaci a přípravu znaků, které souvisejí s formulováním hypotézy a jejímu formulování předcházejí. Při formulování hypotéz bylo přihlíženo k teoretickým poznatkům týkajících se zkoumaného tématu.

V rámci kvantitativního výzkumu byly pro naplnění hlavního cíle a dílčích cílů stanoveny následující hypotézy:

**H1 (H<sub>A</sub>):** Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele má vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace.

**H1 (H<sub>0</sub>):** Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele nemá vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace.

**H2 (H<sub>A</sub>):** Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele má vliv na to, zda domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace.

**H2 (H<sub>0</sub>):** Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele nemá vliv na to, zda domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace.

**H3 (H<sub>A</sub>):** Délka praxe v pomáhající profesi na straně ředitele má vliv na to, zda se v domově pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.

**H3 (H<sub>0</sub>):** Délka praxe v pomáhající profesi na straně ředitele nemá vliv na to, zda se v domově pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.



**H4 (H<sub>A</sub>):** Délka praxe na pozici ředitele má vliv na to, kteří pracovníci jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory.

**H4 (H<sub>0</sub>):** Délka praxe na pozici ředitele nemá vliv na to, kteří pracovníci jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory.

**H5 (H<sub>A</sub>):** Délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá koncept či model péče o seniory.

**H5 (H<sub>0</sub>):** Délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci nemá vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.

**H6 (H<sub>A</sub>):** Délka praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.

**H6 (H<sub>0</sub>):** Délka praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci nemá vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.

**H7 (H<sub>A</sub>):** Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory.

**H7 (H<sub>0</sub>):** Neexistuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory

### 2.3 Operacionalizace

Tato podkapitola bude věnována operacionalizaci pojmů jako nezbytné a důležité součásti empirického výzkumu.

Reichel (2009, s. 51-53) uvádí, že „operacionalizace se neobejde bez definic a de facto začíná v té fázi, kdy tvoříme první operativní definice. Operacionalizace ukazuje výzkumníkovi, jak má s příslušnými znaky zacházet, jak je má zjišťovat a měřit, a je návodem, jakým způsobem potřebné údaje získávat“. Níže uvedená operacionalizace pojmů se vztahuje k cílům práce a formulovaným hypotézám.

#### **Aktivizační činnosti**

Aktivizační činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 1. volnočasové a zájmové aktivity; 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím; 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

#### **Terapie**

Terapie je způsob léčení (dietou, fyzikálními metodami apod.) a obor medicíny zabývající se léčbou. V terapii jde o léčení či léčbu. (Akademický slovník cizích slov, 1997, s. 755). Terapiemi se pro účely výzkumu rozumí psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie a jiné terapie.

#### **Ředitel domova pro seniory**

Ředitel domova pro seniory je statutární zástupce organizace, který ji řídí a zodpovídá za poskytované služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

### **Délka praxe na pozici ředitele**

Délkou praxe na pozici ředitele vypovídá o získaných manažerských zkušenostech a pro účely výzkumu je uvedena v rozmezí: 1-2 roky, 3-let, 6-10 let, 11-15 let, 16-20 let, 21-25 let, 26 let a více.

### **Délka praxe v péči o seniory**

Délkou praxe v péči o seniory vypovídá o získaných odborných zkušenostech při práci s cílovou skupinou seniorů, a pro účely výzkumu je uvedena v rozmezí: 1-2 roky, 3-let, 6-10 let, 11-15 let, 16-20 let, 21-25 let, 26 let a více.

### **Délka praxe v pomáhající profesi**

Délkou praxe v pomáhající profesi vypovídá o získaných profesní zkušenostech při práci s klienty s různými cílovými skupinami a v různých typech zařízení, a pro účely výzkumu je uvedena v rozmezí: 1-2 roky, 3-let, 6-10 let, 11-15 let, 16-20 let, 21-25 let, 26 let a více.

### **Pracovník poskytující aktivizaci**

Jedná se o zaměstnance domova pro seniory, který má v náplni práce poskytování aktivizace. Může se jednat o sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, ergoterapeuta apod.

### **Sociální pracovník**

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění (Matoušek, 2003). Kvalifikační požadavky na profesi sociálního pracovníka jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

## **Pracovník v sociálních službách**

Pracovník v sociálních službách je kvalifikovaný pracovník, který uživatelům sociálních služeb poskytuje přímou obslužnou péči. Kvalifikační požadavky na profesi sociálního pracovníka jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

## **Domov pro seniory**

Domov pro seniory je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, pobytová sociální služba.

## **Aktivizace**

Pro účely výzkumu je použita tato definice aktivizace *„Aktivizace je cílená činnost zaměřená na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Aktivizace je prostředkem nezávislosti a soběstačnosti uživatele a působí preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení. Aktivizace by měla být smysluplná činnost, která používá škálu aktivizačních metod a technik. Aktivizační pracovníci připravují a nabízí uživatelům různé aktivity, aktivizační činnosti a aktivizační programy.“* (Asociace poskytovatelů sociálních služeb).

## **Druh aktivizace**

Druhem aktivizace se rozumí pro účely tohoto výzkumu konkrétní typ dané aktivizační činnosti či terapie.

## **Forma aktivizace**

Formou se rozumí způsob poskytování aktivizace podle počtu seniorů, tj. individuální forma (1 uživatel) a skupinová forma (2 a více seniorů).

## **Aktivizační činnosti**

Aktivizační činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 1. volnočasové a zájmové aktivity; 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím; 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

## **Terminologie**

Terminologie je nauka o termínech, jedná se o soubor termínů v určitém oboru lidské činnosti (Akademický slovník cizích slov, 1997, s. 757.) V kontextu výzkumu se terminologie týká používaných termínů v souvislosti s aktivizací.

## **Koncept péče**

Koncept znamená koncepci a pojetí (Akademický slovník cizích slov, 1997, s. 407). Konceptem péče v rámci výzkumu je myšlena koncepce a pojetí péče týkající se seniorů.

## **Model péče**

Model se se týká mezinárodně uznávaného přístupu k péči o seniory, který pomáhá pracovníkům uspořádat způsob myšlení a péče o uživatele, který odráží metody a cíle péče o seniory. Model pomáhá porozumět uživatelům a plánovat péči o ně.

## **Koordinování aktivizace**

Pro účely výzkumu je zjišťováno, kdo z pracovníků je pověřen koordinací aktivizace ze strany zaměstnanců, tj. kdo je zodpovědný za poskytování aktivizace.

## **Pracovní pozice pracovníků věnujících se aktivizaci**

Pracovní pozice (pracovní místo) je místo v organizační struktuře, na kterém je zaměstnaný konkrétní pracovník domova pro seniory.

### **Dostatečný počet pracovníků poskytujících aktivizaci**

Pro účely výzkumu se tímto rozumí, jak respondenti vnímají dostatek pracovníků pro vykonání aktivizace, a to jako zcela nedostatečné, spíše nedostatečné, průměrné, spíše dostatečné a zcela dostatečné.

### **Dostatek finančních prostředků na aktivizaci**

Pro účely výzkumu se tímto rozumí, jak respondenti vnímají dostatek pracovníků pro vykonání aktivizace, a to jako ano, spíše ano, průměrně, spíše ne, ne.

### **Metodika v oblasti aktivizace**

Metodikou se rozumí pracovní postup pro vykonávání aktivizace v domově pro seniory.

### **Vzdělání pracovníka poskytujícího aktivizaci**

Vzděláním se myslí nejvyšší dosažený stupeň vzdělání na straně pracovníka, který poskytuje aktivizaci v domově pro seniory.

### **Dostatek pracovníků pro aktivizaci**

Pro účely výzkumu se tímto rozumí, jak respondenti vnímají dostatek pracovníků pro vykonání aktivizace (ano, spíše ano, průměrně, spíše ne, ne).

### **Obtíže s poskytováním aktivizačních činností a terapií**

Obtížemi se rozumí pro složitosti či nesnadné úkoly, se kterými se pracovníci setkávají při poskytování aktivizačních činností a terapií v domově pro seniory. Jedná se o obtíže finanční, časové, personální, nedostatečné vzdělání pracovníků pro aktivizaci, a jiné důvody.

### 3. Metodika

V této kapitole bude popsána a odůvodněna zvolená výzkumná strategie, zdůvodněn bude výběr metod a technik sběru dat, popsán bude výběr výzkumného souboru, realizace výzkumu, zpracování a vyhodnocení dat. Poslední část metodiky bude věnována etickým aspektům výzkumu.

Empirická část disertační práce je zpracována kvantitativní výzkumnou metodou. Kvantitativní výzkum je založen na ověřování platnosti teorií konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných pomocí statistických operací, jejichž cílem je zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé (Bártlová et al., 2005). Kvantitativní výzkumné šetření je spojováno s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, který má tyto základní komponenty: teorie, hypotéza, operační (operacionalizovaná) definice, měření, testování hypotézy, verifikace (Hendl, 2015). Mezi přednosti kvantitativního výzkumu patří zobecnění na populaci, relativně rychlý a přímočarý sběr dat, poskytnutí přesných a numerických dat, relativně rychlá analýza dat za využití počítačů a výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi (Hendl, 2015). Nevýhody kvantitativního výzkumu jsou podle Hendla (2015) následující: výzkumník může opominout fenomény, neboť se soustředí na určitou teorii a její testování, a ne na rozvoj teorie, získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách, výzkumník je omezen reduktivním způsobem získávání dat.

Metodologie výzkumu je podmíněna nejen cílem výzkumu, jímž je „zjistit, jaké aktivizační činnosti a terapie jsou poskytovány v domovech pro seniory v České republice“, ale též charakterem objektu výzkumu a předmětem výzkumu. Při volbě metod a technik výzkumu autorka disertační práce vychází z metodologických poznatků o vědecky identifikovaných funkčních výzkumných paradigmatech, orientovaných buď pozitivistickými metodologickými idejemi, anebo fenomenologickými metodologickými idejemi.

#### *3.1 Charakteristika předvýzkumné části*

Prvním výzkumným počinem byl předvýzkum, který byl realizován v listopadu 2015 se třemi řediteli domova pro seniory a třemi pracovníky poskytujícími aktivizaci v domově pro seniory v Jihočeském kraji. Díky předvýzkumu byly odhaleny obtíže

týkající se nevhodné formulace otázek a dotazník byl, na základě zpětné vazby respondentů, rozšířen o další témata. Předvýzkum měl ověřovací charakter týkající se srozumitelnosti formulovaných otázek a na jeho základě byl následně zkonstruován finální dotazník vlastní konstrukce.

### 3.2 Design kvantitativního výzkumu

Kvantitativní výzkum spočíval v odhalení a popisu dosud nezmapované problematiky aktivizačních činností a terapií, které jsou poskytované v domovech pro seniory v České republice, a to z pohledu ředitelů domova pro seniory a pracovníků poskytujících aktivizaci u seniorů.

Tvorba konceptuálního rámce předcházela formulacím výzkumných témat a vycházela ze studia relevantní dostupné literatury. Následně byla vymezena struktura výzkumné situace, tj. subjekt, objekt, předmět, metodologie a logistika výzkumu, jak je uvedeno v tabulce 01.

**Tabulka 01 – Struktura výzkumné situace**

<b>Subjekt</b>	Subjektem výzkumu je autorka disertační práce
<b>Objekt</b>	Ředitelé domova pro seniory a pracovníci poskytující aktivizaci v domově pro seniory
<b>Předmět</b>	Aktivizační činnosti a terapie realizované v domově pro seniory v ČR
<b>Metodologie</b>	Kvantitativní výzkumná strategie – deduktivní metoda
<b>Harmonogram sběru a zpracování dat</b>	<p>Listopad-prosinec 2015: předvýzkum  Leden-únor 2016: 1. fáze sběru dat  Březen-duben 2016: 2. fáze sběru dat  Červenec-srpen 2017: 3. fáze sběru dat  Listopad 2017-leden 2018: 4. fáze sběru dat  Březen-květen 2018: 5. fáze sběru dat, příprava dat ke zpracování  Duben-květen 2018: Zadávání a zpracování dat (MS Excel 2016 a SPSS, verze 23.0)  Květen-červen 2018 Analýza a interpretace dat</p>
<b>Finanční podpora</b>	Vlastní zdroje autorky disertační práce



Pro realizaci kvantitativní výzkumné strategie byla zvolena metoda dotazování a technika dotazníku vlastní konstrukce. Byly vytvořeny dva druhy dotazníků: první dotazník byl určen pro ředitele domova pro seniory a druhý dotazník byl určen pro pracovníky věnující se aktivizaci v domově pro seniory. Otázky obsažené v dotaznících byly zvoleny s ohledem na stanové cíle práce a autorka disertační práce vycházela při jejich formulaci jednak ze studia odborné literatury, jednak z vlastních praktických zkušeností týkajících se akvizičních činností a terapií v domovech pro seniory.

- a) **Dotazník pro ředitele vlastní konstrukce** (Příloha 1) obsahoval celkem 52 otázek a jeho struktura byla tvořena 28 otevřenými otázkami, 17 uzavřenými otázkami, 7 polouzavřenými otázkami. Tento dotazník byl rozdělen do 3 částí, které zahrnovaly identifikační údaje (část A), údaje o domově pro seniory (část B) a aktivizace v domově pro seniory (část C). Časová náročnost na vyplnění dotazníku byla 30 až 40 minut.
- b) **Dotazník pro pracovníky věnující se aktivizaci v domově pro seniory** (Příloha 2) se skládal celkem z 50 otázek a jeho struktura byla tvořena 29 otevřenými otázkami, 15 uzavřenými otázkami, 6 polouzavřenými otázkami. Dotazník pro pracovníky byl složen ze 2 částí, které obsahovaly identifikační údaje (část A) a aktivizační činnosti v domově pro seniory (část B). Časová náročnost pro vyplnění dotazníku byla 30 až 40 minut.

### *3.3 Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor je rozdělen na první výzkumný soubor A, který tvoří ředitelé domova pro seniory, a druhý výzkumný soubor B, který tvoří pracovníci poskytující aktivizaci v domově pro seniory.

#### **a) Výzkumný soubor A – ředitelé domovů pro seniory**

Zvolen byl totální výběr respondentů, díky kterému bylo osloveno 513 ředitelů domovů pro seniory v České republice. Výzkumný soubor A tvoří 105 ředitelů domovů pro seniory, kteří vyplnili dotazník. Z hlediska pohlaví se jedná o 60 žen a 44 mužů, 1 respondent/ka otázku nezodpověl/a. Z hlediska věku je soubor tvořen 38 řediteli ve věkové kategorii 30 až 47 let, 26 ředitelů je ve věku 48 až 53 let, 27 ředitelů je ve věku 54 až 59 let a 13 ředitelů je ve věkové kategorii 60+.

ředitel otázku ohledně věku nezodpověděl. Výzkumný soubor A je z hlediska identifikačních údajů popsán detailněji v kapitole Výsledky (tab 02).

#### **b) Výzkumný soubor B – pracovníci poskytující aktivizaci v domově pro seniory**

Zvolen byl totální výběr respondentů, pomocí kterého bylo osloveno 513 pracovníků, kteří v domově pro seniory poskytují aktivizaci. Výzkumný soubor B tvoří 122 pracovníků domova pro seniory, kteří se v zařízení věnovali aktivizaci a odeslali zpět dotazník. Výzkumný soubor B je složen z hlediska pohlaví ze 118 žen a 4 mužů. Z hlediska věku tento soubor zahrnuje 45 pracovníků ve věkové kategorii 18 až 35 let, 44 pracovníků ve věkové kategorii 36 až 47 let, 33 pracovníků ve věku 48 až 59 let a 1 pracovník byl starší 60 let. Charakteristika výzkumného souboru B je blíže specifikována v tabulce 08 v kapitole Výsledky.

U obou výzkumných souborů byl, jako metoda sloužící pro výběr respondentů zvolen záměrný (účelový) výběr přes instituce. Pro tento způsob výběru respondentů se „*využívá určitý typ služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá*“ (Miovský, 2006, s. 138). V tomto případě byl zvolen domov pro seniory jako zařízení, které poskytuje pobytové sociální služby, podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

### **3.4 Realizace kvantitativního výzkumu**

Sběr dat probíhal v pěti fázích a byl zahájen v lednu roku 2016 a byl ukončen v květnu 2018. Samotná realizace výzkumného šetření probíhala v 513 domovech pro seniory v ČR, jež byly zapsány v Registru poskytovatelů sociálních služeb u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a měly registrovanou sociální službu domov pro seniory k datu 28. 11. 2015. Do všech domovů pro seniory v ČR byly zaslány v tištěné podobě oba druhy dotazníku (dotazník pro ředitele, dotazník pro pracovníka věnujícího se aktivizaci) a průvodní dopis obsahující instrukce k vyplnění, zjednodušený informovaný souhlas a adresu k zaslání dotazníku. Vzhledem k tomu, že v rámci první fáze sběru dat (leden 2016 až únor 2016) byla návratnost dotazníků nízká (15 %), bylo přistoupeno k telefonickému kontaktování ředitelů domovů pro seniory s prosbou o vyplnění dotazníků (únor 2016). Ukázalo se, že ředitelé jsou velmi pracovně vytíženi a řada z nich neprojevila zájem dotazník vyplnit. Někteří uváděli, že poštou nic neobdrželi, někteří ředitelé se během

telefonického rozhovoru omluvili s tím, že dotazník kvůli pracovnímu vytížení nevyplní, ale zajistí, aby jej za zařízení odeslali alespoň pracovníci věnující se aktivizaci. Na druhé straně je potřebné zmínit, že s některými řediteli byla vynikající spolupráce a zaslali zpět i průvodní dopis s poděkováním, že byl jejich domov pro seniory osloven.

Návratnost dotazníků v prvním kole byla 15% (77 dotazníků) a kvůli tomu bylo přistoupeno (po telefonickém kontaktování zařízení) ke druhé fázi sběru dat v období březen až duben 2016, kdy bylo obesláno prostřednictvím pošty 250 domovů pro seniory. Zpět se vrátilo 61 dotazníků a návratnost činila 24,4 %. Vzhledem k nízkému počtu vrácených dotazníků bylo přistoupeno ke třetí fázi sběru dat v červnu až srpnu 2017, kdy bylo domovům pro seniory odesláno poštou 65 dotazníků a vráceno 24 dotazníků (36,9% návratnost). Čtvrtá fáze sběru dat byla uskutečněna v listopadu 2017 až lednu 2018, kdy bylo osloveno 90 zařízení a zpět přišlo 46 dotazníků, tj. 51% návratnost. Pátá fáze sběru dat byla realizována v období březen až květen 2018, kdy bylo navráceno zpět 19 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků distribuovaných přes internet nelze přesně určit, nicméně činila přes 50 %. Ve čtvrté a páté fázi sběru dat byli respondenti osloveni prostřednictvím tištěných dotazníků, ale zejména byli požádáni o spolupráci pracovníci z terénu. Tito pracovníci distribuovali dotazník e-mailem a v tištěné formě a v jednom vybraném kraji byly dotazníky rozeslány e-mailovou poštou přes APSS ČR. Celková návratnost dotazníků je jedna pětina oslovených respondentů.

### **Počet domovů pro seniory podle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR**

K datu 28. 11. 2015 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR registrováno 513 domovů pro seniory, k datu 4. 7. 2017 již 527 zařízení, k 25. 11. 2017 celkem 529 zařízení, k 8. 12. 2017 a k 31. 3. 2018 bylo registrováno 530 domovů pro seniory.

Od ředitelů domovů pro seniory bylo celkem získáno 105 vyplněných dotazníků, tj. návratnost činila 20,5 %, a od pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory bylo obdrženo 122 dotazníků, tj. návratnost činila 23,8 %. Při tvorbě dotazníku vlastní konstrukce jako výzkumného nástroje byl co se týče obsahu a délky kladen důraz na jeho vzhled a uživatelskou vstřícnost, což přispívá k vyšší návratnosti. Přestože byla velká pozornost věnována distribuci dotazníků (opakované odeslání poštou; telefonické

požádání ředitelů o vyplnění dotazníku; kontakt přes spolupracovníky v terénu, kteří zajistili distribuci dotazníků v zařízení), je návratnost dotazníkového šetření nízká, což je limitem provedeného výzkumného výzkumu. Vzhledem k počtu respondentů, kteří se zapojili do výzkumu, není možné jejich odpovědi zobecnit. V rámci provedeného výzkumu se podařilo dosáhnout návratnosti jedné pětiny dotazníků.

Po sběru dat byla provedena logická a optická kontrola zaslaných dotazníků a na jejím základě nebyly žádné dotazníky vyřazeny. Poté se uskutečnilo vkládání dat do předem připravené elektronické matice ve statistickém programu SPSS, verze 23.0 a proběhlo tabelování a následná interpretace dat. Všechny obdržené dotazníky jsou rozděleny podle kraje, ve kterém se zařízení nachází, a jsou archivovány u autorky disertační práce na ZSF JU pro potřeby dalších srovnávacích výzkumů.

### *3.5 Zpracování a vyhodnocení dat*

Na tomto místě bude popsán způsob zpracování a vyhodnocení kvantitativních dat, která byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření. Před provedením analýzy dat byla pozornost zaměřena nejprve na třídění dotazníků. Do analýzy byly zahrnuty všechny vyplněné dotazníky, minimální hranice vyplnění byla 20 % odpovědí, což bylo splněno u všech obdržených dotazníků. Protože všechny navrácené dotazníky splnily tuto podmínku, nebyl tedy žádný z nich vyřazen. V případě otevřených otázek byly odpovědi kategorizovány, tzn. rozděleny do několika kategorií podle jednotlivých odpovědí respondentů tak, aby spolu tematicky i ideově souvisely a bylo možné je následně využít pro statistické zpracování. Ke statistickému zpracování kvantitativních dat byl využit program MS Excel 2016 a statistický program SPSS, verze 23.0 (Statistical Program for Social Sciences), kde byla data zadána a zpracována. Zkontrolování dat bylo provedeno dvojnásobným vkládáním, během kterého došlo k opravě dat.

Samotná statistická analýza dat byla realizována ve dvou fázích. V první fázi byl proveden přepis dotazníků do předem připravené matice v programu SPSS, verze 23.0. Poté následovalo třídění prvního stupně, při kterém byly uskutečněny výpočty absolutních a relativních četností a dalších parametrů popisné statistiky, tj. modus, medián, průměr. Ve druhé fázi bylo pomocí statistického programu SPSS, verze 23.0 použito několik statistických testů. Následně bylo v rámci další analýzy dat provedeno testování statisticky významných vztahů mezi vybranými ukazateli. Pro testování

závislosti kategoriálních proměnných a ověřování hypotéz v kontingenční tabulce byl zvolen Pearsonův chí-kvadrát test. Proměnné, které nesplňovaly data pro výpočet, byly analyzovány Fisherovým exaktním testem. Použita byla také analýza adjustovaných reziduí, která umožnila určit signifikantní vztahy v kontingenční tabulce. Ve výsledcích je tato analýza zobrazena pomocí znaménkových schémat. Pro testování dvou nezávislých souborů byl zvolen neparametrický Mann-Whitneyův U test (nazývaný také Wilcoxon-Mann-Whitneyův test), tedy test pro dva nezávislé výběry pro shodu mediánů (Řehák a Brom, 2015). Tento test je určen pro porovnání dvou skupin případů a odhad pravděpodobnosti, zda obě skupiny pocházejí ze stejného souboru. Pro jednoduchou analýzu rozptylu byl využit i neparametrický Kruskal-Wallisův test, který je zobecněním neparametrického Mann-Whitneyho U testu pro více než dvě srovnávané skupiny. Důvodem použití testu byly případy, kdy nebylo možné vycházet z předpokladu, že měření jsou normálně rozdělená. U všech provedených statistických testů byla stanovena hladina významnosti 5 % ( $\alpha \leq 0,05$ ), přesto jsou výsledky testování uváděny také s dalšími hladinami významnosti, tj.  $\alpha \leq 0,01$  a  $\alpha \leq 0,001$ . Na základě provedených analýz byla vybraná data zobrazena v podobě tabulek a grafů s popisky.

### *3.6 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru*

Níže budou popsány limity výzkumu, se kterými se autorka disertační práce setkala a které komplikovaly jeho hladký průběh.

#### **a) Limity dotazníkového nástroje**

Analýzu zjištěných dat komplikovaly otevřené otázky, které byly použity u dotazníku určeného pro ředitele i pro pracovníky domova pro seniory. Otevřené otázky bylo zapotřebí velmi pečlivě kategorizovat, což bylo hodně časově náročné. Důvodem použití otevřených otázek bylo nepodsouvat respondentům možné odpovědi na položené otázky a zjistit co nejvíce odpovědí na otázky, které jiní výzkumníci v ČR nepokládali.

Bohužel se jedná o nepopsanou problematiku, která vykazuje velké terminologické nevyjasnění. Limitem dotazníkového instrumentu byla časová náročnost na vyplnění dotazníku, která činila 30 až 40 minut. O zvýšení návratnosti dotazníků bylo usilováno opakovaným oslovováním respondentů, kteří dotazník dosud nevyplnili. Zvažováno bylo také použití dotazníku

prostřednictvím on-line verze například v aplikaci Google Formuláře, což nebylo nakonec možné vzhledem k otevřeným otázkám a rozsahu dotazníku využito.

#### **b) Samotná realizace výzkumu**

Na základě potřeby realizace kvantitativního výzkumu byli prostřednictvím tištěných dotazníků osloveni ředitelé a pracovníci v domovech pro seniory. Oba dotazníky byly společně zaslány vždy v jedné obálce s průvodním dopisem a adresované vždy k rukám ředitele zařízení. Vzhledem k nízké návratnosti dotazníků v prvním kole sběru dat byli ředitelé a pracovníci domovů pro seniory (ve dvou vybraných krajích) kontaktováni telefonicky a ukázaly se následující skutečnosti. Ředitelé uváděli, že jsou velmi časově zaneprázdněni, neměli zájem na výzkumu participovat a často ani nepředali dotazníky pracovníkům, kteří se v zařízení věnují aktivizaci. S některými řediteli byla výborná spolupráce, ale na druhé straně je potřebné zmínit, že dotazníky nebyly vyplněny též některými domovy pro seniory spolupracujícími se ZSF JU v rámci tzv. klinických pracovišť. Mezi limity výzkumu patřila též finanční stránka, neboť výzkum nebyl finančně podpořen z řádného grantu a řešitelka vše hradila ze svých zdrojů. V neposlední řadě je potřebné zmínit délku sběru dat od ledna 2016 až do první poloviny května 2018 jako limit výzkumu z důvodu aktuálnosti dat.

#### **c) Výzkumný soubor**

Metodologickým omezením je nereprezentativnost výzkumného souboru. Jako přínosné se jeví zajištění větší návratnosti dotazníků i více přimět ředitele i pracovníky domova pro seniory k větší zainteresovanosti na výzkumu, motivovat je k větší spolupráci a zájmu o výsledky provedeného výzkumu.

#### **d) Konceptuální omezení**

Konceptuální rizika výzkumu spočívají v samotném pojetí aktivizace. V kontextu tohoto tématu se nabízí otázka, zda a jakým způsobem uživatele v domově pro seniory jako pobytové sociální službě aktivizovat. Tedy do jaké míry nabízet nejrůznější aktivizační činnosti a terapie ze strany pracovníků a do jaké míry akceptovat pasivitu a nezájem seniorů. S limitem výzkumu je rovněž spojeno nejasné vymezení terminologie zkoumané problematiky.

### *3.7 Etické aspekty výzkumu*

„Prakticky v rámci každého výzkumu je třeba řešit určité etické otázky“ (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 43). Autorka disertační práce zaslala Etické komisi ZSF JU „Žádost o vyjádření Etické komise k projektu v rámci disertační práce zahrnující lidské účastníky“. Text žádosti obsahoval název a formu projektu, období realizace výzkumu, jméno a příjmení předkladatelky, místo výzkumu, jméno a příjmení školitelky, finanční podporu. V žádosti byl popsán projekt disertační práce, metody sběru dat, etické aspekty výzkumu, text informovaného souhlasu respondentů a text průvodního dopisu určeného pro ředitele/ředitelky domova pro seniory. Předložená žádost byla Etickou komisí ZSF JU projednána a schválena (Příloha 3).

Povinností autorky disertační práce v roli výzkumníka je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů je na její straně, nikoliv na respondentech tohoto kvantitativního výzkumu, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Jako výzkumník bere v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.

**Nedílnou součástí kvantitativního výzkumu byl zjednodušený informovaný souhlas, který byl součástí dotazníku určeného pro ředitele domova pro seniory a dotazníku určeného pro pracovníky/pracovnice věnující se aktivizaci v domově pro seniory. Respondenti byli v rámci tohoto souhlasu také informováni, že se mohou v případě zájmu seznámit s celkovými výsledky a závěry výzkumu prostřednictvím e-mailové adresy motlova@zsf.jcu.cz. Autorka disertační práce rovněž zachovala princip soukromí a důvěrnosti, tzn. že nebudou zveřejněny výsledky kvantitativního výzkumu, které by umožnily identifikaci respondentů a domovů pro seniory. Během výzkumu nebyly pořizovány žádné fotografie ani videozáznamy. Získaná data z kvantitativní výzkumné studie jsou zpracována a bezpečně uchována v anonymní podobě, budou publikována v disertační práci na ZSF JU, odborných časopisech a monografiích, prezentována na vědeckých konferencích. Vyplněné dotazníky budou archivovány na ZSF JU a v maximální možné míře bude zajištěno, aby získaná data nebyla zneužita.**

## 4. Výsledky

V kapitole Výsledky jsou uvedena pouze stěžejní data související se stanovenými cíli práce a tato kapitola je rozdělena na tři části. První část tvoří výsledky týkající se dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro ředitele domova pro seniory. Druhá část výsledků se vztahuje k dotazníkům vlastní konstrukce, které byly zaslány pracovníkům věnujícím se aktivizaci v domově pro seniory. Ve třetí části jsou uvedeny výsledky, které souvisí se stanovenými dílčími cíle práce a je zde také uvedeno statistické ověřování stanovených hypotéz. Vybrané výsledky výzkumu jsou zobrazeny prostřednictvím tabulek a grafů s popisky.

### *4.1 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce – ředitelé domova pro seniory*

V této podkapitole budou prezentovány vybrané výsledky získané z dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro ředitele domova pro seniory (výzkumný soubor A). Zjištěné výsledky se týkají 105 ředitelů domova pro seniory, kteří dotazník vyplnili.

#### **Věk, pohlaví a vzdělání respondentů**

Z tabulky 02 je patrné, že z hlediska věku bylo 38 (36,2 %) ředitelů ve věkové kategorii 30 až 47 let, 26 (24,8 %) ředitelů ve věku 48 až 53 let, 27 (25,7 %) ředitelů ve věku 54 a 59 let a 13 (12,4 %) ředitelů bylo starších 60 let a více. Jedním respondentem (1 %) nebyla tato otázka zodpovězena. Žádný z dotázaných ředitelů nebyl ve věkové kategorii 18 až 23 let a 24 let až 29 let. Z výsledků je zřejmé, že ředitelé domova pro seniory zastávají vedoucí pozici až od věku 30 let a výše. Podle zkušeností autorky disertační práce patří mezi kritéria pro obsazení pozice ředitele domova pro seniory zpravidla nejen odborné požadavky (znalost odborné problematiky poskytování sociálních služeb, znalost v ekonomické oblasti, znalost pracovně právních vztahů), ale mimo jiné i požadavky na praxi ve vedoucí funkci minimálně 2 roky (nejlépe ve funkci v zařízení sociálních služeb).



**Tabulka 02 Věk respondentů**

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
30-35 let	9	8,6 %
36-41 let	13	12,4 %
42-47 let	16	15,2 %
48-53 let	26	24,8 %
54-59 let	27	25,7 %
60-65 let	11	10,5 %
66 a více let	2	1,9 %
Celkem	104	99,0 %
Neodpovědělo	1	1,0 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

Výzkumný soubor A z hlediska pohlaví byl tvořen 60 ženami (57,1 %) a 44 muži (41,9 %), 1 respondent/ka (1 %) na tuto otázku neodpověděl/a (tab 03). Ukázalo se, že z hlediska pohlaví ve funkci ředitele domova pro seniory převažují o 15 % ženy, což může souviset s tím, že v pomáhající profesi jsou (podle zkušeností autorky disertační práce) zaměstnány především ženy. Lze také usuzovat, že muži preferují spíše manažerské pozice v jiných oblastech než jsou sociální služby například v technických oborech.

**Tabulka 03 Pohlaví respondentů**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
žena	60	57,1%
muž	44	41,9 %
Celkem	104	99,0 %
Neodpovědělo	1	1,0 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

Z výzkumu je patrné, že 13 (12,4 %) ředitelů získalo středoškolské vzdělání s maturitou, 4 (3,8 %) ředitelé měli vyšší odborné vzdělání a 88 (83,8 %) ředitelů dosáhlo

vysokoškolského vzdělání (tab 04). Autorka podle dlouhodobých zkušeností v oblasti péče o seniory konstatuje, že mezi požadavky na pozici ředitele domova patří v současné době minimálně ukončené středoškolské vzdělání či ukončené vysokoškolské vzdělání sociálního, ekonomického nebo právního zaměření.

**Tabulka 04 Vzdělání respondentů**

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské s maturitou	13	12,4 %
Vyšší odborné	4	3,8 %
Vysokoškolské	88	83,8 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

**Délka praxe na pozici ředitele domova pro seniory, délka praxe v oblasti péče o seniory a délka praxe v pomáhající profesi**

Z výzkumu je patrné, že 46 ředitelů (43,8 %) zastává vedoucí pozici v domově pro seniory 1 až 5 let, 30 ředitelů (28,6 %) po dobu 6 až 10 let, 24 ředitelů (22,8 %) 11 až 20 let a 5 (4,8 %) ředitelů pracuje ve vedoucí funkci domova pro seniory 21 let a více (tab 05). Ukazuje se tedy, že 50 (55,3 %) dotázaných ředitelů zastává manažerskou pozici v domově pro seniory 3 až 10 let. Na pozici ředitele domova pro seniory 16 let a déle pracovalo pouze 9 (8,6 %) oslovených respondentů.

**Tabulka 05 Délka praxe na pozici ředitele domova pro seniory**

Délka praxe na pozici ředitele domova pro seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-2 roky	18	17,1 %
3-5 let	28	26,7 %
6-10 let	30	28,6 %
11-15 let	20	19,0 %
16-20 let	4	3,8 %

21-25 let	4	3,8 %
26 a více let	1	1,0 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

V tabulce 06 jsou uvedeny výsledky týkající se délky praxe v oblasti péče o seniory ze strany dotázaných respondentů. Bylo zjištěno, že 21 ředitelů (20 %) má zkušenosti v oblasti péče o seniory 1 až 5 let, 25 ředitelů (23,8) 6 až 10 let, 41 (39 %) ředitelů 11 až 20 let, 18 (7,2 %) ředitelů 21 let a více. Ukázalo se, že 50 % dotázaných ředitelů domova pro seniory má odborné znalosti a dovednosti v oblasti péče o seniory v délce 6 až 15 let a lze usuzovat, že se na vedoucí pozici vypracovali postupnými kroky na základě předchozích zkušeností z přímé práce se seniory.

**Tabulka 06 Délka praxe v oblasti péče o seniory**

Délka praxe v oblasti péče o seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-2 roky	7	6,7 %
3-5 let	14	13,3 %
6-10 let	25	23,8 %
11-15 let	27	25,7 %
16-20 let	14	13,3 %
21-25 let	3	2,9 %
26 a více let	15	12,4 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

Z tabulky 07 vyplývá, že celková délka praxe v pomáhající profesi ze strany ředitelů domova pro seniory je u 13 (9,4 %) ředitelů 1 rok až 5 let, u 22 (21,0 %) ředitelů 6 až 10 let, u 23 (21,9 %) ředitelů 11 let až 15 let, u 14 ředitelů (13,3 %) 16 let až 20 let, u 11 (10,5 %) ředitelů 21 až 25 let a u 16 (15,2 %) ředitelů 25 let a více. Tuto otázku nezodpovědělo 6 (5,7 %) respondentů. Výsledky ukazují, že 43 % oslovených ředitelů domova pro seniory má zkušenosti v pomáhající profesi v délce 6 let až 15 let. Vykonávání vedoucí pozice v domově pro seniory vyžaduje nejen teoretické znalosti,

schopnosti a dovedností, ale rovněž odborné znalosti a zkušenosti v pomáhající profesi, které evidentně ředitelé těchto zařízení získali.

**Tabulka 07 Délka praxe v pomáhající profesi**

Délka praxe v pomáhající profesi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-2 roky	4	3,8 %
3-5 let	9	8,6 %
6-10 let	22	21,0 %
11-15 let	23	21,9 %
16-20 let	14	13,3 %
21-25 let	11	10,5 %
26 a více let	16	15,2 %
Celkem	99	94,3 %
Neodpovědělo	6	5,7 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

### Domovy pro seniory z hlediska kraje

Dotazníky pro ředitele domova pro seniory a pracovníky věnující se aktivizaci byly rozeslány do všech domovů pro seniory nacházející se ve 14 krajích v ČR. Z Prahy se vrátil 1 (1 %), dotazník ze Středočeského kraje 20 (19 %) dotazníků, 12 (11,4 %) dotazníků z Jihočeského kraje, 4 (3,8 %) z Plzeňského kraje, 3 (2,9 %) z Karlovarského kraje, 7 (6,7 %) z kraje Ústeckého, 4 (3,8 %) z Libereckého kraje, 6 (5,7 %) dotazníků z Královéhradeckého kraje, 6 (5,7 %) z Pardubického kraje, 9 (8,6 %) dotazníků z Vysočiny, 10 dotazníků (9,5 %) z Jihomoravského kraje, 6 (5,7 %) dotazníků z Olomouckého kraje, 3 (2,9 %) dotazníky ze Zlínského kraje a 14 (13,3 %) dotazníků z kraje Jihomoravského. Nejméně dotazníků bylo vyplněno řediteli a pracovníky v domovech pro seniory v Praze a nejvíce ve Středočeském kraji. Přestože probíhal sběr dat v několika fázích, přesto ředitelé a pracovníci v Praze neprojevili ochotu o vyplnění zaslaných dotazníků. Důvodem je pravděpodobně zahlcenost zařízení dalšími výzkumy ze strany studentů vysokých či vyšších odborných škol zejména v Praze, ale především velká pracovní vytíženost ředitelů domovů pro seniory, a to nejen v Praze.

Nejvíce dotazníků se podařilo získat ze Středočeského kraj, Jihomoravského kraje a Moravskoslezského kraje.

### **Zřizovatelé domovů pro seniory**

Z hlediska zřizovatele domova pro seniory se jednalo ve 43 (41 %) případech o krajský úřad, ve 42 případech (40 %) o obecní úřad, v 6 (5,7 %) případech o registrovanou církev či náboženskou společnost, ve 3 (2,9 %) případech o jinou nestátní neziskovou organizaci, v 7 (6,7 %) případech byla zřizovatelem právnická osoba, ve 2 (1,9 %) případech fyzická osoba a ve 2 (1,9) případech byla uvedena jiná možnost. Je tedy patrné, že 81 % dotázaných domovů pro seniory je zřizováno v rámci samosprávy krajem nebo obcí a jedná se o příspěvkové organizace a v 19 % mají tato zařízení jiného zřizovatele (církev, nestátní neziskovou organizaci, fyzickou či právnickou osobu či jiná možnost).

#### 4.2 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce – pracovníci

V této podkapitole budou prezentovány vybrané výsledky získané z dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro pracovníky věnující se aktivizaci v domově pro seniory (výzkumný soubor B). Zjištěné výsledky se týkají 122 pracovníků, kteří dotazník vyplnili.

##### Věk respondentů

Z tabulky 08 je zřejmé, že z hlediska věku je nejvíce, a to 26 pracovníků (21,3 %) ve věku 24 až 29 let. Jaká druhá v pořadí je věková kategorie 42 až 47 let, která je zastoupena 19,7 % respondenty. Ve věku 36 až 41 let bylo 20 (16,4 %) respondentů. Ve věkové kategorii 18 let až 41 bylo 64 ( 52, 4 % ) pracovníků a ve věku 42 až 59 let bylo 57 (46,8 % ) pracovníků. Pouze jeden pracovník byl starší 66 let.

**Tabulka 08 Věk respondentů**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-23 let	1	0,8 %
24-29 let	26	21,3 %
30-35 let	17	13,9 %
36-41 let	20	16,4 %
42-47 let	24	19,7 %
48-53 let	19	15, 6%
54-59 let	14	11,5 %
66 a více let	1	0,8 %
Celkem	122	100 %

##### Pohlaví respondentů

V rámci bylo osloveno 118 (96,7 %) žen a 5 (3,3 %) mužů. Je tedy patrné, že aktivizaci v domově pro seniory poskytují převážně ženy (tabulka 09).

**Tabulka 09 Pohlaví respondentů**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
žena	118	96,7 %
muž	4	3,3 %
Celkem	122	100 %

**Vzdělání respondentů**

Z odpovědí respondentů znázorněných v tabulce 10 vyplývá, že 57 (46,7 %) z nich má středoškolské vzdělání s maturitou. Vysokoškolské vzdělání má 43 (35,2 %) pracovníků, vyšší odborné pak 14 (11,5 %) z nich a středoškolské vzdělání bez maturity uvádí 8 (6,6 %) dotázaných pracovníků.

**Tabulka 10 Vzdělání respondentů**

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské bez maturity	8	6,6
Středoškolské s maturitou	57	46,7
Vyšší odborné	14	11,5
Vysokoškolské	43	35,2
Celkem	122	100,0

**Pracovní pozice**

Z tabulky 11 vyplývá, že z hlediska pracovní pozice je výzkumný soubor B zastoupen 53 (43,4 %) pracovníky v sociálních službách, 34 (27,9 %) sociálními pracovníky; 8 (6,6 %) ergoterapeuty; 4 (3,3 %) pedagogy volného času; 2 (1,6 %) všeobecnými sestrami a 1 (0,8 %) fyzioterapeutem. Jinou pracovní pozici uvedlo 20 (16,4 %).

**Tabulka 11 Pracovní pozice**

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sociální pracovníce	34	27,9 %
Pracovník v sociálních službách	53	43,4 %
Všeobecná sestra	2	1,6 %
Fyzioterapeut	1	0,8 %
Ergoterapeut	8	6,6 %
Pedagog volného času	4	3,3 %
Jiná pozice	20	16,4 %
Celkem	122	100 %

**Délka praxe v oblasti péče o seniory**

Nejvíce pracovníků 33 (27 %) uvádí v délku praxe v péči o seniory 6 až 10 let. Délku praxe 1 rok až 10 let má 90 (73,7 %) pracovníků; 11 až 20 let má praxi v péči o seniory 28 (23 %) a u 4 (3,2 %) pracovníků je délka praxe delší více než 21 let (tabulka 12).

**Tabulka 12 Délka praxe v oblasti péče o seniory**

Počet let	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-2 roky	25	20,5 %
3-5 let	32	26,2 %
6-10 let	33	27,0 %
11-15 let	19	15,6 %
6-20 let	9	7,4 %
21-25 let	2	1,6 %
26 a více let	2	0,16 %
Celkem	122	100 %



### Délka praxe v pomáhající profesi

Z tabulky 13 je zřejmé, že nejvíce pracovníků má praxi v pomáhající profesi, a to 36 (29,5 %) v rozmezí 3 až 5 let. Praxi 1 až 10 let uvádí 88 (72,2 %) pracovníků poskytujících aktivizaci. Délku praxe v pomáhající profesi 11 až 20 let uvedlo 25 (20,5 %) a 21 let a více 7 (5,8 %). Dva respondenti otázku nezodpověděli.

**Tabulka 13 Délka praxe v pomáhající profesi**

Počet let	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-2 roky	18	14,8 %
3-5 let	36	29,5 %
6-10 let	34	27,9 %
11-15 let	18	14,8 %
6-20 let	7	5,7 %
21-25 let	3	2,5 %
26 a více let	4	3,3 %
Celkem	120	98,4 %
Neodpovědělo	2	1,6 %
Celkem	122	100 %

### 4.3 Výsledky vztahující se k dílčím cílům práce

#### 4.3.1 Výsledky k dílčímu cíli 1 a 2

**Dílčí cíl 1:** zjistit, jaké druhy a formy aktivizačních činností jsou poskytovány v domovech pro seniory.

**Dílčí cíl 2:** zjistit, jaké druhy a formy terapií jsou poskytovány v domovech pro seniory.

Pro naplnění dílčího cíle 1 a dílčího cíle 2 byly ředitelům domova pro seniory pokládány v dotazníku vlastní konstrukce otázky týkající se aktivizačních činností (č. 22, č. 26-29), otázky týkající se terapií (č. 30, č. 34-37) a otázky týkající se zooterapií (č. 38, č. 44-47). Pracovníkům poskytujících aktivizaci byly pokládány v dotazníku vlastní konstrukce otázky zaměřené na aktivizační činnosti (č. 15-16, č. 8-21), otázky zaměřené na terapie (č. 24-25, č. 27-30), otázky zaměřené na zooterapii (č. 33-35, 37-41).

**Druhy aktivizační činnosti a terapie poskytované v domovech pro seniory z pohledu ředitelů**

**Tabulka 14 Aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory**

Terapie	
Název terapie	Počet odpovědí
<b>Arteterapie</b>	26x
Basální stimulace	6x
Biblioterapie	5x
Canisterapie	8x
<b>Ergoterapie</b>	<b>23x</b>
Keramika	1x
Kognitivní rehabilitace	2x
<b>Muzikoterapie</b>	<b>50x</b>
Pohybová terapie	8x
Psychoterapie	3x
Relaxační terapie	2x
<b>Reminiscence</b>	<b>29x</b>
Smyslová aktivizace	6x
Snomezelen	3x
Tvořivá dílna	1x
Felinoterapie	1x
Fototerapie	2x

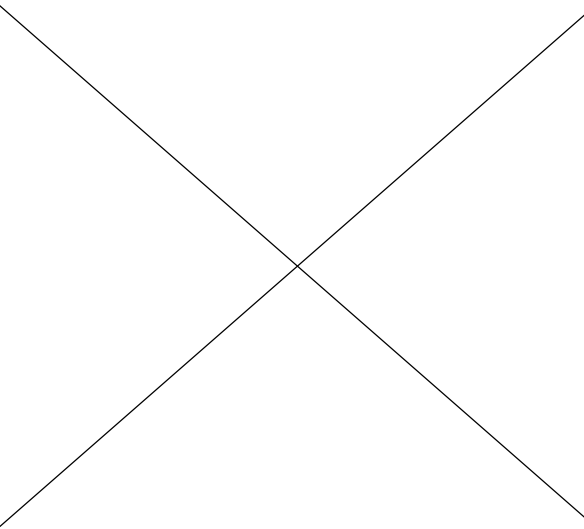
<b>Fyzioterapie</b>	6x
<b>Logopedie</b>	1x
<b>Terapeutické panenky</b>	1x
<b>Validační terapie</b>	1x
<b>Aromaterapie</b>	6x
<b>Terapie s malými zvířaty</b>	1x
<b>Trénování paměti/kognitivních funkcí, brain fitness</b>	3x
<b>Pracovní terapie</b>	1x
<b>Zahradní terapie</b>	2x
<b>Farmingterapie</b>	1x
<b>Jemná a hrubá motorika</b>	1x

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

**Druhy aktivizační činnosti a terapie poskytované v domovech pro seniory z pohledu pracovníků**

**Tabulka 15 Aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory**

Aktivizační činnosti		Terapie	
Název aktivizační činnosti	Počet odpovědí	Název terapie	Počet odpovědí
<b>Basální stimulace</b>	2x	<b>Aromaterapie</b>	5x
<b>Společenské hry</b>	11x	<b>Arteterapie</b>	<b>37x</b>
<b>Sportovní aktivity</b>	14	<b>Basální stimulace</b>	5x
<b>Trénování paměti</b>	<b>54x</b>	<b>Biblioterapie</b>	6x
<b>Mše svatá</b>	4x	<b>Biografie</b>	1x
<b>Čtení</b>	<b>17x</b>	<b>Canisterapie</b>	4x
<b>Dámský klub</b>	3x	<b>Ergoterapie</b>	<b>14x</b>
<b>Diskuse, komunikace, beseda</b>	10x	<b>Fototerapie</b>	1x
<b>Hudební improvizace</b>	6x	<b>Kognitivně behaviorální terapie</b>	3x
<b>Keramická dílna</b>	5x	<b>Logoterapie</b>	2x
<b>Reminiscence</b>	11x	<b>Relaxační terapie</b>	2x
<b>Ruční práce, tvořivá dílna</b>	10x	<b>Muzikoterapie</b>	<b>26x</b>
<b>Smyslová aktivizace</b>	3x	<b>Taneční a pohybová terapie</b>	5x
<b>Vaření a pečení</b>	<b>22x</b>	<b>Snoezelen</b>	1

<b>Pohybové aktivity</b>	<b>72x</b>	<b>Reminiscence</b>	<b>34x</b>
<b>Čtení, čtenářský klub</b>	3x	<b>Ergoterapie</b>	<b>21x</b>
<b>Filmový klub</b>	8x	<b>CD-ROM</b>	1x
<b>Hudební aktivity, hudební klub</b>	26x	<b>Dramaterapie</b>	4x
<b>Ergoterapie</b>	<b>53x</b>	<b>Smyslová terapie</b>	6x
<b>Trénování paměti</b>	<b>3x</b>	<b>Trénování paměti</b>	3x
<b>Výuka na PC</b>	1x	<b>Validace</b>	1x
<b>Snoezelen</b>	2x	<b>Artefietika</b>	1x
<b>Cestománie</b>	2x	<b>Práce na interaktivní tabuli</b>	1x
<b>Kavárna</b>	7x	<b>Psychoterapie</b>	1x
<b>Kreslení</b>	5x	<b>Fyzioterapie</b>	3x
<b>Nácvik běžných denních činností</b>	1x	<b>Práce s afatickým slovníkem</b>	1x
<b>Tanec</b>	1x	<b>Vycházky</b>	1x
<b>Relaxace</b>	3x	<b>Kolektivní monografie</b>	1x
<b>Rukodělné techniky</b>	6x		
<b>Individuální terapie</b>	1x		
<b>Jemná motorika</b>	5x		
<b>PC a TV</b>	5x		
<b>Nácvik dovedností</b>	9x		
<b>Kulturní akce (kino, divadlo)</b>	9x		
<b>Klub pro klienty s demencí</b>	1x		
<b>Společenské akce, přednášky, besedy, povídání</b>	12x		

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

## Formy a četnost aktivizačních činností a terapií z pohledu ředitelů

Z výsledků vyplývá, že v domovech pro seniory jsou nejčastěji aktivizační činnosti a terapie poskytovány kombinovanou formou (individuální a skupinovou formou), jak je zobrazeno v tabulce 16).

**Tabulka 16 Forma poskytování aktivizačních činností a terapií**

Forma poskytování	Aktivizace v domově pro seniory	
	Aktivizační činnosti	Terapie
<b>Individuální</b>	21x	29x
<b>Skupinová</b>	231x	79x
<b>Individuální a skupinová</b>	197x	91x

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

Z výzkumu vyplynulo, že aktivizační činnosti jsou individuální formou poskytovány nejčastěji několikrát týdně a skupinovou formou jedenkrát týdně. Terapie jsou v domovech pro seniory jsou poskytovány individuální formou několikrát týdně a skupinovou formou jednou týdně a několikrát týdně (tabulka 17).

**Tabulka 17 Četnost poskytování individuální a skupinové formy aktivizace**

Jak část o poskytována	Aktivizace v domově pro seniory			
	Aktivizační činnosti		Terapie	
	Individuální forma	Skupinová forma	Individuální forma	Skupinová forma
<b>1x týdně</b>	59x	<b>161x</b>	26x	<b>58x</b>
<b>Několikrát týdně</b>	<b>126x</b>	137x	<b>69x</b>	<b>56x</b>
<b>1x za 14 dnů</b>	10x	61x	9x	25x
<b>1x měsíčně</b>	13x	60x	8x	25x
<b>1x 6 měsíců</b>	0x	2x	0x	0x
<b>1x ročně</b>	0x	5x		3

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

## **Zooterapie v domovech pro seniory z pohledu ředitelů**

Tabulka 18 jsou zobrazeny výsledky zooterapie poskytované v domovech pro seniory, a to z pohledu ředitelů. Z výzkumu je patrné, že nejčastějším druhem zooterapie v domovech pro seniory je v 73,3 % canisterapie. Poté následuje felinoterapie ve 28,6 %; ve 25,7 % se jedná o zooterapii s malými zvířaty (králík, morče, činčila, ostatní hlodavci) a o ornitoterapii ve 20 % dotázaných zařízeních. Lamaterapie je poskytována pouze v jednom zařízení a farmingterapie ve 12 (11,4 %) domovech pro seniory. Insektoterapie neboli využití hmyzu v rámci zooterapie v dotázaných domovech pro seniory v ČR využívána zatím není. Z jiných druhů zooterapie ředitelé uvedli ve třech případech rybičky a v jednom případě hipoterapii.

**Tabulka 18 – Zooterapie v domovech pro seniory**

Zooterapie podle druhu	Zooterapie v domovech pro seniory								Celkem	Celkem %
	Ano		Ne		Odpovědělo		Neodpovědělo			
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost		
<b>Canisterapie</b>	77	<b>73,3 %</b>	27	25,7 %	104	99 %	1	1 %	105	100 %
<b>Felinoterapie</b>	30	28,6 %	<b>75</b>	<b>71,4 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Ornitoterapie</b>	21	20 %	<b>84</b>	<b>80 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	27	25,7 %	<b>78</b>	<b>74,3 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	<b>105</b>	<b>100 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Lamaterapie</b>	1	1 %	<b>104</b>	<b>99 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Farmingterapie</b>	12	11,4 %	<b>93</b>	<b>88,6 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	4	3,8 %	<b>101</b>	<b>96,2 %</b>	105	100 %	0	0 %	105	100 %

Ředitelé domovů pro seniory byli dále dotazováni, zda je zooterapie v jejich zařízení poskytována návštěvní či rezidentní formou. Z tabulky 19 vyplývá, že návštěvní forma je nejvíce využívána v 68,6 % v rámci canisterapie, v 16,2 % v rámci felinoterapie a v 6,7 % u farmingterapie. Návštěvní forma je využívána také při poskytování lamaterapie, kterou zatím využívá pouze jeden domov pro seniory. V praxi se v mnoha ohledech jeví výhodnější poskytovat canisterapii návštěvní formou, mimo jiné i z důvodu zajištění welfare o canisterapeutického psa. Druhým důvodem je, že pes jako smečkové zvíře potřebuje jednoho pána a při rezidentní formě canisterapie toto není možné zajistit. Dále jde i o zajištění pohybu, stravy, výcviku a zodpovědnosti za psa ze strany personálu, což je při rezidentní formě canisterapie mnohdy obtížné realizovat. V případě farmingterapie poskytované návštěvní formou lze uvažovat o dvou variantách. V případě první varianty hospodářská zvířata (slepice, kohout, ovce, koza, aj.) docházejí společně s pracovníky domova pro seniory, což není například u ovce či kozy zcela běžné a mnoha případech ani akceptovatelné z hlediska zařízení. Druhá varianta spočívá v tom, že uživatelé domova pro seniory dojíždějí na farmu s hospodářskými zvířaty a v praxi jedná o jednorázové či opakované aktivity. Ředitelé, kteří zvolili jiný druh zooterapie, odpověděli, že je poskytována návštěvní formou.



**Tabulka 19 – Návštěvní forma zooterapie v domovech pro seniory**

Druh zooterapie	Forma zooterapie v domovech pro seniory									
	Návštěvní forma				Odpovědělo		Neodpovědělo		Celkem	Celkem %
	Ano		Ne		Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost		
Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost			
<b>Canisterapie</b>	<b>72</b>	<b>68,6 %</b>	4	3,8 %	76	72,4 %	29	27,6 %	105	100 %
<b>Felinoterapie</b>	<b>17</b>	<b>16,2 %</b>	12	11,4 %	29	27,6 %	76	72,4 %	105	100 %
<b>Ornitoterapie</b>	6	5,7 %	<b>15</b>	<b>14,3 %</b>	21	20 %	84	80 %	105	100 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	10	9,5 %	<b>16</b>	<b>15,2 %</b>	26	24,8 %	79	75,2 %	105	100 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	<b>0</b>	<b>0 %</b>	105	100 %	0	0	105	100 %
<b>Lamaterapie</b>	1	1 %	<b>104</b>	<b>99 %</b>	1	1 %	104	99 %	105	100 %
<b>Farmingterapie</b>	<b>7</b>	<b>6,7 %</b>	<b>5</b>	<b>4,8 %</b>	12	11,4 %	93	88,6%	105	100 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	<b>3</b>	<b>2,9 %</b>	<b>0</b>	0 %	3	2,9 %	102	97,1 %	105	100 %

Oproti tomu rezidentní forma zooterapie je nejvíce poskytována v dotázaných domovech pro seniory v 21,9 % při zooterapii s malými zvířaty; v 19 % u ornitoterapie, v 15,2 % u felinoterapie a 9,5 % v rámci farmingoterapie, jak zobrazuje tabulka 20. Ornitoterapii domovy pro seniory realizují zpravidla prostřednictvím voliér určených pro andulky, korely či papoušky. V praxi se ale v některých domovech pro seniory ornitoterapie provádí návštěvní formou např. za pomoci papouška Ara ararauna. Malá zvířata jako je želva, zakrslý králík, morče, činčila či ostatní hlodavci jsou pro rezidentní formu zooterapie vhodnější než jako je tomu u psa. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že canisterapie je poskytována v domovech pro seniory nejvíce návštěvní formou, felinoterapie návštěvní i rezidentní formou, ornitoterapie a zooterapie s malými zvířaty rezidentní formou, lamaterapie formou návštěvní, farmingoterapie formou návštěvní i rezidentní. Insektoterapie není doposud v českých domovech pro seniory realizovaná. Rezidentní i návštěvní formou je poskytována také zooterapie, při které jsou využívány rybičky a hipoterapie (viz jiná možnost).

**Tabulka 20 Rezidentní forma zooterapie v domovech pro seniory**

Druh zooterapie	Forma zooterapie v domovech pro seniory									
	Rezidentní forma				Odpovědělo		Neodpovědělo		Celkem	Celkem %
	Ano		Ne		Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost		
Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost			
<b>Canisterapie</b>	8	7,6 %	<b>67</b>	<b>63,8 %</b>	75	71,4 %	30	28,6 %	105	100 %
<b>Felinoterapie</b>	<b>16</b>	<b>15,2 %</b>	13	12,4 %	29	27,6 %	76	72,4 %	105	100 %
<b>Ornitoterapie</b>	<b>20</b>	<b>19 %</b>	1	1 %	21	20 %	84	80 %	105	100 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	<b>23</b>	<b>21,9 %</b>	3	2,9 %	26	24,8 %	79	75,2 %	105	100 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Lamaterapie</b>	0	0 %	<b>1</b>	<b>1 %</b>	1	1 %	104	99 %	105	100 %
<b>Farmingterapie</b>	10	9,5 %	<b>2</b>	<b>1,9 %</b>	12	11,4 %	93	88,6 %	105	100 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	1	1 %	<b>2</b>	<b>1,9 %</b>	3	2,9 %	102	97,1 %	105	100 %

Tabulka 21 prezentuje výsledky týkající se forem zooterapie. Ukázalo se, že zooterapie je v domovech pro seniory v 85,7 % případech realizována individuální a skupinovou formou, v 40,1 % formou individuální a ve 13,6 % formou skupinovou. Individuální formou je více než skupinovou formou poskytována canisterapie, felinoterapie, ornitoterapie, zooterapie s malými zvířaty a farmingterapie. Oproti tomu je lamaterapie poskytována formou skupinovou. Ředitelé, kteří zvolili jiný druh zooterapie, uváděli, že při vyžití rybiček v kontextu zooterapie se jedná o individuální práci a při hipoterapii o skupinovou formu.

**Tabulka 21 Formy zooterapie v domovech pro seniory**

Druh zooterapie	Forma poskytování zooterapie											
	Individuální forma		Skupinová forma		Individuální a skupinová forma		Odpovědělo		Neodpovědělo		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnosti
<b>Canisterapie</b>	<b>15</b>	<b>14,3 %</b>	7	6,7 %	50	47,6 %	72	68,6 %	33	31,4 %	105	100 %
<b>Felinoterapie</b>	<b>8</b>	<b>7,6 %</b>	1	1 %	13	12,4 %	22	21 %	83	79 %	105	100 %
<b>Ornitoterapie</b>	<b>7</b>	<b>6,7 %</b>	2	1,9 %	8	7,6 %	17	16,2 %	88	83,8 %	105	100 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	<b>8</b>	<b>7,6 %</b>	1	1 %	10	9,5 %	19	18,1 %	86	81,9 %	105	100 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %	105	100 %
<b>Lamaterapie</b>	0	0 %	<b>1</b>	<b>1 %</b>	0	0 %	1	1 %	104	99 %	105	100 %
<b>Farmingtherapie</b>	3	<b>2,9 %</b>	1	1 %	8	7,6 %	12	11,4 %	93	88,6 %	105	100 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	<b>1</b>	<b>1 %</b>	<b>1</b>	<b>1 %</b>	1	1 %	3	2,9 %	102	97,1 %	105	100 %
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>40,1 %</b>	<b>14</b>	<b>13,6 %</b>	<b>90</b>	<b>85,7 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

Z výsledků vyplynulo (tabulka 22), že canisterapie je v dotázaných domovech pro seniory poskytována individuální formou v 18,1 % jednou týdně, v 18,1 % jednou za čtrnáct dnů či v 17,1 % jednou měsíčně. Individuální forma felinoterapie je poskytována v 5,7 % několikrát týdně, stejně tak ornitoterapie v 6,7 %, zooterapie s malými zvířaty v 7,6 % a farmingoterapie v 4,7 %. Rybičky jsou v rámci individuální formy zooterapie využívány několikrát týdně a hipoterapie jednou za půl roku. Výsledky ukazují, že lamaterapie v domovech pro seniory není poskytována formou individuální, ale jen formou skupinovou. Insektoterapie není v domově pro seniory zatím využívána. Bylo zjištěno, že zooterapie je v domovech pro seniory poskytována ve 32,4 % poskytována několikrát týdně; ve 25,8 % jednou za čtrnáct dnů; ve 25 % jednou týdně; ve 21,9 % jednou měsíčně; v 7,8 % jednou za půl roku a ve 2,9 % jednou ročně.

**Tabulka 22 Průběh individuální formy zooterapie z hlediska četnosti**

Zooterapie podle druhu	1x týdně		Několikrát týdně		1x za 14 dnů		1x měsíčně		1x 6 měsíců		1x ročně		Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Canisterapie</b>	19	18,1 %	6	6,7 %	19	18,1 %	18	17,1 %	3	2,9 %	0	0 %	65	61,9 %	40	38,1 %
<b>Felinoterapie</b>	3	2,9 %	6	5,7 %	4	3,8 %	2	1,9 %	3	2,9 %	0	0 %	18	17,1 %	87	82,9 %
<b>Ornitoterapie</b>	3	2,0 %	7	6,7 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	12	11,4 %	93	88,6 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	1	1 %	8	7,6 %	3	2,9 %	2	1,9 %	1	1 %	1	1 %	16	14,3 %	89	85,7 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %
<b>Lamaterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %
<b>Farmingterapie</b>	1	1 %	5	4,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	1,9 %	8	7,6 %	97	92,4 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	0	0 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	2	1,9 %	103	98,1 %
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>25 %</b>	<b>33</b>	<b>32,4 %</b>	<b>27</b>	<b>25,8 %</b>	<b>23</b>	<b>21,9 %</b>	<b>8</b>	<b>7,8 %</b>	<b>3</b>	<b>2,9 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**Poznámka:** U všech druhů zooterapie je celkový počet respondentů n=105 (100 %).

Tabulka 23 prezentuje výsledky týkající se průběhu skupinové formy zooterapie v domově pro seniory. Je zřejmé, že skupinová forma zooterapie probíhá nejčastěji v 22 % jednou týdně; v 17,2 % jednou za čtrnáct dnů či v 17,2 % jednou měsíčně; v 10,6 % několikrát týdně; v 8,8 % jednou ročně a v 7,7 % jednou za půl roku. Z výsledků vyplývá, že skupinová canisterapie je nejčastěji poskytována jednou měsíčně (15,3 %) či jednou za čtrnáct dnů (14,3 %), skupinová felinoterapie několikrát týdně (4,8 %) a jednou týdně (3,8 %), ornitoterapie jednou týdně (2,9 %), skupinová zooterapie s malými zvířaty jednou týdně (1,9 %) a několikrát týdně (1,9 %), skupinová lamaterapie je prováděna jednou ročně (1 %) pouze u uživatelů jednoho domova pro seniory, hipoterapie a rybičky jsou využívány skupinovou formou jednou za šest měsíců.



**Tabulka 23 Průběh skupinové formy zooterapie z hlediska četnosti**

Zooterapie podle druhu	Průběh skupinové formy zooterapie z hlediska četnosti															
	1x týdně		Několikrát týdně		1x za 14 dnů		1x měsíčně		1x 6 měsíců		1 x ročně		Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Canisterapie</b>	13	12,4 %	3	2,9 %	15	14,3 %	16	<b>15,3 %</b>	3	2,9 %	3	2,9 %	53	50,7 %	52	49,3 %
<b>Felinoterapie</b>	4	3,8 %	<b>5</b>	<b>4,8 %</b>	2	1,9 %	2	1,9 %	2	1,9 %	0	0 %	15	14,3 %	90	85,7 %
<b>Ornitoterapie</b>	<b>3</b>	<b>2,9 %</b>	0	0 %	0	0 %	0	%	0	0 %	1	1 %	4	3,8 %	101	96,2 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	<b>2</b>	<b>1,9 %</b>	<b>2</b>	<b>1,9 %</b>	0	0 %	0	0 %	1	1 %	2	2 %	7	6,7 %	98	93,3 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %
<b>Lamaterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	<b>1</b>	<b>1 %</b>	1	1 %	104	99 %
<b>Farmingterapie</b>	<b>1</b>	<b>1 %</b>	1	<b>1 %</b>	<b>1</b>	1 %	0	0 %	0	0 %	2	1,9 %	5	4,9 %	100	95,1 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	<b>2</b>	<b>1,9 %</b>	0	0 %	2	1,9 %	103	98,1 %
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>22 %</b>	<b>11</b>	<b>10,6 %</b>	<b>18</b>	<b>17,2 %</b>	<b>18</b>	<b>17,2 %</b>	<b>8</b>	<b>7,7 %</b>	<b>9</b>	<b>8,8 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**Poznámka:** u všech druhů zooterapie je celkový počet respondentů 105 (100 %).

V tabulce 24 jsou zobrazeny výsledky zaměřené na počet účastníků ve skupinové formě zooterapie. Z výzkumu vyplynulo, že v 47,6 % má skupinová forma zooterapie 10 až 19 účastníků; v 21,1 % 2 až 9 účastníků; v 17,3 % 20 až 29 účastníků; v 4,9 % 40 účastníků a více, v 4,7 % 30 až 39 účastníků. Ukazuje se tedy, že při poskytování skupinové formy zooterapie je velikost skupiny od 2 do 19 účastníků v 68,7 % dotázaných zařízeních. Pro přímou práci se seniory se jeví malá skupina (do 20 osob) jako optimální jednak z důvodu náročnosti vedení skupiny ze strany pracovníků, jednak z důvodu nepřetěžování zvířete jako koterapeuta. Skupinová canisterapie v domově pro seniory má ve 30,5 % 10 až 19 účastníků, skupinová felinoterapie v 6,7 % 10 až 19 účastníků a v 5,7 % 2 až 9 účastníků; skupinová ornitoterapie má v 3,7 % 10 až 19 účastníků. U skupinové formy zooterapie se neukázaly významnější rozdíly z hlediska počtu účastníků ve skupině, tzn. v 1,9 % má tato skupina 2 až 9 účastníků; v 1,9 % 10 až 19 účastníků; a v 1,9 % 40 účastníků a více. Skupinová lamaterapie poskytovaná v jednom zařízení má 20 až 29 účastníků (1 %) a skupinová farmingterapie 10 až 19 účastníků (4,8 %). Jiný druh zooterapie (hipoterapie, rybičky) má ve skupinové formě u hipoterapie 20 až 29 účastníků (1 %) a u zooterapie s rybičkami 40 účastníků a více (1 %). Insektoterapie není poskytována v domovech pro seniory ani individuální, ani skupinovou formou.

**Tabulka 24 Počet účastníků skupinové formy zooterapie**

Zooterapie podle druhu	Počet účastníků skupinové formy zooterapie													
	2-9 účastníků		10-19 účastníků		20-29 účastníků		30-39 účastníků		40 a více účastníků		Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Canisterapie	11	10,6 %	32	30,5 %	11	10,4 %	4	3,7 %	1	1 %	59	56,2 %	46	43,8 %
Felinoterapie	6	5,7 %	7	6,7 %	3	2,9 %	0	0 %	0	0 %	16	15,2 %	89	84,8 %
Ornitoterapie	1	1 %	4	3,7 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	6	5,7 %	99	94,3 %
Zooterapie s malými zvířaty	2	1,9 %	2	1,9 %	1	1 %	1	1 %	2	1,9 %	8	7,7 %	97	92,3 %
Insektoterapie	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %
Lamaterapie	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	104	99 %
Farmingterapie	2	1,9 %	5	4,8 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	8	7,6 %	97	92,4 %
Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)	0	0 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %	2	2 %	103	98 %
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>21,1 %</b>	<b>50</b>	<b>47,6 %</b>	<b>18</b>	<b>17,3 %</b>	<b>5</b>	<b>4,7 %</b>	<b>5</b>	<b>4,9 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**Poznámka:** U všech druhů zooterapie je celkový počet respondentů n=105 (100 %).

## Výsledky k dílčímu cíli 1 a 2

### Počet poskytovaných aktivizačních činností, terapií a zooterapií v domově pro seniory a délka praxe v oblasti péče o seniory a délka praxe v pomáhající profesi

Pomocí Spearmanova  $R_{\rho}$  bylo u pracovníků poskytujících aktivizaci zjišťováno, zda existuje závislost počtu aktivizačních činností, terapií a zooterapií poskytovaných v domově pro seniory na délce praxe v oblasti péče o seniory a délce praxe v pomáhající profesi. Z výzkumu vyplynulo, že nebyla prokázána závislost počtu aktivizačních činností ( $p = 0,792$ ), počtu terapií ( $p = 0,690$ ) a počtu zooterapií ( $0,913$ ) poskytovaných v domově pro seniory na délce praxe v péči o seniory, kterou mají pracovníci zabývající se aktivizací (tab 25).

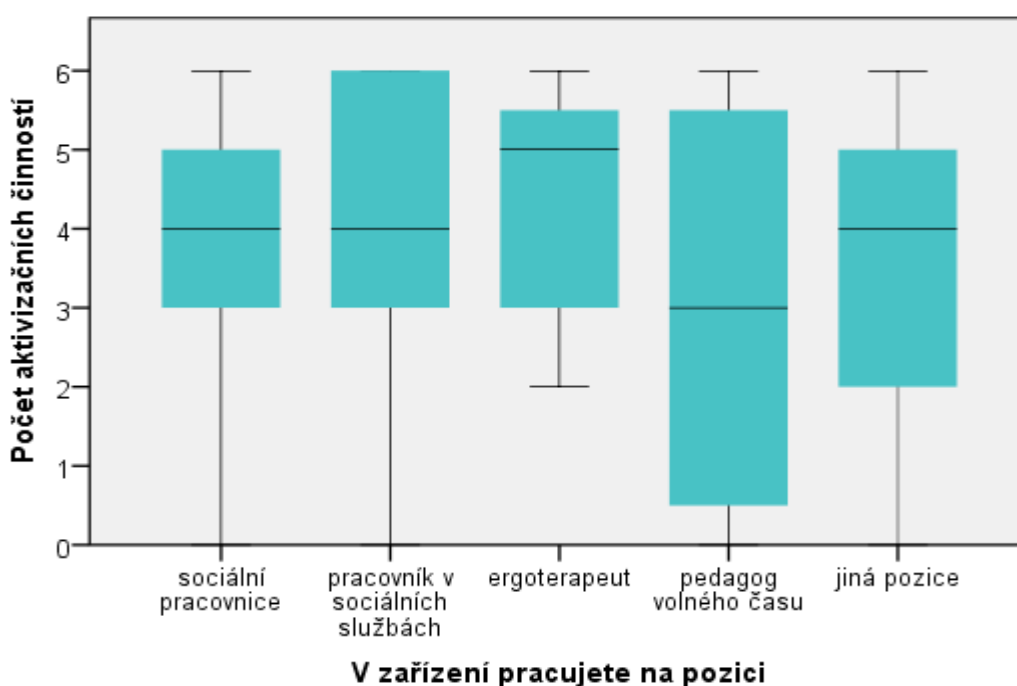
Stejně tak nebyla potvrzena závislost počtu aktivizačních činností, počtu terapií a počtu zooterapií na délce praxe v pomáhající profesi u pracovníků, kteří se věnují aktivizaci (tab. 25).

Tabulka 25 – Závislost počtu aktivizačních činností, terapií a zooterapií poskytovaných v domově pro seniory na délce praxe v oblasti péče o seniory a délce praxe v pomáhající profesi

Spearmanovo $\rho$		Počet aktivizačních činností	Počet terapií	Počet zooterapií
Délka praxe v oblasti péče o seniory	Korelační koeficient	0,024	-0,037	-0,010
	Dosažená hladina významnosti	<b>0,792</b>	<b>0,690</b>	<b>0,913</b>
	Počet pozorování	122	122	122
Délka praxe v pomáhající profesi	Korelační koeficient	-0,004	-0,088	0,030
	Dosažená hladina významnosti	<b>0,965</b>	<b>0,340</b>	<b>0,748</b>
	Počet pozorování	120	120	120

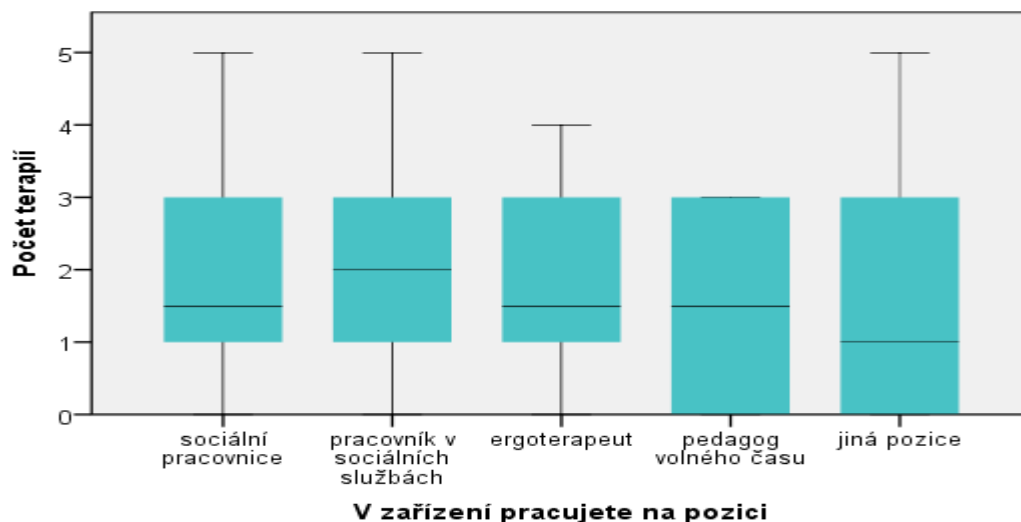
### Počet aktivizačních činností, počet terapií a počet zooterapií v domově pro seniory a pracovní pozice

Pomocí neparametrického Kruskal–Wallisova testu byla zjišťována závislost počtu aktivizačních činností v domově pro seniory na vykonávané pracovní pozici (sociální pracovníce, pracovník v sociálních službách, ergoterapeut, pedagog volného času, jiná pracovní pozice), jak zobrazuje obrázek 3. **Nebyla prokázána závislost počtu aktivizačních činností v domově pro seniory na vykonávané pracovní pozici**, nebo hladina významnosti byla  $p = 0,689$ .



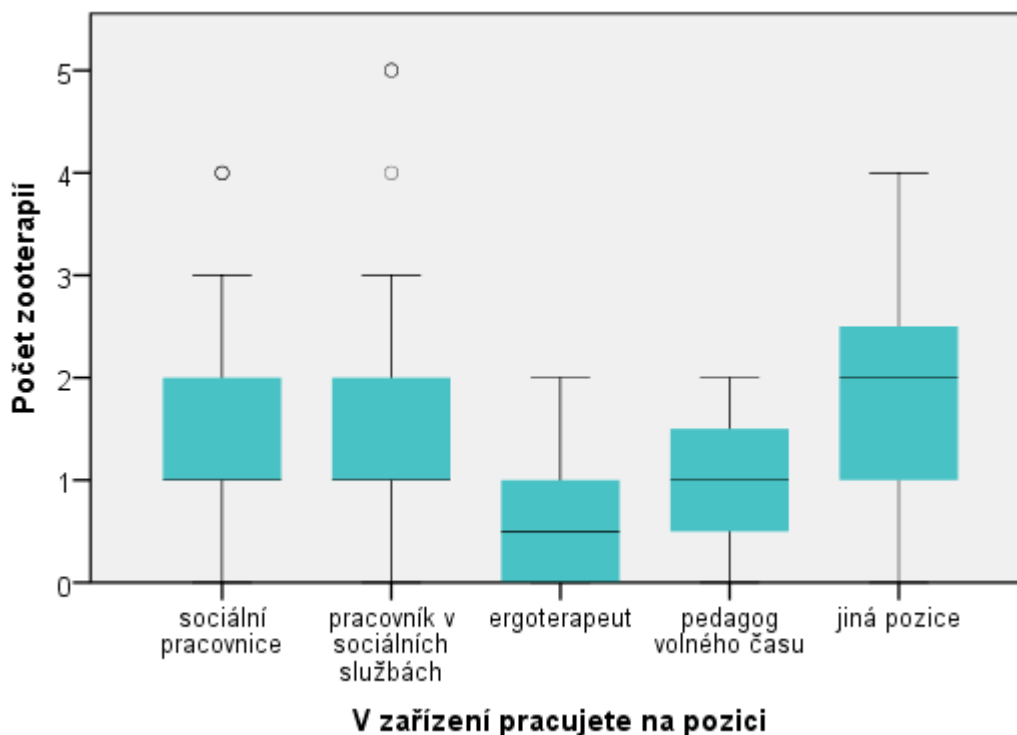
Obrázek 3 – Počet aktivizačních činností a pracovní pozice v domově pro seniory

Na základě Kruskal–Wallisova testu **nebyla prokázána závislost počtu terapií poskytovaných v domově pro seniory na zastávanou pracovní pozici** (sociální pracovníce, pracovník v sociálních službách, ergoterapeut, pedagog volného času, jiná pracovní pozice), neboť hladina významnosti byla  $p = 0,976$  (obrázek 4).



Obrázek 4 – Počet terapií a pracovní pozice v domově pro seniory

Prostřednictvím Kruskal–Wallisova testu **nebyla prokázána závislost počtu zooterapií poskytovaných v domově pro seniory na zastávanou pracovní pozici** (sociální pracovníce, pracovník v sociálních službách, ergoterapeut, pedagog volného času, jiná pracovní pozice) z důvodu dosažení hladiny významnosti  $p = 0,182$  (obrázek 5).



Obrázek 5 – Počet zooterapií a pracovní pozice v domově pro seniory

**Počet poskytovaných aktivizačních činností, terapií a zooterapií v domově pro seniory a délka praxe na pozici ředitele, délka praxe v oblasti péče o seniory a délka praxe v pomáhající profesi**

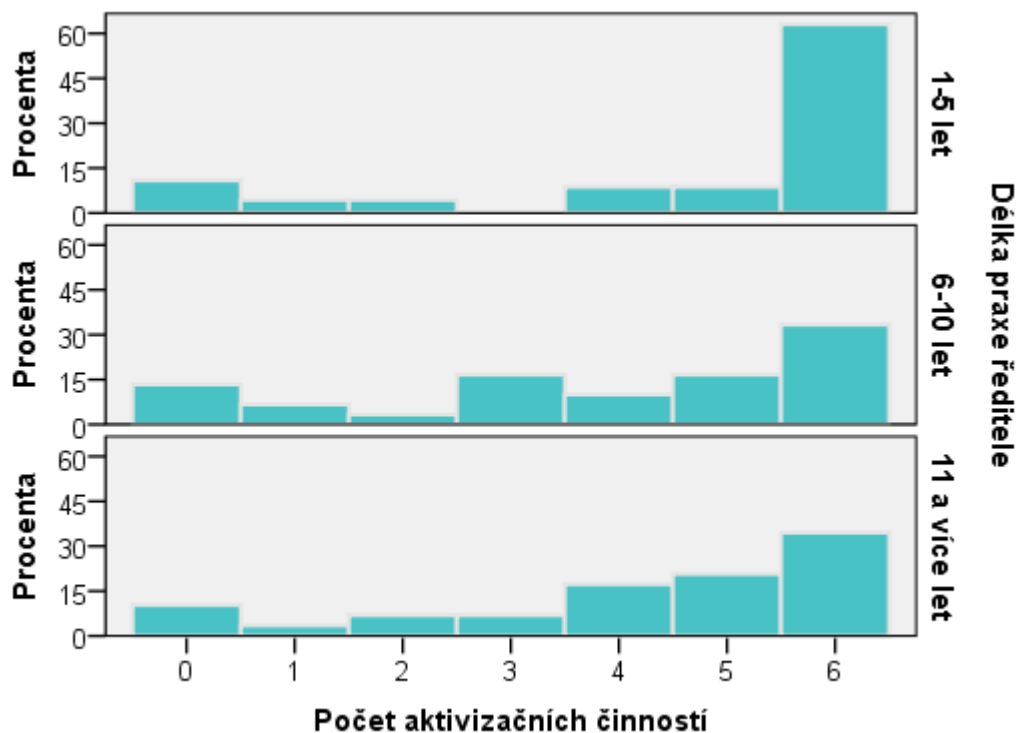
Zjišťována byla korelace mezi počtem poskytovaných aktivizačních činností, terapií a zooterapií v domově pro seniory a délkou praxe na pozici ředitele, délkou praxe v oblasti péče o seniory a délkou praxe v pomáhající profesi (tab. 26). **Prokázána byla statisticky významná souvislost mezi délkou praxe na pozici ředitele v domově pro seniory a počtem aktivizačních činností poskytovaných v zařízení ( $p = 0,039$ ). Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi počtem aktivizačních činností, počtem terapií a počtem zooterapií poskytovaných v domově pro seniory a délkou praxe v oblasti péče o seniory a v oblasti pomáhající profese.**

**Tabulka 26 – Korelace poskytovaných aktivizačních činností, terapií a zooterapií vs. délka praxe na pozici ředitele, délka praxe v oblasti péče o seniory a délka praxe v pomáhající profesi**

Spearmanovo $\rho$		Počet aktivizačních činností	Počet terapií	Počet zooterapií
Délka praxe na pozici ředitele	Korelační koeficient	-0,202	-0,067	-0,076
	Dosažená hladina významnosti	<b>0,039</b>	<b>0,495</b>	<b>0,444</b>
	Počet pozorování	105	105	105
Délka praxe v oblasti péče o seniory	Korelační koeficient	-0,011	0,032	0,091
	Dosažená hladina významnosti	<b>0,910</b>	<b>0,749</b>	<b>0,360</b>
	Počet pozorování	103	103	103
Délka praxe v pomáhající profesi	Korelační koeficient	-0,078	0,091	0,070
	Dosažená hladina významnosti	<b>0,444</b>	<b>0,371</b>	<b>0,490</b>
	Počet pozorování	99	99	99

Z výsledků je patrné, že 63 % ředitelů, kteří zastávají pozici ředitele DpS od jednoho roku do pěti let, uvádělo, že v domově pro seniory je poskytováno šest aktivizačních činností.

Odpověď, že v domově pro seniory je realizováno šest aktivizačních činností, zmínila pouze jedna třetina ředitelů pracujících ve vedoucí pozici v zařízení 6 let a více. **Platí, že čím déle ředitelé zastávají vedoucí pozici v domově pro seniory tím častěji uvádějí nižší počet aktivizačních činností poskytovaných v domově pro seniory** (obrázek 6).



**Obrázek 6 – Vztah délky praxe na pozici ředitele vs. počet aktivizačních činností v domově pro seniory**

**Počet poskytovaných aktivizačních činností, terapií a zooterapií v domově pro seniory a počet let registrace domova pro seniory**

V rámci výzkumu nebyla prokázána závislost počtu poskytovaných aktivizačních činností ( $p = 0,609$ ), počtu terapií ( $p = 0,972$ ), počtu zooterapií ( $p = 0,294$ ) poskytovaných v domově pro seniory na počtu let týkajících se registrace domova pro seniory.



## **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 1 a 2**

Z výsledků vyplynula nejednotnost při rozlišování aktivizačních činností a terapií jak ze strany ředitelů, tak ze strany pracovníků poskytujících aktivizaci. Bylo zjištěno, že aktivizační činnosti a terapie jsou nejčastěji poskytovány kombinovanou formou, tj. individuální a skupinovou. Individuální forma je u aktivizačních činností a terapií nabízena nejčastěji několikrát týdně. Skupinová forma u aktivizační činností je realizována jedenkrát týdně a u terapií se jedná o frekvenci jednou či několikrát týdně. Nejvíce využívaným druhem zooterapie v domově pro seniory je canisterapie, která je nejčastěji poskytována návštěvní formou. Rezidentní forma zooterapie je poskytována nejčastěji u zooterapie s malými zvířaty a u ornitoterapie. **Prokázána byla statisticky významná souvislost mezi délkou praxe na pozici ředitele v domově pro seniory a počtem aktivizačních činností poskytovaných v zařízení ( $p = 0,039$ ).**

### 4.3.2 Výsledky k dílčímu cíli 3

**Dílčí cíl 3:** zjistit, jaká terminologie se v domovech pro seniory používá v souvislosti s poskytováním aktivizace.

Výsledky vztahující se k dílčímu cíli 3 byly součástí dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen pro ředitele domova pro seniory (otázka č. 19) a pracovníky poskytující aktivizaci (otázka č. 11).

#### **Terminologie používaná v oblasti aktivizace z pohledu ředitelů**

Výzkum byl zaměřen také na zjištění používané terminologie, která je používána v oblasti aktivizací uživatelů v domově pro seniory. Z tabulky 27 je evidentní, že v domovech pro seniory se používá v 83,8 % pojem aktivizační činnosti, v 73,3 % volnočasové aktivity a v 51,5 % aktivizace. Pojem animace není používán v 99 %, označení sociálně aktivizační služby není používáno v 94,3 % případech a nefarmakologické přístupy v 98,1 %.

**Tabulka 27 – Terminologie v oblasti v oblasti aktivizace z pohledu ředitelů**

Používaná terminologie...	Ano		Ne		Celkem	Celkem %
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost		
<b>Aktivizační činnosti</b>	<b>88</b>	<b>83,8 %</b>	17	16,2 %	105	100 %
<b>Sociálně terapeutické činnosti</b>	26	24,8 %	<b>79</b>	<b>75,2 %</b>	105	100 %
<b>Aktivizace</b>	<b>54</b>	<b>51,4 %</b>	50	47,6 %	105	100 %
<b>Programování aktivit</b>	10	9,5 %	<b>95</b>	<b>90,5 %</b>	105	100 %
<b>Aktivizační programy</b>	28	26,7 %	<b>77</b>	<b>73,3 %</b>	105	100 %
<b>Sociálně aktivizační služby</b>	6	5,7 %	<b>99</b>	<b>94,3 %</b>	105	100 %
<b>Animace</b>	1	1 %	<b>104</b>	<b>99 %</b>	105	100 %
<b>Volnočasové aktivity</b>	<b>77</b>	<b>73,3 %</b>	28	26,7 %	105	100 %

Nefarmakologické přístupy	2	1,9 %	103	98,1 %	105	100 %
Jiná možnost	2	1,9 %	103	98,1 %	105	100 %

### Terminologie používaná v oblasti aktivizace z pohledu pracovníků

V tabulce 28 jsou zobrazeny výsledky týkající se používané terminologie týkající se aktivizace z pohledu pracovníků, kteří aktivizaci v domově pro seniory poskytují. Tito pracovníci nejčastěji požívají terminologii aktivizační činnosti v 83,6 %; v 70,5 % pojem volnočasové aktivity a v 59 % pojem aktivizace. Ukázalo se, že programování aktivit není používáno v 89,3 %, nefarmakologické přístupy v 99,2 % a v 95 % animace, sociálně terapeutické činnosti v 74,6 %. Jiná možnost zvolili pouze dva respondenti.

**Tabulka 28 – Terminologie v oblasti v oblasti aktivizace z pohledu pracovníků**

Používaná terminologie...	Ano		Ne		Celkem	Celkem %
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost		
Aktivizační činnosti	102	83,6 %	20	16,4 %	122	100 %
Sociálně terapeutické činnosti	32	25,4 %	91	74,6 %	122	100 %
Aktivizace	72	59 %	50	41 %	122	100 %
Programování aktivit	13	10,7 %	109	89,3 %	122	100 %
Aktivizační programy	30	24,6 %	92	75,4 %	122	100 %
Sociálně aktivizační služby	11	9 %	111	91 %	122	100 %
Animace	6	4,9 %	116	95,1 %	122	100 %
Volnočasové aktivity	86	70,5 %	36	29,5 %	122	100 %
Nefarmakologické přístupy	1	0,8 %	121	99,2 %	122	100 %
Jiná možnost	6	4,9 %	116	95,1 %	122	100 %

### Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 3

Z odpovědí ředitelů domovů pro seniory a pracovníků poskytujících aktivizaci jednoznačně vyplynulo, že nejčastěji používají terminologii za prvé aktivizační činnosti,

zda druhé volnočasové aktivity a za třetí aktivizace. Bylo zjištěno, že jiná terminologie jako je animace, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické činnosti, nefarmakologické přístupy, programování aktivit. Užitečný krokem by bylo dále zjistit, proč jiné označení není v praxi v domovech pro seniory používáno, přestože se s řadou těchto pojmů setkáváme v odborné literatuře.

#### 4.3.3 Výsledky k dílčímu cíli 4

V této podkapitole jsou presentovány výsledky týkající se poskytování konceptu či modelu péče, které byly zjištěny od ředitelů domova pro seniory a od pracovníků poskytujících aktivizaci.

**Dílčí cíl 4:** zjistit, zda se v domovech pro seniory používá při poskytování aktivizace nějaký koncept či model péče.

#### **Používání konceptu či modelu péče v domově pro seniory z pohledu ředitelů**

Ředitelům byla pokládána otázka: „*Používáte v zařízení při poskytování péče nějaké koncept či model?*“ Z výsledků vyplývá (tab 29), že v 65 (61,9 %) domovech pro seniory není využíván žádný koncept či model péče a ve 37 (35,2 %) zařízeních je nějaký koncept či model používán. Otázka nebyla zodpovězena 3 řediteli.

**Tabulka 29 – Používání konceptu či modelu péče (ředitelé)**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	37	35,2 %
ne	65	61,9 %
Celkem	102	97,1 %
Neodpovědělo	3	2,9 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

Ředitelé, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, uváděli, že jsou v jejich zařízení využívány následující koncepty či modely péče: bazální stimulace (24x), snoezelen (1x), canisterapie (1x), muzikoterapie (1x), psychobiografický model péče (9x), alternativní komunikace (1x), reminiscence (6x), smyslová aktivizace (6x), kinestetika (1x), dotazníky a standardy kvality a etický kodex zdravotního personálu (1x), metodické pokyny a metodika (1x), přístup orientovaný na klienta (1x), trénování paměti (1x), validace podle Naomi Feil (2x) a vlastní koncept či model (1). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že je v domovech pro seniory nejvíce využívána bazální stimulace, psychobiografický model péče, reminiscence a smyslová aktivizace. Z odpovědí je

patrné, že dotázaní ředitelé nemají znalosti týkající se konceptů či modelů péče, neboť mezi ně zařazovali např. etický kodex, standardy kvality či metodický pokyn.

### **Zřizovatel domova pro seniory ve vztahu k používanému konceptu či modelu péče**

Výzkumem bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významná souvislost mezi druhem zřizovatele domova pro seniory (samospráva – kraj, obec, jiná možnost) a používáním konceptu či modelu péče o seniory. Na dosažené hladině významnosti  $p = 0,04$  **byla prokázána statisticky významná závislost mezi zřizovatelem a tím, zda daný DpS používá při poskytování péče nějaký koncept či model (tab 30). Platí, že DpS zřizované samosprávou (kraj, obec) používají statisticky významně více koncept či model péče ve srovnání s těmi DpS, které mají jiného zřizovatele (církve, nestátní neziskové organizace, jiné právnické či fyzické osoby).** Jedním z důvodů může být, že kraje zodpovídají za dostupnost a plán rozvoje sociálních služeb a je tedy jejich prioritou, aby jimi zřizované a financované DpS poskytovaly kvalitní sociální služby. Stejně tak je pro obce (do 3 000 obyvatel), města (nad 3 000 obyvatel) a statutární města (nad 50 000 obyvatel) důležitá kvalita péče jimi zřizovaných DpS. Na tomto místě je potřebné rovněž zmínit, že tyto výsledky nelze zobecnit na všechny DpS v České republice, a to kvůli nižší návratnosti dotazníkového šetření.

**Tabulka 30 – Vztah zřizovatele domova pro seniory a používání konceptu či modelu péče**

Zřizovatel domova pro seniory	Používání konceptu či modelu péče o seniory v domově pro seniory	
	ano	ne
krajský úřad či obecní/městský úřad	+	-
jiný zřizovatel	-	+

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

## Používání konceptu či modelu péče v domově pro seniory z pohledu pracovníků poskytujících aktivizaci

Pracovníkům byla stejně jako ředitelům domova pro seniory pokládána otázka, zda používají při poskytování aktivizace nějaký koncept či model péče. Podle 82 (67,2 %) pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory není využíván žádný model či koncept péče (tabulka 31). Otázka nebyla zodpovězena jedním respondentem. Zjištěné výsledky korespondují s názory ředitelů domovů pro seniory, tj. 65 respondentů (61,9 %).

**Tabulka 31 – Používání konceptu či modelu péče (pracovníci)**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	39	32,2 %
ne	82	67,2 %
Celkem	102	97,1 %
Neodpovědělo	1	99,2 %
<b>Celkem</b>	<b>121</b>	<b>100 %</b>

Pracovníci, kteří tuto otázku zodpověděli kladně, uváděli tyto koncepty či modely: model práce se skupinou nebo individuální (1x), basální stimulace (18x), biografie/Böhmův model (9x), reminiscence (3x), smyslová aktivizace/smyslová aktivizace podle Lohre Wehner (8x), validace/validační terapie (2x), kinestetika (1x), individuální plánování (1x), dotazníkové šetření (1x), holistický model (1x), individuální péče (1x), volnočasové aktivity (2x), měsíční plán podle potřeb klienta (1x), metodika aktivizace pro seniory (1x), metodiky a odborná literatura a školení a kurzy (1x), Model Oremové (1x), plán akcí (1x), aktivizační činnosti a programování aktivit (1x), přístup orientovaný na klienta (1x), trénování paměti (1x), snoezelen (1x), standardy (1x), vztahová péče – Jitka Zgola a Bon Appetit – Hradcová (1x) a zahradní terapie (1x). Z výše uvedených odpovědí je patrné, že nejvíce využívaným konceptem či modelem podle názoru pracovníků je jednoznačně bazální stimulace, smyslová aktivizace a biografický model péče. Potřebné je zmínit, že pracovníci stejně jako ředitelé nemají v této terminologii zcela jasno, neboť uváděli např. dotazníkové šetření, standardy, metodiky.

## **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 4**

Podle 61,9 % dotázaných ředitelů domovů pro seniory a 67,2 % dotázaných pracovníků věnujících se aktivizaci se v domovech pro seniory v ČR nevyužívá žádný koncept či model péče. V těch zařízeních, kde je nějaký koncept či model péče využíván, se jedná v první řadě o koncept Bazální stimulace®, Psychobiografický model podle Böhma, koncept Smyslové aktivizace® a reminiscenci.

**Byla prokázána statisticky významná závislost mezi zřizovatelem a poskytováním konceptu či modelu péče v domově pro seniory. Platí, že domovy pro seniory zřizované samosprávou (kraj, obec) používají statisticky významně více koncept či model péče ve srovnání s těmi domovy pro seniory, které mají jiného zřizovatele (církev, nestátní neziskové organizace, jiné právnické či fyzické osoby).**



#### 4.3.4 Výsledky k dílčímu cíli 5

**Dílčí cíl 5:** zjistit, zda domovy pro seniory získaly Značku kvality v sociálních službách APSS ČR.

Pro naplnění dílčího cíle 5 byla ředitelům domova pro seniory v dotazníku vlastní konstrukce položena otázka „*Je domov pro seniory certifikovaným zařízením a získal tedy Značku kvality v sociálních službách (systém externí certifikace pro sociální služby podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR)?*“

1. *ano, získali jsme* ★★★★★
2. *ano, získali jsme* ★★★★★
3. *ano, získali jsme* ★★★
4. *ano, získali jsme* ★★
5. *ano, získali jsme* ★
6. *ne, nejsme certifikovaným zařízením.*

#### **Značka kvality v sociálních službách**

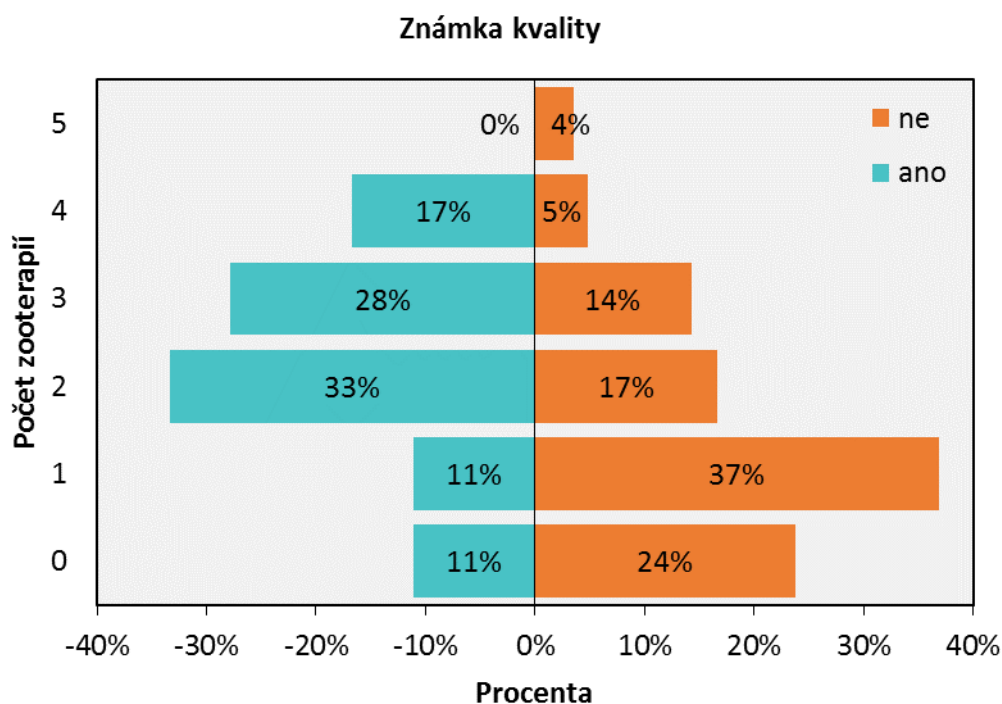
Značku kvality v sociálních službách souvisí s externí certifikací pro sociální služby podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, která je založená na udělování hvězdiček, a to z pohledu uživatele služby. Tabulka 32 zobrazuje, že 18 (17,2 %) domovů pro seniory získalo Značku kvality v sociálních službách a 84 (80 %) zařízeních tuto značku nemá. Otázka nebyla zodpovězena 3 (2,9 %) řediteli. Lze usuzovat, že o certifikaci nejspíše zařízení neusilovala či druhou možností je, že tuto značku nezískala. Ukazuje se tedy, že ředitelé domovů pro seniory neusilují o získání Značky kvality v sociálních službách, tj. o posouzení odborné zpětné vazby na poskytované služby ze strany APSS ČR, a zvýšení prestiže zařízení. Pro praxi by bylo užitečné v jiném výzkumu blíže prozkoumat, o jaké důvody se jedná (organizační, časové, finanční, aj.).

**Tabulka 32 Značka kvality v sociálních službách**

Značka kvality v sociálních službách	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, získali jsme 5 hvězdiček	9	8,6 %
ano, získali jsme 4 hvězdičky	8	7,6%
ano, získali jsme 3 hvězdičky	1	1,0 %
ne, nejsme certifikovaným zařízením	84	80,0 %
<b>Celkem</b>	<b>102</b>	<b>97,1 %</b>
Neodpovědělo	3	2,9%
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

**Počet zooterapií v domově pro seniory ve vztahu ke Značce kvality v sociálních službách**

Pomocí Mann-Whitneyho U testu byla na hladině významnosti  $p = 0,013$  **zjištěna** statisticky významná souvislost mezi počtem zooterapií, které jsou v domovech pro seniory poskytovány, a certifikací zařízení, tzv. „Značkou kvality v sociálních službách“. Platí, že domovy pro seniory, které získaly v rámci systému externí certifikace pro sociální služby podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR „Značku kvality v sociálních službách“, poskytují více druhů zooterapií než domovy pro seniory, které tuto značku kvality nemají (obrázek 7). Jedná se však o malý počet respondentů a toto zjištění nelze zobecnit. Ty domovy pro seniory, které mají Značku kvality v sociálních službách, mají širší spektrum nabízených aktivizačních činností a terapií.



**Obrázek 7 – Závislost počtu poskytovaných zooterapií v domově pro seniory na Značce kvality v sociálních službách**

#### **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 5**

Výzkum přinesl zjištění, že pouze 17,2 % dotázaných domovů pro seniory získalo Značku kvality v sociálních službách. Ukazuje se tedy, že ředitelé domovů pro seniory neusilují o získání Značky kvality v sociálních službách, tj. o posouzení odborné zpětné vazby na poskytované služby ze strany APSS ČR, a zvýšení prestiže zařízení. Bylo by zajímavé prozkoumat důvody vedoucí ředitele k tomuto postupu.

**Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi počtem zooterapií, které jsou v domovech pro seniory poskytovány, a certifikací zařízení, tzv. „Značkou kvality v sociálních službách“ ( $p = 0,013$ ). Platí, že domovy pro seniory, které získaly v rámci systému externí certifikace pro sociální služby podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR „Značku kvality v sociálních službách“, poskytují více druhů zooterapií než zařízení, která tuto značku kvality nemají.**

#### 4.3.5 Výsledky k dílčímu cíli 6

**Dílčí cíl 6:** zjistit, kdo z pracovníků v domově pro seniory je pověřen koordinováním aktivizace.

Pro naplnění tohoto cílem byla ředitelům domova pro seniory položena v dotazníku vlastní konstrukce otázka „Kdo v zařízení koordinuje aktivizaci, tj. řídí všechny pracovníky věnující se aktivizaci? Ředitelé mohli označit tyto odpovědi: ředitel, vrchní sestra, sociální pracovníce, nikoho na koordinaci nemáme, jiná možnost – uveďte jaká.

#### **Koordinace aktivizace v domově pro seniory**

Z tabulky 33 je zřejmé, že v 66,7 % je koordinací aktivizace v domově pro seniory pověřen sociální pracovník; ve 14,3 % se jedná o jiné pracovníky a ve 11,4 % je aktivizace koordinována ze strany ředitele. Zajímavé by bylo blíže prozkoumat důvody, proč ředitelé sami koordinují aktivizaci a nepověří touto činností jiné zaměstnance.

**Tabulka 33 Koordinace aktivizace v domově pro seniory**

Koordinace aktivizace ze strany...	Absolutní četnost	Relativní četnost
ředitel	12	11,4 %
vrchní sestra	3	2,9 %
staniční sestra	1	1,0 %
sociální pracovníce	70	66,7 %
nikoho na koordinaci nemáme	4	3,8 %
jiná možnost	15	14,3 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

#### **Délka péče o seniory a koordinace aktivizace v domově pro seniory**

V rámci výzkumu byly testovány souvislosti mezi koordinací aktivizace v domově pro seniory a délkou péče o seniory na straně ředitele. **Statisticky významná souvislost mezi délkou péče o seniory na straně ředitele a koordinací aktivizace v DpS nebyla provedeným výzkumem prokázána ( $p = 0,28$ ).** Lze vysledovat trend, že ředitelé

**v péči o seniory s délkou praxe 11 let a více pověřují koordinací sociální pracovníky a ředitele s délkou praxe 1 až 5 let koordinací aktivizace pověřují jiné pracovníky.**

### **Délka praxe v pomáhající profesi, délka praxe v péči o seniory a koordinace aktivizace**

Podle kontingenčních tabulek lze vysledovat trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi na straně ředitele ( $p = 0,02$ ) a délky praxe v péči o seniory na straně ředitele ( $p = 0,133$ ) vzhledem ke koordinaci aktivizace v domově pro seniory. **S narůstající délkou praxe a délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele opět dochází k tomu, že koordinací aktivizace je pověřen sociální pracovník.** Aktivizace je tedy koordinována profesionálně, tj. sociálními pracovníky, nikoliv například jinými profesemi, které k této činnosti nejsou kompetentní.

### **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 6**

Bylo zjištěno, že v 66,7 % oslovených domovech pro seniory je koordinací aktivizace pověřen sociální pracovník; ve 14,3 % se jedná o jiné pracovníky a ve 11,4 % je aktivizace koordinována ze strany ředitele.

**Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou péče o seniory na straně ředitele a koordinací aktivizace v domově pro seniory ( $p = 0,28$ ).** Lze vysledovat trend, že ředitelé v péči o seniory s délkou praxe 11 let a více pověřují koordinací sociální pracovníky a ředitelé s délkou praxe 1 až 5 let koordinací aktivizace pověřují jiné pracovníky.

**Lze vysledovat trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi na straně ředitele ( $p = 0,02$ ) a délky praxe v péči o seniory na straně ředitele ( $p = 0,133$ ) vzhledem ke koordinaci aktivizace v domově pro seniory.** S narůstající délkou praxe a délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele dochází k tomu, že koordinací aktivizace je pověřen sociální pracovník.

#### 4.3.6 Výsledky k dílčímu cíli 7

**Dílčí cíl 7:** zjistit, jaká je pracovní pozice a vzdělání zaměstnanců domova pro seniory, kteří poskytují aktivizaci.

Splnění tohoto cíle práce bylo dosaženo prostřednictvím otázek určených jak ředitelům domova pro seniory, tak pracovníkům poskytujících aktivizaci. Pojem aktivizace zahrnuje jak aktivizační činnosti a terapie. Vzhledem k tomu, že byly v dotazníku otázky zaměřeny zvláště na zooterapii, jsou výsledky rozčleněny na výsledky k aktivizaci jako celku a výsledky k zooterapii.

#### **Pracovní pozice zaměstnanců domova pro seniory poskytujících aktivizaci z pohledu ředitelů**

Tabulka 34 prezentuje, kteří zaměstnanci či případně jiné osoby jsou v domově pro seniory zapojeni do aktivizace. Z výsledků vyplývá, že v 81 % jsou do aktivizace zapojeni sociální pracovníci; v 95,2 % pracovníci v sociálních službách a v 63,8 % se aktivizaci věnují rovněž dobrovolníci. Je zcela zřejmé, že záleží na daném domově pro seniory, zda a jaké pracovníky do domova pro seniory zapojí. Výzkum každopádně přinesl zjištění, že do aktivizace v domově pro seniory jsou zapojeni sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, nelékařské profese (všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové), pedagogičtí pracovníci (speciální pedagogové a pedagogové volného času), terapeuti (arteterapeut, psychoterapeut), duchovní, dobrovolníci, rodinní příslušníci a jiná možnost. Výzkum přinesl zjištění, že se do aktivizace v domově pro seniory mohou v případě zájmu zapojit i rodinní příslušníci, a to v 38,1 % zařízeních. Přestože duchovní péče by měla být nedílnou součástí komplexní léčby v domově pro seniory a do jisté míry je i součástí aktivizace, ukazuje se, že duchovní se na aktivizaci podílejí pouze v 39 % domovů pro seniory. Domovy pro seniory mohou s duchovními spolupracovat, ale mohla nastat i situace, že dotázaní ředitelé nemuseli duchovní zařadit mezi osoby, které se na aktivizaci v jejich zařízení podílejí. Zajímavé by bylo v jiné studii prozkoumat, zda je spirituální péče vnímaná jako součást aktivizace uživatelů v domově pro seniory či nikoliv, a to z pohledu seniorů, duchovních a pracovníků v pomáhající profesi.

**Tabulka 34 – Zapojení do aktivizace v domově pro seniory**

Do aktivizace v domově pro seniory je zapojen...	Ano		Ne		Celkem	Celkem %
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost		
<b>Sociální pracovníci</b>	<b>85</b>	<b>81 %</b>	20	19 %	105	100 %
<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	<b>100</b>	<b>95,2 %</b>	5	4,8 %	105	100 %
Všeobecné sestry	38	36,2 %	<b>67</b>	<b>63,8</b>	105	100 %
Fyzioterapeuti	29	27,6 %	<b>76</b>	<b>72,4 %</b>	105	100 %
Ergoterapeuti	27	25,7 %	<b>78</b>	<b>74,3 %</b>	105	100 %
Speciální pedagogové	2	1,9 %	<b>103</b>	<b>98,1 %</b>	105	100 %
Pedagogové volného času	7	6,7 %	<b>98</b>	<b>93,3 %</b>	105	100 %
Psychologové	3	2,9	<b>102</b>	<b>97,1 %</b>	105	100 %
Psychoterapeuti	5	4,8 %	<b>105</b>	<b>95,2 %</b>	105	100 %
Arteterapeuti	5	4,8 %	<b>100</b>	<b>95,2 %</b>	105	100 %
Duchovní	41	39 %	<b>64</b>	<b>61 %</b>	105	100 %
Dobrovolníci	<b>67</b>	<b>63,8 %</b>	38	36,2 %	105	100 %
Rodinní příslušníci	40	38,1 %	<b>60</b>	<b>61,9 %</b>	105	100 %
Jiná možnost	8	7,6 %	<b>97</b>	<b>92,4 %</b>	105	100 %

#### **Pracovní pozice zaměstnanců poskytujících aktivizaci v domově pro seniory**

Z odpovědí pracovníků zabývajících se aktivizací vyplynulo (tab 35), že se nejčastější pracovní pozicí v oblasti aktivizace v domovech pro seniory je pracovník v sociální službě (310x), poté aktivizační pracovník (98x), sociální pracovník (76x) a dobrovolník (16x). Co se týče terapie, tak pracovní pozicí je nejčastěji pracovník v sociálních službách, terapeut (60x), sociální pracovník (35x) a dobrovolník (20x). Z výsledků vyplývá, že pracovníci v sociálních službách nejčastěji poskytují aktivizaci

v domovech pro seniory. Je potřebné ale upozornit na důležitý fakt, a to poskytování terapií ze strany pracovníků v sociálních službách. Pokud se v praxi například jedná o arteterapii, nemůže ji poskytovat pracovník v sociálních službách bez potřebného vzdělání odpovídajícího požadavkům České arteterapeutické asociace. V oblasti zooterapie je situace jiná a bohužel dosud v České republice nejsou pro její vykonávání stanoveny kvalifikační a profesní požadavky, takže zooterapii v praxi vykonávají mimo jiné i pracovníci v sociálních službách.

**Tabulka 35 – Pracovní pozice zaměstnanců poskytujících aktivizaci**

Pracovní pozice	Aktivizace	
	Aktivizační činnosti	Terapie
<b>Sociální pracovník</b>	76 x	35 x
<b>Pracovník v sociálních službách</b>	310 x	111 x
<b>Dobrovolník</b>	16 x	20 x
<b>Aktivizační pracovník</b>	98 x	0 x
<b>Terapeut</b>	0 x	60 x

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

### **Pracovní pozice zaměstnanců domova pro seniory, kteří poskytují zooterapii**

V tabulce 36 jsou zobrazeny výsledky týkající se pracovní pozice jednotlivých pracovníků, kteří poskytují zooterapii v domově pro seniory. Tyto výsledky byly získány z dotazníku vlastní konstrukce určeného pro ředitele domova pro seniory. Je zcela zřejmé, že zooterapie je v domovech pro seniory nejčastěji poskytována dobrovolníky, tj. ve 49,6 % a ve 37,2 % zooterapii praktikují pracovníci v sociálních službách a ve 35,4 % aktivizační pracovníci. Z výzkumu vyplynulo, že se sociální pracovníci věnují zooterapii jen ve dvou případech (2 %), a lze tedy předpokládat, že zooterapii v domově pro seniory vykonávají jako součást své profese. Z tabulky 41 dále vyplývá, že canisterapii provádějí nejčastěji ve 34,3 % dobrovolníci a ve 22,9 % aktivizační pracovníci. Felinoterapie je realizována v 7,6 % pracovníky v sociálních službách a v 7,6 % dobrovolníky.



Ornitoterapii se věnují nejčastěji 9,5 % pracovníci v sociálních službách. Pracovníci v sociálních službách v 8,5 % poskytují také zooterapii s malými zvířaty a v 4,8 % farmingterapii. Lamaterapie je prováděna aktivizačním pracovníkem (1 %). Jiný druh zooterapie (hipoterapie, rybičky) je poskytován ve dvou případech dobrovolníky (1,9 %) a v jednom případě pracovníky v sociálních službách.

**Tabulka 36 – Pracovní pozice pracovníků poskytujících zooterapii v domovech pro seniory**

Druh zoterapie	Pracovní pozice											
	Sociální pracovník		Pracovník v sociálních službách		Dobrovolník		Aktivizační pracovník		Odpověďe		Neodpověďe	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Canisterapie</b>	1	1 %	6	5,7 %	<b>36</b>	<b>34,3 %</b>	<b>24</b>	<b>22,9 %</b>	67	63,8 %	38	36,2 %
<b>Felinoterapie</b>	1	1 %	<b>8</b>	<b>7,6 %</b>	<b>8</b>	<b>7,6 %</b>	3	2,9 %	20	19 %	85	81 %
<b>Ornitoterapie</b>	0	0 %	<b>10</b>	<b>9,5 %</b>	0	0 %	3	2,9 %	13	12,4 %	92	87,6 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	0	0 %	<b>9</b>	<b>8,6 %</b>	3	2,9 %	4	3,8 %	16	15,2 %	89	84,8 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	105	100 %
<b>Lamaterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	<b>1</b>	<b>1 %</b>	1	1 %	104	99 %
<b>Farmingterapie</b>	0	0 %	<b>5</b>	<b>4,8 %</b>	<b>3</b>	<b>2,9 %</b>	2	1,9 %	10	9,5 %	95	90,5 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	0	0 %	<b>1</b>	<b>1 %</b>	<b>2</b>	<b>1,9 %</b>	0	0 %	3	2,9 %	102	97,1 %
<b>Celkem</b>	<b>2</b>	<b>2 %</b>	<b>39</b>	<b>37,2 %</b>	<b>52</b>	<b>49,6 %</b>	<b>37</b>	<b>35,4 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**Poznámka:** u všech druhů zoterapie je celkový počet respondentů n=105 (100 %).

## **Vzdělání pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory**

Vzdělání pracovníků poskytujících aktivizaci a zooterapii bylo zjištěno pomocí deskriptivní statistiky z dotazníků vlastní konstrukce určeného pracovníkům. Tabulka 37 zachycuje vzdělání pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory. Je evidentní, že u aktivizačních činností mají sociální pracovníci nejčastěji vysokoškolské vzdělání; pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci a dobrovolníci mají vzdělání středoškolské. Všichni tito zaměstnanci získali rovněž jistou formu kurzu či certifikátu. Může se jednat například doklad o absolvování nějakého semináře, kurzu či výcviku v souvislosti s celoživotním vzděláváním či úzkou profilací zaměstnanců např. v reminiscenci.

Z tabulky 37 je vyplývá, že dobrovolníci a sociální pracovníci poskytující terapii mají vysokoškolské vzdělání, pracovníci v sociálních službách pak vzdělání středoškolské a terapeuti vzdělání středoškolské. Terapeuti a pracovníci v sociálních službách získali osvědčení o absolvování kurzu či certifikát. Otázka je, čeho se daný kurz či certifikát týká, což by bylo zajímavé analyzovat podrobněji.

**Tabulka 37 – Vzdělání pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory**

Pracovní pozice	Aktivizace											
	Aktivizační činnosti - vzdělání zaměstnanců						Terapie - vzdělání zaměstnanců					
	Základní	Vyučení	SŠ	VOŠ	VŠ	Kurz-certifikát	Základní	Vyučení	SŠ	VOŠ	VŠ	Kurz-certifikát
<b>Sociální pracovník</b>	0x	0x	10x	12x	<b>53x</b>	1x	1x	1x	2x	0x	<b>32x</b>	0x
<b>Pracovník v sociálních službách</b>	4x	3x	<b>285x</b>	7x	6x	<b>5x</b>	1x	1x	<b>99x</b>	3x	3x	<b>3x</b>
<b>Dobrovolník</b>	0x	2x	<b>6x</b>	0x	2x	1x	0x	0x	0x	0x	<b>2x</b>	0x
<b>Aktivizační pracovník</b>	0x	7x	<b>60x</b>	5x	<b>20x</b>	<b>6x</b>	0x	0x	0x	0x	0x	0x
<b>Terapeut</b>	0x	0x	0x	0x	0x	0x	0	3x	<b>32x</b>	6x	13x	<b>6x</b>

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

## Vzdělání pracovníků poskytujících terapii

V rámci výzkumu byla zjišťováno, zda existuje souvislost mezi pracovní pozicí a obtížemi při poskytování terapie v domově pro seniory (tabulka 38). Výzkum prokázal, že **existuje statisticky významná souvislost mezi pracovní pozicí a nedostatečným vzděláním pro terapii ( $p=0,42$ )**. Platí, že sociální pracovník statisticky významně více vnímá nedostatečné vzdělání jako největší obtíž při realizaci terapií v domově pro seniory než pracovníci v sociálních službách a jiní pracovníci. Je zřejmé, že si sociální pracovníci uvědomují potřebu dostatečné kvalifikace pro vykonávání terapií. Terapie (muzikoterapie, arteterapie, tanečně pohybová terapie, aj.) by neměli vést pracovníci bez patřičného výcviku, který zpravidla trvá několik let.

**Tabulka 38 – Pracovní pozice vs. nedostatečné vzdělání pracovníků pro terapii**

		Nedostatečné vzdělání pro terapii	
		ano	ne
Pracovní pozice	sociální pracovník	+	-
	pracovník v sociálních službách	o	o
	jiná pozice	o	o

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); +/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

## Vzdělání pracovníků poskytujících zooterapii

Tabulka 39 prezentuje výsledky zaměřené na vzdělání pracovníků poskytujících zooterapii. Výzkumem bylo zjištěno, že u pracovníků poskytujících zooterapii jednoznačně převažuje středoškolské vzdělání (95,5 %) oproti jiným stupňům vzdělání. Toto zjištění lze vysvětlit mimo jiné tím, že do procesu zooterapie v domově pro seniory jsou zpravidla v praxi zapojeni pracovníci v sociálních službách, kteří mají středoškolské vzdělání. Nicméně se může také jednat o externí pracovníky, kteří mají vystudovaný

nějaký typ střední školy a do zařízení docházejí v rámci zooterapie. Vysokoškolské vzdělání mělo pouze 11 (10,5 %) pracovníků věnujících se canisterapii, 1 (1 %) pracovník poskytující hipoterapii a 2 (1,9 %) pracovníci zaměřeni na farmingterapii. Základní vzdělání nebylo v žádném případě uvedeno a vyšší odborné vzdělání měl pouze 1 (1 %) pracovník. Ředitelé v odpovědích také uváděli, že pracovníci v oblasti zooterapie mají absolvovaný kurz a získali certifikát, což se týkalo poskytování canisterapie a felinoterapie. Lze předpokládat, že tyto pracovníky pro praktikování zooterapie získali osvědčení či certifikát u nějaké organizace zajišťující výcvik v oblasti canisterapie či felinoterapie. V této souvislosti je potřebné zmínit, že v České republice doposud nejsou stanoveny žádné profesní a kvalifikační požadavky pro vykonávání zooterapie.

**Tabulka 39 – Vzdělání pracovníků poskytujících zooterapii v domově pro seniory**

Druh zoterapie	Vzdělání pracovníků poskytujících zooterapii											
	Středoškolské		Vyšší odborné		Vysokoškolské		Kurz - certifikát		Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnosti
<b>Canisterapie</b>	46	43,8 %	1	1 %	11	10,5 %	2	1,9 %	60	57,1 %	45	42,9 %
<b>Felinoterapie</b>	15	14,3 %	0	0 %	2	1,9 %	1	1 %	18	17,1 %	87	82,9 %
<b>Ornitoterapie</b>	13	12,4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	13	12,4 %	92	87,6 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	14	13,3 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	15	14,3 %	90	85,7 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %
<b>Lamaterapie</b>	1	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	104	99 %
<b>Farmingterapie</b>	9	8,6 %	0	0 %	2	1,9 %	0	0 %	11	10,5 %	94	89,5 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	2	1,9 %	0	0 %	1	1 %	0	0 %	3	2,9 %	102	97,1 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>95,5 %</b>	<b>1</b>	<b>1 %</b>	<b>17</b>	<b>16,3 %</b>	<b>3</b>	<b>2,9 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**Poznámka:** u všech druhů zoterapie je celkový počet respondentů n=105 (100 %).

## **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 7**

Z výsledků vyplývá, že v 81 % oslovených domovech pro seniory jsou do aktivizace zapojeni sociální pracovníci; v 95,2 % pracovníci v sociálních službách a v 63,8 % se aktivizaci věnují rovněž dobrovolníci. Zooterapie je v domovech pro seniory nejčastěji poskytována dobrovolníky ve 49,6 %, ve 37,2 % zooterapii praktikují pracovníci v sociálních službách a ve 35,4 % aktivizační pracovníci.

Bylo zjištěno, že do aktivizace v domově pro seniory se mohou v případě zájmu zapojit v 38,1 % zařízeních i rodinní příslušníci. Duchovní péče je poskytována v souvislosti s aktivizací v 39 % oslovených domovech pro seniory.

Sociální pracovníci zapojení do aktivizačních činností mají nejčastěji vysokoškolské vzdělání; pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci a dobrovolníci mají vzdělání středoškolské. Dobrovolníci a sociální pracovníci poskytující terapii mají nejčastěji vysokoškolské vzdělání, pracovníci v sociálních službách pak vzdělání středoškolské a terapeuti vzdělání středoškolské. U pracovníků poskytujících zooterapii jednoznačně převažuje středoškolské vzdělání (95,5 %) oproti jiným stupňům vzdělání.

Výsledky ukazují, že canisterapii provádějí nejčastěji ve 34,3 % dobrovolníci a ve 22,9 % aktivizační pracovníci. Felinoterapie je praktikována v 7,6 % pracovníky v sociálních službách a v 7,6 % dobrovolníky. Pracovníci v sociálních službách se věnují v 9,5 % ornitoterapii, v 8,5 % zooterapii s malými zvířaty a v 4,8 % farmingterapii. Lamaterapie je prováděna jedním aktivizačním pracovníkem (1 %) a jiný druh zooterapie (hipoterapie, rybičky) je poskytován dobrovolníky (1,9 %) a v pracovníkem v sociálních službách (1 %).

**Existuje statisticky významná souvislost mezi pracovní pozicí a nedostatečným vzděláním pro terapii ( $p=0,42$ ). Platí, že sociální pracovník statisticky významně více vnímá nedostatečné vzdělání jako největší obtíž při realizaci terapií v domově pro seniory než pracovníci v sociálních službách a jiní pracovníci.**



#### 4.3.7 Výsledky k dílčímu cíli 8

**Dílčí cíl 8:** zjistit, zda je v domovech pro seniory dostatečný počet pracovníků poskytujících aktivizaci.

Pro naplnění tohoto cíle byla ředitelům domova pro seniory pokládána otázka „*Počet pracovníků poskytujících aktivizaci je v zařízení podle Vašeho názoru: zcela nedostatečný, spíše nedostatečný, průměrný, spíše dostatečný, zcela dostatečný*“. Stejná otázka byla určena i pracovníkům, kteří se v domově pro seniory zabývají aktivizací.

#### **Celkový počet zaměstnanců a počet zaměstnanců věnujících se aktivizaci z pohledu ředitelů**

Ředitelé domovů pro seniory byli tázáni nejen na celkový počet zaměstnanců, ale rovněž na počet zaměstnanců, kteří se věnují aktivizaci. Ukázalo se, že v 51 (50,3 %) domovech pro seniory je zaměstnáno maximálně 49 pracovníků, v 39 (38,6 %) zařízeních pracuje 50 až 99 pracovníků, v 8 (7,9 %) zařízeních pracuje 100 až 150 zaměstnanců a v 6 (5,9 %) domovů pro seniory zaměstnává 151 a více pracovníků. V jednom případě nebyla otázka zodpovězena. Počet zaměstnanců, kteří poskytují v domově pro seniory aktivizaci, byl následující: 73 (70,2 %) zařízeních zaměstnává 5 pracovníků věnujících se aktivizaci, 13 (12,5 %) má 5 až 9 pracovníků na aktivizaci, 4 (4 %) zařízení mají 10 až 15 zaměstnanců v oblasti aktivizace a 3 (3 %) zařízení mají 25 až 29 pracovníků, kteří poskytují aktivizaci v domově pro seniory. Otázka nebyla zodpovězena 12 řediteli (11,4 %).

#### **Počet pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory z pohledu ředitelů**

V rámci výzkumu byli ředitelé dotazováni, zda je počet pracovníků poskytujících v domově pro seniory zcela dostatečný, spíše dostatečný, průměrný, spíše nedostatečný, zcela nedostatečný. Z tabulky 40 je zřejmé, že 47 (44,8 %) ředitelů vnímá počet pracovníků v oblasti aktivizace jako spíše dostatečný až zcela dostatečný, podle 30 (28,6 %) ředitelů je tento počet spíše nedostatečný až zcela nedostatečný a 28 ředitelů (26,7 %) vnímá počet pracovníků věnujících se aktivizaci jako průměrný. Otázkou zůstává, jaké faktory mají vliv na to, zda ředitelé vnímají dostatek či nedostatek pracovníků v oblasti aktivizace. V tomto kontextu lze uvažovat o celkovém počtu zaměstnanců na počet uživatelů, o nabídce aktivizačních programů, organizační struktuře a způsobu rozdělení aktivizace mezi jednotlivé pracovníky, o finančních

prostředcích na aktivizaci a způsobu odměňování pracovníků poskytujících aktivizaci (DPP, dobrovolník, aj.).

**Tabulka 40 – Počet pracovníků poskytujících aktivizaci (ředitelé)**

Počet pracovníků poskytujících aktivizaci je....	Absolutní četnost	Relativní četnosti
zcela nedostatečný	7	6,7 %
spíše nedostatečný	23	21,9 %
průměrný	28	26,7 %
spíše dostatečný	36	34,3 %
zcela dostatečný	11	10,5 %
<b>Celkem</b>	<b>122</b>	<b>100 %</b>

Pracovníci věnující se aktivizaci v domově pro seniory otázku týkající se počtu pracovníků v oblasti aktivizace zodpovídali následovně. Zcela dostatečný počet pracovníků uvedlo 14 respondentů (11,5 %), spíše dostatečný 28 (23 %) respondentů, průměrný 35 (28,7 %) respondentů, spíše nedostatečný 35 (28,7 %) respondentů. Bylo zjištěno, že zcela dostatečný spíše dostatečný počet pracovníků vnímá 34,5 %; 28,7 % respondentů uvádělo průměrný počet; 36,9 % respondentů se domnívá, že počet pracovníků v oblasti aktivizace spíše nedostatečný až zcela nedostatečný (tab 41).

**Tabulka 41 – Počet pracovníků poskytujících aktivizaci  
(pracovníci poskytující aktivizaci)**

Počet pracovníků poskytujících aktivizaci je....	Absolutní četnost	Relativní četnosti
zcela nedostatečný	10	8,2 %
spíše nedostatečný	35	28,7 %
průměrný	35	28,7 %
spíše dostatečný	28	23 %
zcela dostatečný	14	11,5 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

### **Celkový počet pracovníků poskytujících zooterapii**

Tabulka 42 prezentuje výsledky týkající se celkového počtu pracovníků domova pro seniory, kteří poskytují aktivizaci v kontextu zooterapie. Z výsledků vyplývá, že v 75,2 % dotázaných zařízení je na aktivizaci zaměstnán 1 pracovník; ve 24,8 % se jedná o 2 pracovníky; ve 13,5 % jde o 3 aktivizační pracovníky. Pět pracovníků na aktivizaci má 3,9 % dotázaných domovů pro seniory; 4 pracovníky 4,9 % zařízení a 7 pracovníků 2 % oslovených domovů pro seniory. Ukazuje se, že 1 pracovník se věnuje praktikování canisterapie (45,7), felinoterapie (13,3 %) a zooterapie s malými zvířaty (6,7 %). Ornitoterapii se věnuje 1 pracovník v 3,8 % domovů pro seniory a 2 pracovníci v 3,8 %, což platí plně stejně i pro farmingterapii. Jiný druh zooterapie (rybičky, hipoterapie) je zajišťována třemi pracovníky (2,9 %) a v 1,9 % jedním pracovníkem. Můžeme předpokládat, že s narůstajícím počtem uživatelů v domově pro seniory se zvyšuje počet pracovníků věnujících se aktivizaci, což by bylo dobrým krokem, ale toto však nebylo v rámci výzkumu zjišťováno. Ředitelé domovů pro seniory byli dotazováni, zda je z jejich pohledu počet pracovníků poskytujících aktivizaci dostatečný či nedostatečný. Pracovníkům zabývajících se aktivizací byla položena otázka zaměřená na obtíže související s aktivizací (mimo jiné personální důvody). Tyto výsledky jsou prezentovány ve výsledcích k cíli 11 a 12.

**Tabulka 42 – Celkový počet pracovníků poskytujících zooterapii v domovech pro seniory**

Zooterapie podle druhu	Počet pracovníků poskytujících zooterapii v domovech pro seniory															
	1 pracovník		2 pracovníci		3 pracovníci		4 pracovníci		5 pracovníků		7 pracovníků		Odpovědělo		Neodpovědělo	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Canisterapie</b>	48	<b>45,7</b>	10	9,5 %	4	3,8 %	1	1 %	2	1,9 %	0	0 %	65	61,9 %	40	38,1 %
<b>Felinoterapie</b>	14	<b>13,3 %</b>	4	<b>3,8 %</b>	0	0 %	2	1,9 %	1	1 %	0	0 %	21	20 %	84	80 %
<b>Ornitoterapie</b>	4	<b>3,8 %</b>	4	<b>3,8 %</b>	3	2,9 %	0	0 %	1	1 %	1	1 %	13	12,4 %	92	87,6 %
<b>Zooterapie s malými zvířaty</b>	7	<b>6,7 %</b>	3	2,9 %	3	2,9 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %	15	14,3 %	90	85,7 %
<b>Insektoterapie</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	105	100 %	0	0 %
<b>Lamaterapie</b>	0	0 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %	104	99 %
<b>Farmingtherapie</b>	4	<b>3,8 %</b>	4	<b>3,8 %</b>	1	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	10	9,5 %	95	90,5 %
<b>Jiná možnost (rybičky, hipoterapie)</b>	2	<b>1,9 %</b>	0	0 %	1	<b>2,9 %</b>	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	2,9 %	102	97,1 %
<b>Celkem</b>	<b>79</b>	<b>75,2 %</b>	<b>26</b>	<b>24,8 %</b>	<b>12</b>	<b>13,5 %</b>	<b>5</b>	<b>4,9 %</b>	<b>4</b>	<b>3,9 %</b>	<b>2</b>	<b>2 %</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**Poznámka:** U všech druhů zooterapie je celkový počet respondentů n=105 (100 %).

## **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 8**

Výzkumem bylo zjištěno, že 44,8 % ředitelů a 34,5 % pracovníků poskytujících aktivizaci vnímá počet pracovníků v oblasti aktivizace jako spíše dostatečný až zcela dostatečný; 28,6 % ředitelů a 28,7 % pracovníků vnímá tento počet jako průměrný; 26,7 % ředitelů a 36,9 % pracovníků hodnotí počet pracovníků v oblasti aktivizace spíše nedostatečný až zcela nedostatečný.

V 75,2 % dotázaných zařízení je na aktivizaci zaměstnán 1 pracovník; ve 24,8 % se jedná o 2 pracovníky; ve 13,5 % jde o 3 aktivizační pracovníky. Pět pracovníků na aktivizaci má 3,9 % dotázaných domovů pro seniory; 4 pracovníky 4,9 % zařízení a 7 pracovníků 2 % oslovených domovů pro seniory.

Výzkum přinesl zjištění, že v domovech pro seniory se 1 pracovník se věnuje praktikování canisterapie (45,7), felinoterapie (13,3 %) a zooterapie s malými zvířaty (6,7 %). Ornitoterapii se věnuje 1 pracovník v 3,8 % domovů pro seniory a 2 pracovníci v 3,8 %, což platí plně stejně i pro farmingterapii. Jiný druh zooterapie (rybičky, hipoterapie) je zajišťována třemi pracovníky (2,9 %) a v 1,9 % jedním pracovníkem.

#### 4.3.8 Výsledky k dílčímu cíli 9

**Dílčí cíl 9:** zjistit, zda mají domovy pro seniory dostatek finančních prostředků na aktivizaci.

Pro splnění tohoto cíle byli ředitelé domova pro seniory dotazováni „*Máte dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace?*“ V dotazníku mohli ředitelé zvolit odpověď ano, spíše ano, průměrně, spíše ne, ne. V rámci výzkumu byly rovněž zjišťovány náklady související s poskytováním aktivizace týkající se pomůcek, provozních nákladů, mzdových a jiných nákladů.

#### **Finanční prostředky na poskytování aktivizace**

Z výsledků zobrazených v tabulce 43 vyplývá, že 35,2 % zařízení má dostatek finančních prostředků (odpověď ano a spíše ano); 35,2 % ředitelů hodnotilo finance na aktivizaci odpovědí průměrně a 22,9 % domovů pro seniory nemá dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace (odpověď spíše ne a ne). Otázka nebyla zodpovězena 7 řediteli (6,7 %). Podle 70,4 % dotázaných ředitelů mají jejich domovy pro seniory dostatek finančních prostředků pro poskytování aktivizace v domově pro seniory či jsou tyto prostředky hodnoceny jako průměrné. Otázkou je, zda i pracovníci poskytující aktivizaci v domově pro seniory toto vnímají a hodnotí stejně. V rámci tohoto výzkumu byli pracovníci dotazováni, zda se setkávají při provádění aktivizačních činností a terapií s nějakými obtížemi. Bylo zjištěno, že problémy spojené s aktivizací se finanční oblasti netýkají (viz výsledky u cíle 11 a 12). Z výsledků lze usuzovat, že dotázaným ředitelům domova pro seniory se v rámci vícezdrojového financování sociálních služeb daří získat finanční prostředky na poskytování aktivizace. Pracovníci poskytující aktivizaci proto nevnímají žádné obtíže v souvislosti s finančním zajištěním aktivizačních činností a terapií.

**Tabulka 43 – Dostatek finančních prostředků na aktivizaci**

Dostatek finančních prostředků na aktivizaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	5	4,8 %
spíše ne	19	18,1 %
průměrně	37	35,2 %
spíše ano	29	27,6 %
ano	8	7,6 %
celkem	98	93,3 %
Neodpovědělo	7	6,7 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

#### Náklady na aktivizaci v domově pro seniory

Výzkumem byla zjišťována jednak celková částka na poskytování aktivizace v domově pro seniory za kalendářní rok, jednak procentuální zastoupení nákladů na aktivizaci (pomůcky na aktivizaci, provozní náklady, mzdové náklady, jiné náklady). V tabulce 44 jsou uvedeny celkové náklady na aktivizaci. Nejnižší roční náklady na poskytování aktivizace činily 12 231 Kč a nejvyšší náklady byly 2 617 012 Kč. Roční náklady na aktivizaci v rozmezí 530 000 až 900 000 Kč uvedlo 10 (9,7 %) ředitelů domovů pro seniory. Jsou zde patrné velké rozdíly týkající se celkových ročních nákladů v souvislosti s poskytováním aktivizace. Důvodem může být mimo jiné rozdílný počet uživatelů, kterým je aktivizace poskytována i počet pracovníků věnujících se aktivizaci.

**Tabulka 44 – Celkové náklady na aktivizaci za rok**

<b>Celkové náklady na aktivizaci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
12 231 až 25 000 Kč	8	7,6 %
50 000 Kč až 100 000 Kč	8	7,6 %
120 000 až 447 000 Kč	6	5,6 %
530 000 až 900 000 Kč	10	9,7 %
1 165 000 až 1 920 900 Kč	9	8,7 %
2 000 000 až 2 617 012 Kč	5	4,6 %
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>43,8 %</b>
Neodpovědělo	59	56,2 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

Tabulky 45 a 46 prezentují výsledky týkající se nákladů na aktivizaci, a to v oblasti pomůcek, provozních nákladů, mzdových nákladů a jiných nákladů. Z tabulky 46 vyplývá, že podle 39 (37,5 %) dotázaných ředitelů pomůcky využívané pro aktivizaci tvoří 0-19 % nákladů na aktivizaci. Provozní náklady na aktivizaci zahrnují podle odpovědí 35 (33,6 %) ředitelů též 0-19 % nákladů na aktivizaci. Je potřebné zmínit, že na tyto otázky odpovídala necelá polovina dotázaných ředitelů. Důvodem nevyplnění této otázky, může být například časová náročnost týkající se dohledávání číselných údajů, které souvisí s poskytováním aktivizace.



**Tabulka 45 –Náklady na pomůcky a provozní náklady na aktivizaci**

Náklady na aktivizaci %	Náklady na pomůcky k aktivizaci		Provozní náklady na aktivizaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>0-19 %</b>	<b>39</b>	<b>37,5 %</b>	<b>35</b>	<b>33,6 %</b>
<b>20-39 %</b>	5	4,8 %	9	8,4 %
<b>40-59 %</b>	2	1,8 %	2	1,8 %
<b>60-79 %</b>	1	0,8 %	0	0
<b>80 % a více</b>	1	0,8 %	0	0
Celkem	48	45,7 %	46	43,8 %
Neodpovědělo	57	54,3 %	59	56,2 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 46 zobrazuje mzdové náklady a jiné náklady na aktivizaci. Mzdové náklady související s poskytováním aktivizace podle 29 (28,4 %) ředitelů tvoří též 0-19 % všech nákladů na aktivizaci. Stejně procento je uvedeno i u jiných nákladů, a to podle 16 (15,7 %) oslovených ředitelů. Ohledně jiných nákladů se vyjádřilo pouze 20 (19 %) ředitelů.

Bylo předpokládáno, že největší náklady na aktivizaci se budou týkat mzdových prostředků. Ukázalo se, že podle 18 (35,3 %) ředitelů mzdové náklady tvoří 60 % a více nákladů na poskytování aktivizace v domově pro seniory. Jedním z důvodů může být nižší počet pracovníků věnujících se aktivizaci, a tedy i nižší náklady na jejich mzdy.

**Tabulka 46 – Mzdové náklady a jiné náklady na aktivizaci**

Náklady na aktivizaci %	Mzdové náklady týkající se aktivizace		Jiné náklady na aktivizaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>0-19 %</b>	<b>29</b>	<b>28,4 %</b>	<b>16</b>	<b>15,7 %</b>
<b>20-39 %</b>	3	2,4 %	4	3,7 %
<b>40-59 %</b>	3	2,4 %	0	0
<b>60-79 %</b>	11	10,7 %	0	0
<b>80 % a více</b>	7	6,6 %	0	0
Celkem	53	50,5 %	20	19 %
Neodpovědělo	52	49,5 %	85	81 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

### Shrnutí výsledků k cíli 9

Bylo zjištěno, že 35,2 % domovů pro seniory má dostatek finančních prostředků; 35,2 % ředitelů hodnotilo finance na aktivizaci odpovědí průměrně a 22,9 % domovů pro seniory nemá dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace. Pracovníci poskytující aktivizaci také nevnímají žádné obtíže v souvislosti s finančním zajištěním aktivizačních činností a terapií.

Celkové roční náklady na aktivizaci jsou v domovech rozdílné, nejspíše s ohledem na počet uživatelů a počet pracovníků poskytujících aktivizační činnosti a terapie. Nejnižší roční náklady na poskytování aktivizace činily 12 231 Kč a nejvyšší náklady byly 2 617 012 Kč. Roční náklady na aktivizaci v rozmezí 530 000 až 900 000 Kč uvedlo 19,7 % ředitelů domovů pro seniory.

#### 4.3.9 Výsledky k dílčímu cíli 10

Pro naplnění dílčího cíle 10 byla ředitelům domova pro seniory pokládána otázka „*Máte v zařízení zpracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace?*“

**Dílčí cíl 10:** zjistit, zda mají domovy pro seniory zpracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace.

### **Metodika týkající se poskytování aktivizace z pohledu ředitelů**

Výsledky týkající se zpracované metodiky v oblasti aktivizace jsou uvedeny v tabulce 47. Z výzkumu vyplynulo, že 67,6 % oslovených zařízení má tuto metodiku zpracovanou a 21 % domovů pro seniory nikoliv. Otázka nebyla zodpovězena 12 řediteli (11,4 %). Je možné se domnívat, že metodika v oblasti aktivizace v domově pro seniory vychází z Doporučeného standardu kvality pro domovy pro seniory ČR podle APSS ČR a je součástí Standardů kvality sociálních služeb v daném zařízení. Zjištění, že dotázané domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku týkající se aktivizace, může poukazovat na to, že pro tato zařízení je prioritou poskytovat uživatelům kvalitní služby, a to nejen v oblasti aktivizace. V této souvislosti je potřebné uvažovat nad tím, že domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku týkající se aktivizace, ale na druhé straně nepoužívají žádný koncept či model péče.

**Tabulka 47 – Metodika týkající se aktivizace**

<b>Metodika týkající se aktivizace</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	71	67,6 %
ne	22	21,0 %
Celkem	93	88,6 %
Neodpovědělo	12	11,4 %
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

**Délka praxe v pomáhající profesi ve vztahu ke zpracované metodice týkající se aktivizace**

Provedeným výzkumem nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a tím, zda je v domově pro seniory zpracovaná metodika související s poskytováním aktivizace ( $p = 0,68$ ). Lze

vysledovat pouze trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi na straně ředitele ve vztahu ke zpracované metodice zaměřené na aktivizaci v domově pro seniory.

### **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 10**

Oslovené domovy pro seniory mají v 67,6 % zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace. **Provedeným výzkumem nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a zpracovanou metodikou související s poskytováním aktivizace ( $p = 0,68$ ).** Lze vysledovat pouze trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi na straně ředitele ve vztahu ke zpracované metodice zaměřené na aktivizaci v domově pro seniory.

#### 4.3.10 Výsledky k dílčímu cíli 11

V této podkapitole jsou popsány výsledky vztahující se k cíli 11, který se týká obtíží souvisejících s poskytováním aktivizačních činností a terapií v domovech pro seniory.

**Dílčí cíl 11:** zjistit, s jakými obtížemi v oblasti aktivizačních činností a terapií se setkávají pracovníci, kteří poskytují aktivizaci v domovech pro seniory.

#### **Obtíže s poskytováním aktivizačních činností a terapií z pohledu pracovníků**

Pracovníkům poskytujícím aktivizaci byly pokládána otázka „*S jakými obtížemi se setkáváte při realizaci aktivizačních činností*“ a dále pak otázka „*S jakými obtížemi se setkáváte při provádění terapií*“? Odpovědi respondentů jsou rozděleny do kategorie finanční problémy, časové problémy, nedostatek pracovníků pro aktivizaci, nedostatečné vzdělání týkající se aktivizace, jiné obtíže související s poskytováním aktivizačních činností a terapií. Tabulka 48 prezentuje výsledky týkající se obtíží jak s poskytováním aktivizačních činností, tak terapií.

##### **a) Finanční problémy**

Z výzkumu vyplynulo, že dotázaní pracovníci nevnímají finanční problémy spojené s aktivizačními činnostmi v 78,7 % a v 78,7 % s terapiemi. Finanční obtíže v souvislosti s poskytováním aktivizačních činností a terapií respondenti neuváděli.

##### **b) Časové problémy**

S časovými problémy při poskytování aktivizačních činností se potýká 59 % respondentů a při poskytování terapií a při provádění terapií odpovědělo ne 58,2 % respondentů. V tomto je patrný rozdíl a bylo by žádoucí prozkoumat, proč respondenti vnímají nedostatek času jen u aktivizačních činností, nikoliv také u terapií.

##### **c) Nedostatek pracovníků pro aktivizaci**

Výsledky ukazují, že respondenti nevnímají nedostatek pracovníků pro poskytování aktivizačních činností v 65,6 % a v 69,7 % u terapií. Je zřejmé, že dotázaní respondenti

jsou spokojeni s počtem pracovníků poskytujících nejen aktivizační činnosti, ale i terapie.

#### **d) Nedostatečné vzdělání týkající se aktivizace**

Co se týče vzdělání, tak 85,2 % respondentů nevnímá u aktivizačních činností nedostatek vzdělání v oblasti aktivizace a 79,5 % respondentů totéž u terapií. Je patrné, že dotázaní respondenti jsou spokojeni se vzděláním týkajícím se aktivizace.

#### **e) Jiné obtíže související s poskytováním aktivizačních činností a terapií**

Jiné obtíže související s aktivizačními činnosti nevnímá 83,6 % respondentů a jiné obtíže související s terapiemi nevnímá 85,2 % respondentů. Odpovědi respondentů, kteří tuto otázku zodpověděli kladně (16,4 % respondentů u aktivizačních činností a 14,8 % respondentů u terapií), zobrazuje tabulka 48.

**Tabulka 48 Problémy související s aktivizačními činnostmi a terapiemi**

DRUH PROBLÉMU	AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI				TERAPIE			
	Ano		Ne		Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Finanční problémy</b>	26	21,3 %	<b>96</b>	<b>78,7 %</b>	26	21,3 %	<b>96 %</b>	<b>78,7 %</b>
<b>Časové problémy</b>	<b>72</b>	<b>59 %</b>	50	41 %	51	41,8 %	<b>71</b>	<b>58,2 %</b>
<b>Nedostatek pracovníků pro aktivizaci</b>	42	34,4 %	<b>80</b>	<b>65,6 %</b>	37	30,3 %	<b>85</b>	<b>69,7 %</b>
<b>Nedostatečné vzdělání týkající se aktivizace</b>	18	14,8 %	<b>104</b>	<b>85,2 %</b>	25	20,5 %	<b>97 %</b>	<b>79,5 %</b>
<b>Jiná možnost</b>	20	16,4 %	<b>102</b>	<b>83,6 %</b>	18	14,8 %	<b>104</b>	<b>85,2 %</b>

Poznámka: celkový počet respondentů n=122.

## **Jiné obtíže související s poskytováním aktivizačních činností a terapií**

Z tabulky 49 je zřejmé, že **při poskytování aktivizačních činností se pracovníci nejčastěji setkávají s pasivitou a nezájmem ze strany seniorů**. Otázkou je, proč senioři nejsou aktivní a nejeví o nabízené aktivizační činnosti zájem, což by bylo žádoucí prozkoumat v jiném výzkumu. V této souvislosti je potřebné si položit otázku, koho, kdy, kde, jak, jakou formou a proč aktivizovat uživatele v domově pro seniory. Vždy by se mělo jednat o nabídku ze strany pracovníků a je na svobodné vůli seniorů, zda se chtějí aktivit zúčastnit. Je potřebné zmínit, že řada uživatelů v domově pro seniory by chtěla být jen na pokoji a sledovat TV. S tímto je spojena i řada otázek týkajících se autonomie ve stáří a svobodné vůle se rozhodovat na jedné straně, na straně druhé toto akceptovat ze strany pracovníků pobytových sociálních služeb.

Pracovníci tedy potřebují seniory k aktivitě motivovat a aktivně jim jednotlivé aktivizační činnosti v domově pro seniory nabízet. Pracovníci dále zmiňovali náročnost přímé péče a obtíže týkající se uživatelů - zdravotní stav, povaha, nálady, adaptační proces. Mezi další obtíže související s aktivizačními činnosti podle respondentů patří nespolupráce v týmu, nevhodné prostory a vybavení včetně malé kapacity auta a náročná administrativa.

Při poskytování terapií se pracovníci opět setkávají s nezájmem uživatelů a jejich pasivitou, ale v menší míře než je tomu u aktivizačních činností (tabulka 49). Pracovníci rovněž uváděli, že se jim nedaří týmová spolupráce a vzájemná komunikace. Ukazuje se, že při poskytování aktivizačních činností i terapií v domovech pro seniory se pracovníci setkávají jednak s pasivitou i nezájmem klientů a náročností přímé péče, jednak s problémy týkajícími se vzájemné komunikace a týmové spolupráce. Jedním z možných řešení je supervize, kdy je možné se danými tématy zabývat při případové a týmové supervizi. Ve dvou případech bylo zmíněno neocenění při poskytování terapií, ale není zřejmé, zda tímto bylo myšleno nedostatečné ocenění ze strany spolupracovníků, nadřízených či uživatelů. Žádný z dotázaných pracovníků neuvedl finanční obtíže, ale zmiňovány byly obtíže organizačního charakteru (prostory, vybavení, malá kapacita auta, víkend bez aktivizace).



**Tabulka 49** Obtíže související s poskytováním aktivizačních činností a terapií

	AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI		TERAPIE	
	Název obtíže	Počet odpovědí	Název obtíže	Počet odpovědí
1.	Velká administrativní zátěž	2x	„Nedocenenost“	2x
2.	Sociální a zdravotní oblast	1x	Interpersonální vztahy, nedaří se spolupráce s týmem, vzájemná komunikace	3x
3.	Sobota a neděle bez aktivizace	1x	Nedostatek pracovníků	1x
4.	Nedostatek spolupráce v týmu, obtíže v pracovním kolektivu	2x	Omezené možnosti zvířete	1x
5.	Nedostatek vhodných prostor a vybavení	2x	Malý prostor	2x
6.	Malá kapacita auta	2x	Příprava klienta před aktivizací	1x
7.	Nezájem a pasivita klientů	12x	Nezájem klienta a pasivita	7x
8.	Povahové rysy některých klientů, náladovost klientů	2x	Náročnost přímé péče	1x
9.	Špatný zdravotní stav klientů	2x	Pomoc další osoby při manipulaci s uživatelem	1x
10.	Delší adaptační fáze - trpělivost	1x	Aktivizační činnosti	1x
11.	Náročnost individuální aktivizace	1x	Omezení pramenící z vysokého věku klienta	1x

**Poznámka:** V tabulce jsou zobrazeny počty odpovědí respondentů.

## **Shrnutí výsledků k dílčímu cíli 11**

59 % pracovníků věnujících se aktivizaci v domově pro seniory uvádí časové problémy při poskytování aktivizačních činností a 41,8 % pracovníků při poskytování terapií. Pracovníci domovů pro seniory v souvislosti s poskytováním aktivizačních činností a terapií nemají finanční problémy, mají dostatek pracovníků pro aktivizaci i dostatečné vzdělání týkající se aktivizace. Jiné obtíže spatřují ale v pasivitě a nezájmu seniorů, v náročnosti přímé péče (zdravotní stav uživatelů, povaha, nálady, adaptační proces), ve vztazích (nespolupráce týmu, špatná komunikace) a v organizačních záležitostech (nevhodné vybavení a prostory, malá kapacita auta, náročná administrativa).

#### 4.3.11 Vyhodnocení hypotéz

V této části výsledků je prezentováno statistické vyhodnocení hypotéz týkajících se poskytování aktivizace v domově pro seniory. Statistické ověřování stanovených hypotéz je rozděleno na dvě části. První část se týká ředitelů domova pro seniory a část druhá pracovníků věnujících se aktivizaci v domově pro seniory.

**H1 (H<sub>A</sub>): Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele má vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace.**

**H1 (H<sub>0</sub>): Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele nemá vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace.**

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu ( $\chi^2$ ) byl zjišťován vztah mezi délkou praxe v péči o seniory na straně ředitele v kontextu s dostatkem finančních prostředků na poskytování aktivizace v domově pro seniory. Díky dosažené hladině významnosti  $p = 0,05$  se zamítá H<sub>0</sub> a platí H<sub>A</sub>. Je možné konstatovat, že **byl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou praxe v péči o seniory na straně ředitele a dostatkem finančních prostředků na aktivizaci v domově pro seniory**. Je zřejmé, že délka praxe v oblasti péče o seniory na straně ředitele má statisticky významný vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace. **Ředitelé, kteří získali profesní zkušenosti s péčí o seniory v rozmezí 6–10 let, si nejvíce uvědomují nedostatek finančních prostředků na aktivizaci (tab 50).**

**Tabulka 50 – Vztah délky praxe v péči o seniory a dostatku finančních prostředků na aktivizaci**

Délka praxe v péči o seniory	Dostatek finančních prostředků na aktivizaci		
	ne až spíše ne	průměrně	spíše ano až ano
1-5 let	0	0	0
6-10 let	++	-	0
11 a více let	0	0	0

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

**H2 (H<sub>A</sub>): Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele má vliv na to, zda domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace.**

**H2 (H<sub>0</sub>): Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele nemá vliv na to, zda domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace.**

Prostřednictvím Pearsonova chí kvadrát testu ( $\chi^2$ ) bylo zjišťováno, zda délka praxe v péči o seniory statisticky významně souvisí se zpracovanou metodikou týkající se poskytování aktivizace v domově pro seniory. Na základě dosažené hladiny významnosti  $p = 0,031$  se zamítá H<sub>0</sub> a platí H<sub>A</sub>. Lze tedy konstatovat, že **dlouhodobé zkušenosti v péči o seniory ze strany ředitele mají statisticky významný vliv na to, zda mají v zařízení vypracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace (tab 51). Pblatí, že s narůstající délkou praxe v péči o seniory ze strany ředitele má statisticky významně více domovů pro seniory zpracovanou metodiku související s poskytováním aktivizace.**

**Tabulka 51 – Vztah délky praxe v péči o seniory a metodiky v oblasti aktivizace**

Délka péče o seniory	Zpracovaná metodika týkající se poskytování aktivizace	
	ano	ne
1–5 let	0	0
6–10 let	-	+
11 a více let	+	-

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

**H3 (H<sub>A</sub>): Délka praxe v pomáhající profesi na straně ředitele má vliv na to, zda se v domově pro seniory používá koncept či model péče o seniory.**

**H3 (H<sub>0</sub>): Délka praxe v pomáhající profesi na straně ředitele nemá vliv na to, zda se v domově pro seniory používá koncept či model péče o seniory.**

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu ( $\chi^2$ ) bylo zjišťováno, zda má délka praxe v pomáhající profesi na straně ředitele vliv na používání konceptu či modelu péče v domovech pro seniory. Na základě dosažené hladiny významnosti  $p = 0,74$  se přijímá H<sub>0</sub> a neplatí H<sub>A</sub>. **Neexistuje tedy statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a tím, že zda se v domově pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.** Je ale možné vysledovat trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi u ředitelů na zavedení konceptu či modelu péče o seniory v domově pro seniory. Tento trend by bylo žádoucí otestovat na větším souboru.

**H4 (H<sub>A</sub>): Délka praxe na pozici ředitele má vliv na to, kteří pracovníci jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory.**

**H4 (H<sub>0</sub>): Délka praxe na pozici ředitele nemá vliv na to, kteří pracovníci jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory.**

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu ( $\chi^2$ ) bylo zkoumáno, zda existuje souvislost mezi délkou praxe na pozici ředitele a koordinací aktivizace ze strany pracovníků. Na dosažené hladině významnosti  $p = 0,04$  se zamítá  $H_0$  a platí  $H_A$ . **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe na pozici ředitele a pracovníky, kteří jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory (tab 52). Platí, že s narůstající délkou praxe v pozici ředitele statisticky významně převažují sociální pracovníci v roli koordinátora aktivizace, a to ve srovnání s jinými pracovníky (pracovníky v sociálních službách, jinými pracovníky, případně managementem organizace – tedy ředitelem, vrchní či staniční sestrou).**

**Tabulka 52 – Vztah délky praxe na pozici ředitele a koordinace aktivizace**

Délka praxe na pozici ředitele	Koordinace aktivizace v domově pro seniory		
	ředitel	sociální pracovník	jiný pracovník
1–5 let	0	---	+++
6–10 let	0	0	-
11 let a více	0	+	0

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); +/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

**H5 ( $H_A$ ): Délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá koncept či model péče o seniory.**

**H5 ( $H_0$ ): Délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci nemá vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.**

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu ( $\chi^2$ ) bylo zjišťováno, zda existuje souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používáním konceptu či modelu péče o seniory. Na dosažené hladině významnosti  $p=0,07$  je zamítnuta  $H_0$  a platí  $H_A$ . Lze tedy konstatovat, že existuje statisticky

**významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používáním konceptu či modelu v péči o uživatele v domově pro seniory.** Z tabulky 53 je zřejmé, že s narůstající délkou praxe v pomáhající profesi na straně pracovníků poskytujících aktivizaci se statisticky častěji používá model či koncept péče o uživatele v domově pro seniory.

**Tabulka 53 – Vztah délky praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používání konceptu či modelu péče**

Délka praxe v pomáhající profesi	Používání konceptu či modelu péče	
	ano	ne
1 až 5 let	--	++
6 až 10 let	o	o
11 let a výše	++	--

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); +/+ - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

**H6 (H<sub>A</sub>): Délka praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá koncept či model péče o seniory.**

**H6 (H<sub>0</sub>): Délka praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci nemá vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá koncept či model péče o seniory.**

Prostřednictvím Pearsonova chí kvadrát testu  $\chi^2$  bylo zkoumáno, zda existuje souvislost mezi délkou praxe v péči o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používáním konceptu či modelu péče o seniory. Na dosažené hladině významnosti  $p=0,79$  se přijímá H<sub>0</sub> a neplatí H<sub>A</sub>. Lze tedy konstatovat, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníků, kteří poskytují aktivizaci, a používáním konceptu či modelu péče o uživatele v domově pro seniory.**

Z výsledků je ale patrný následující trend (tab 54). Pracovníci poskytující aktivizaci, kteří jsou v domově pro seniory zaměstnáni méně než 5 let nepoužívají žádný koncept či model péče o seniory. Tento závěr by bylo vhodné ověřit na větším souboru respondentů. Uvedený trend lze považovat za předpoklad, který by byl vhodný pro verifikaci.

**Tabulka 54 – Vztah délky praxe v péči o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používání konceptu či modelu péče**

Délka praxe v péči o seniory	Používání konceptu či modelu péče	
	ano	ne
1 až pět let	-	+
6 až 10 let	o	o
11 let a více	o	o

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); +/+/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

**H7 (H<sub>A</sub>): Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory.**

**H7 (H<sub>0</sub>): Neexistuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory.**

Prostřednictvím Pearsonova chí kvadrát testu ( $\chi^2$ ) bylo zjišťováno, zda existuje souvislost mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory. Na základě dosažené hladiny významnosti  $p=0,40$  se zamítá H<sub>0</sub> a platí H<sub>A</sub>. **Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory.**



Z tabulky 55 je zřejmé, že pracovníci s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním statisticky významně častěji uvádějí, že je v domově pro seniory nedostatek pracovníků pro aktivizační činnosti než pracovníci mající středoškolské vzdělání. Z výsledků vyplynulo, že středoškolské vzdělání mají pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci získali vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání. Z výsledků je zcela zřejmý názorový rozdíl mezi těmito dvěma profesemi. Výzkumem bylo zjištěno také rozdílné názory na vzdělání u pracovníků poskytujících terapii v domově pro seniory. Ukázalo se, že sociální pracovníci statisticky významně více vnímají nedostatečné vzdělání u pracovníků poskytujících terapii než pracovníci v sociálních službách (viz výsledky u dílčího cíle 7).

**Tabulka 55 – Vztah vzdělání pracovníka poskytujícího aktivizaci a nedostatek pracovníků pro aktivizační činnosti**

Vzdělání pracovníků poskytujících aktivizaci	Nedostatek pracovníků pro aktivizační činnosti	
	ano	ne
středoškolské bez maturity a s maturitou	-	+
vyšší odborné a vysokoškolské	+	-

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

## 5. Diskuse

V této kapitole budou získaná data interpretována a komparována s teoretickými poznatky i zkušenostmi z praxe, které se vztahující nejen k aktivizačním činnostem a terapiím v domovech pro seniory, ale i ke komplexní péči o seniory v kontextu pobytových sociálních služeb a koordinované rehabilitaci.

Cílem disertační práce bylo zjistit, jaké aktivizační činnosti a terapie jsou poskytovány v domovech pro seniory v ČR. Autorčím cílem bylo uceleně zpracovat problematiku týkající se aktivizace uživatelů v domově pro seniory, a to z pohledu ředitelů domova pro seniory a pracovníků věnujících se aktivizaci. Z realizovaného předvýzkumu vyplynula potřeba zvolit do dotazníku vlastní konstrukce i otevřené otázky z důvodu hlubšího porozumění danému tématu. Při realizaci výzkumu se autorka disertační práce opakovaně setkávala s malým zájmem a časovou zaneprázdněností respondentů. Přestože proběhlo několik fází sběru dat, je návratnost dotazníků 20 %. I přes veškeré autorčino úsilí se jednopětinová návratnost dotazníků v rámci tohoto výzkumu ukazuje jako maximálně možná. Vzhledem k preciznosti vyplnění dotazníků, které byly navráceny zpět, získaná data mají velkou vypovídající hodnotu, co se týče obsahu i hloubky. Zjištěné výsledky se týkají 105 ředitelů domovů pro seniory a 122 pracovníků poskytujících aktivizaci, avšak nelze je zobecnit na všechny domovy pro seniory v ČR.

V rámci kvantitativní analýzy dat bylo testováno sedm hypotéz. První hypotéza zněla **„Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele má vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace.“** Tato hypotéza byla potvrzena a na základě jejího testování lze vyslovit závěr, že délka praxe v oblasti péče o seniory na straně ředitele má statisticky významný vliv na to, zda domovy pro seniory mají dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace. Z tohoto zjištění je možné usoudit, že pro ředitele, kteří mají dlouhodobé zkušenosti v péči o seniory, je důležité finančně zajistit poskytování aktivizace v rámci vícezdrojového financování.

Druhá hypotéza **„Délka praxe v péči o seniory na straně ředitele má vliv na to, zda domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace.“** byla přijata. Lze tedy konstatovat, že dlouhodobé zkušenosti v péči o seniory ze strany ředitele mají

statisticky významný vliv na to, zda mají v zařízení vypracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace. Ukazuje se, že délka praxe v péči o seniory na straně ředitele hraje významnou roli také v tom, zda zařízení mají či nemají zpracovanou metodiku týkající se aktivizace. Jako užitečné se jeví, když ředitel nejprve získá cenné zkušenosti s přímou péčí o seniory, a poté jako manažer na pozici ředitele usiluje o získání financí, ale i o odborné zajištění poskytovaných služeb.

Třetí hypotéza *„Délka praxe v pomáhající profesi na straně ředitele má vliv na to, zda se v domově pro seniory používá ý koncept či model péče o seniory.“* byla zamítnuta. Neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a tím, zda se v domově pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory. U ředitelů se jeví jako důležitější délka praxe v péči o seniory než délka praxe, kterou mají v pomáhající profesi.

Další testovaná, čtvrtá, hypotéza byla ve znění *„Délka praxe na pozici ředitele má vliv na to, kteří pracovníci jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory.“* Zmíněná hypotéza byla potvrzena a na základě jejího testování je možné vyslovit závěr, že s narůstající délkou praxe na pozici ředitele domova pro seniory se statisticky významně převažují sociální pracovníci v roli koordinátora aktivizace, a to ve srovnání s jinými pracovníky. Podle tohoto závěru sociální pracovník oproti jiným pracovníkům (vrchní či staniční sestra, pracovníci v sociálních službách, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, aj.) koordinuje poskytování aktivizace. Podle Janečkové (2005) sociální pracovník v domově pro seniory zajišťuje kvalitu, tj. koordinuje práce na interních standardech kvality a vykonává manažerskou činnost jako vedoucí socioterapeutického týmu, zastupuje ředitele a podílí se na koncepci zařízení.

Předmětem zájmu bylo využívání konceptu či modelu péče v domově pro seniory s ohledem nejen na délku praxe v pomáhající profesi, ale i délku praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníků poskytujících aktivizaci. Předmětem testování byly dvě hypotézy ve znění *„Délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá koncept či model péče o seniory.“* a *„Délka praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.“*

Hypotéza tvrdící, že délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá koncept či model péče o seniory, byla potvrzena. Na základě testování lze vyvodit závěr, že s narůstající délkou praxe v pomáhající profesi na straně pracovníků poskytujících aktivizaci se statisticky více častěji používá model či koncept péče o uživatele v domově pro seniory. Potvrdilo se tedy, že na používání konceptu či modelu v zařízení má vliv délka praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka nikoliv na straně ředitele (viz hypotéza č. 3). V tomto kontextu je možné uvažovat o tom, že pracovníci věnující se aktivizaci po získání odborných zkušeností s různými cílovými skupinami a díky celoživotnímu vzdělávání vnímají potřebu zavedení konceptu či modelu jako součást péče o seniory.

Hypotéza „*Délka praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci má vliv na to, zda se v domovech pro seniory používá nějaký koncept či model péče o seniory.*“ byla zamítnuta. Lze tedy konstatovat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v oblasti péče o seniory na straně pracovníků, kteří poskytují aktivizaci, a používáním konceptu či modelu péče o uživatele v domově pro seniory.

Poslední, sedmá, hypotéza ve znění „*Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním pracovníka poskytujícího aktivizaci a vnímáním nedostatku pracovníků pro aktivizační činnosti v domově pro seniory.*“ byla potvrzena. Na základě testování lze vyslovit závěr, že s narůstajícím vzděláním si pracovníci poskytující aktivizaci uvědomují potřebu dostatečného personálního zajištění pro aktivizační činnosti v domově pro seniory. Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (sociální pracovníci) si více uvědomují, že je v domově pro seniory nedostatek pracovníků pro aktivizační činnosti, než pracovníci mající středoškolské vzdělání (pracovníci v sociálních službách). Toto zjištění lze zdůvodnit mimo jiné i tím, že sociální pracovníci zodpovídají za koordinaci aktivizace v domově pro seniory a uvědomují si důležitost zajištění aktivizačních činností nejen po odborné stránce, ale i po stránce personální.

### **5.1 Diskuse k dílčímu cíli 1 a 2**

Z výzkumu vyplynulo, že se v domovech pro seniory poskytuje celá řada aktivizačních činností a terapií, ale ředitelé domovů pro seniory a pracovníci věnující se aktivizaci

nevnímají rozdíl mezi terapií, činností a aktivitou. Toto je dáno i terminologickým nesouladem a nejasným vymezením v odborné literatuře. V posledních několika letech téměř všechny aktivity v domovech pro seniory začaly být označovány jako terapie i přesto, že se o terapie v žádném případě nejednalo. Autorka disertační práce pozoruje, že zařízení začínají postupně upouštět od označení terapie a nahrazují tento pojem jiným vhodnějším označením, například pohybové či výtvarné aktivity místo pohybová terapie či arteterapie. Při analýze webových stránek a výročních zpráv jednotlivých domovů pro seniory je toto již patrné.

Jako užitečné se jeví terminologický nesoulad změnit například v rámci celoživotního vzdělávání jako jsou konference, odborné semináře či kurzy. Autorka disertační práce se domnívá, že je potřebné terminologii v oblasti aktivizace zakomponovat především do vzdělávání určeného pro pracovníky v sociálních službách. Tito pracovníci poskytují v domovech pro seniory aktivizaci, stejně jako sociální pracovníci a jiní pracovníci. Výzkum ukázal, že sociální pracovníci mají vyšší vzdělání než pracovníci v sociálních službách.

Aktivizační činnosti a terapie jsou nejčastěji v domově pro seniory poskytovány kombinovanou formou, tj. individuální i skupinovou formou. Aktivizační činnosti jsou poskytovány individuální formou nejčastěji několikrát týdně a skupinovou formou jednou za týden. Oproti tomu terapie jsou poskytovány skupinovou formou nejčastěji jednou týdně i několikrát týdně.

Ukázalo se, že nejčastějším druhem zooterapie, který je poskytovaný v domově pro seniory, je canisterapie a poté felinoterapie. V rámci návštěvní formy se nejčastěji využívá canisterapie. Autorka disertační práce toto považuje za dobrý krok s ohledem na welfare canisterapeutického psa (pohyb, péče, výcvik, aj.). Bylo zjištěno, že felinoterapie je poskytována návštěvní i rezidentní formou, ornitoterapie a zooterapie s malými zvířaty rezidentní formou, lamaterapie formou návštěvní, farmingoterapie formou návštěvní i rezidentní. Insektoterapie není doposud v českých domovech pro seniory realizovaná. Rezidentní i návštěvní formou je poskytována také zooterapie, při které jsou využívány rybičky, a hipoterapie. V souvislosti s poskytováním zooterapie je nutné zmínit, že v České republice dosud nejsou upraveny legislativní podmínky pro její praktikování včetně kvalifikačních požadavků. Výjimkou je hipoterapie, která je pod záštitou České

hiporehabilitační společnosti. Za další je potřebné v praxi vydefinovat pojem zooterapeut a užitečné by bylo zařadit například canisterapeuta do katalogu povolání MPSV ČR.

### 5.2 Diskuse k dílčímu cíli 3

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou terminologii volí ředitelé a pracovníci věnující se aktivizaci v oblasti péče o seniory. Z výzkumu jednoznačně vyplynulo, že nejvíce používanou terminologií jsou zaprvé aktivizační činnosti, zadruhé volnočasové aktivity a zatřetí aktivizace. Bylo zjištěno, že se v domovech pro seniory nevyužívá pojem animace, sociálně aktivizační činnosti, nefarmakologické přístupy, aktivizační programy a programování aktivit.

V odborné literatuře je používána různá terminologie a autoři nejsou v tomto zcela jednotní. Janečková et al. (2004) zmiňuje terminologii týkající se programování aktivit, aktivizace a animace. Volnočasové aktivity seniorů zmiňuje Janiš a Skopalová (2016), Holcerová a Dvořáčková (2013). Naopak Pichaud a Thareauová (1998) používají pojem animace každodenního života a uvádějí, že je důležité věnovat pozornost tomu, jakým způsobem je možné oživit (animovat) úkony, slova a události. Pojem animace je v České republice spojován spíše s volnočasovými aktivitami dětí například během dovolené u moře a v oblasti péče o seniory je využíván minimálně. Pojem programování aktivit uvádí Janečková et al (2004), jehož cílem je vytvořit seniorům podpůrné prostředí v materiálním, psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, hovoří o výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech a sociálně terapeutických činnostech, nikoliv však o volnočasových aktivitách, aktivizaci apod. Autorka disertační práce zastává názor, že je potřebné používanou terminologií týkající se aktivizačních činností a terapií v domově pro seniory sjednotit, což může být užitečné v praxi pracovníkům v domově pro seniory.

Aktivizace je často v praxi vnímaná jako „nadřazený“ pojem pro vykonávání nejrůznějších činností v domovech pro seniory, jejichž smyslem je pomoci uživatelům smysluplně a efektivně trávit volný čas. Pojem aktivizace může být vnímán i tak, že „vyvolává představu pasivního konzumenta předem připravených aktivizačních programů, ba dokonce vyvolává představu manipulace s lidmi, např. v zájmu presentace

*výsledků jejich činnosti a práce“.* (Janečková et al., 2004, s. 437). Pokud někoho aktivizujeme, znamená to, že jej podněcujeme k nějaké činnosti a chceme, aby byl aktivnější. Znamená to tedy, že jsou senioři v pobytové sociální službě pasivní a musejí být ze strany pracovníků neustále aktivizováni? V této souvislosti se nabízí nejen otázka, zda senioři nemohou být také někdy pasivní a do nabízených činností se nezapojovat, ale i otázka, do jaké míry mají být senioři ze strany pracovníků v domově pro seniory aktivizováni. Autorka disertační práce se domnívá, že je potřebné aktivizaci vždy volit s ohledem na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby seniorů, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich rozhodnutí. To znamená být svobodný a rozhodovat sám za sebe, o sobě i způsobu trávení času.

### **5.3 Diskuse k dílčímu cíli 4**

V rámci výzkumu byla pozornost zaměřena také na používání modelu či konceptu péče o seniory. Ukázalo se, že model či koncept péče v domově pro seniory se využívá podle 35,2 % oslovených ředitelů a 32,2 % oslovených pracovníků. Nejčastěji byl respondenty uváděn 1. koncept Bazální stimulace®, 2. Psychobiografický model péče podle Böhma®, 3. reminiscence a 4. koncept Smyslové aktivizace®. Jeden respondent (pracovník poskytující aktivizaci) uvedl ošetrovatelský model D. E. Oremové, který není tolik známý a je zaměřený na sebedpěči pacienta (*Hrstková, 2010*). Z odpovědí jak respondentů, tak pracovníků poskytujících aktivizaci jednoznačně vyplývá nejasnost v používané terminologii. Mezi modely či koncepty byl například zahrnut i etický kodex zdravotnického personálu, metodické pokyny či přístup orientovaný na klienta.

Na důležitost konceptů a modelů v péči o seniory upozorňuje EBIN- Erwin Böhm Institut (2008, s. 1) takto: *„Nové koncepty a modely péče nám předkládají nové způsoby poskytování odborné péče založené na důkazech a prověřené praxi.“* (EBIN - Erwin Böhm Institut, 2018). V mnoha ohledech je užitečné poskytovat péči seniorům v kontextu nějakého modelu či konceptu, a to zejména z důvodu kvality poskytovaných služeb a poskytování péče seniorům „na míru“. Ale na druhé straně je žádoucí zaměstnancům domova pro seniory zprostředkovat relevantní informace týkající se modelů a konceptů péče, například v rámci dalšího vzdělání (semináře, kurzy, konference). Autorka navrhuje také zpracování slovníčku pojmů týkajícího se aktivizace v tištěné a v elektronické podobě.

Výzkumem bylo zjištěno, že domovy pro seniory zřizované samosprávou (kraj, obec) používají statisticky významně více koncept či model péče ve srovnání s těmi domovy pro seniory, které mají jiného zřizovatele (církve, nestátní neziskové organizace, jiné právnické či fyzické osoby). Autorka si toto zjištění zdůvodňuje tím, že prioritou kraje či města jako zřizovatele by mělo být podporovat zřizovaná zařízení a kvalitu poskytovaných služeb. Zajímavé by bylo zjistit, jaká byla motivace a důvody pro zavedení konceptu či modelu péče v těchto zařízeních.

V roce 2012 vznikla v ČR Asociace Palma, jejímž cílem bylo sdružovat koncepty a modely péče s mezinárodní účastí, tj. Smyslová aktivizace podle Lore Wehner, Bazální stimulace, Psycho-biografický model péče prof. E. Böhma, Kinestetická mobilizace Viv-Arte; Snoezelen koncept a Validace podle Naomi Feil (Institut Smyslové aktivizace, 2018). Autorka disertační práce shledává tento záměr za dobrý krok mimo jiné z důvodu zajištění kvality poskytované péče a vzájemné spolupráce mezi jednotlivými odbornými členy této asociace. V roce 2015 Asociace Palma změnila název na Asociace Palma, z. s., a v současné době asociace nevyvíjí již žádnou činnost, neboť je od roku 2017 v likvidaci. Autorce disertační práce se nepodařilo zjistit důvody jejího zániku, ale lze uvažovat o důvodech organizačních, finančních či personálních.

#### *5.4 Diskuse k dílčímu cíli 5*

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda domovy pro seniory získaly Značku kvality v sociálních službách. Značka kvality v sociálních službách se týká externí certifikace pro sociální služby, podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, a je založená na udělování hvězdiček, a to z pohledu uživatele služby. Cílem je poskytnout informace o kvalitě sociální služby zájemcům o službu, nově přijatým uživatelům či rodinným příslušníkům (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018a). Z výzkumu vyplynulo, že tuto certifikaci získalo 17,2 % dotázaných domovů pro seniory. Je zřejmé, že ředitelé z nějakého důvodu neusilují o její získání. Lze uvažovat o důvodech finančních, organizačních či personálních. Autorka disertační práce se domnívá, že důvodem může být i to, že Značka kvality je dobrovolným systémem hodnocení kvality poskytovaných služeb oproti hodnocení Standardů kvality sociálních služeb, které je pro poskytovatele sociálních služeb ze zákona povinné. Na webových stránkách APSS ČR jsou veřejně dostupné informace, které domovy pro seniory tuto certifikaci získaly



(Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2018b), což je cca 60 domovů pro seniory z celkového počtu 521 registrovaných domovů pro seniory u MPSV ČR (stav k 31. 5. 2018).

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zda souvisí získání Značky kvality v sociálních službách s počtem aktivizačních činností, terapií a zooterapií. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi počtem zooterapií, které jsou v domovech pro seniory poskytovány, a certifikací zařízení, tzv. „Značkou kvality v sociálních službách“ ( $p = 0,013$ ). Lze tedy konstatovat, že domovy pro seniory, které získaly v rámci systému externí certifikace pro sociální služby podle APSS ČR tzv. Značku kvality v sociálních službách, poskytují více druhů zooterapií než zařízení, která tuto značku kvality nemají. Vzhledem k nízkému počtu respondentů je vhodné tuto skutečnost otestovat na větším souboru. Jedním z možných důvodů je například i to, že certifikovaná zařízení mají větší zájem o spolupráci s jednotlivci či organizacemi, které poskytují zooterapii, a to z důvodu poskytování komplexních služeb.

### *5.5 Diskuse k dílčímu cíli 6 a 7*

Ředitelé domova pro seniory i pracovníci poskytující aktivizaci byli dotazováni, kdo je v zařízení pověřen koordinováním aktivizace (dílní cíl 6). Výsledky ukázaly, že v 66,7 % domovů pro seniory je za koordinaci zodpovědný sociální pracovník. Podle Janečkové (2005) mezi činnosti sociálního pracovníka patří koordinace týmu, dále jde o programy aktivit, kulturní i společenské akce a vzdělávací programy. Malíková (2011) zmiňuje, že se sociální pracovník podílí jako koordinátor na plnění Individuálního plánování průběhu sociální služby (standard č. 5), kde jsou dojednány s uživatelem cíle, způsob jejich naplňování a průběh péče. Součástí individuálního plánu seniora je také téma aktivizace.

Z výsledků dále vyplynulo, že v 11,4 % je aktivizace koordinována ze strany ředitele. Důvodem mohou být například organizační či personální záležitosti. Další možný důvod může spočívat v nedostatku manažerských zkušeností na straně ředitele, tj. že ředitel neumí koordinaci aktivizace delegovat na jiné pracovníky. Pozornost byla v tomto kontextu zaměřena také na zjištění, zda existuje za prvé souvislost mezi délkou péče o seniory a koordinací aktivizace, za druhé souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi a koordinací aktivizace. Provedeným výzkumem byly vysledovány tyto dva trendy. 1. Ředitelé v péči o seniory s délkou praxe 11 let a více pověřují koordinací

sociální pracovníky a ředitele s délkou praxe 1 až 5 let koordinací aktivizace pověřují jiné pracovníky. 2. Lze vysledovat trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a délky praxe v péči o seniory na straně ředitele vzhledem ke koordinaci aktivizace v domově pro seniory.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je pracovní pozice a vzdělání zaměstnanců domova pro seniory, kteří poskytují aktivizaci (dílčí cíl 7). Z výzkumu vyplynulo, že do aktivizace jsou zapojeni v 81 % oslovených domovů pro seniory sociální pracovníci; v 95,2 % pracovníci v sociálních službách a v 63,8 % se aktivizaci věnují rovněž dobrovolníci. V souvislosti s tématem koordinování aktivizace je zřejmé, že sociální pracovníci koordinují práci pracovníků v sociálních službách, a to nejen v oblasti aktivizace. Sociální pracovníci se podle Janečkové (2005) věnují také manažerské činnosti, např. jako vedoucí socioterapeutického týmu.

Jako důležité se jeví zmínit vzdělání pracovníků v sociálních službách v souvislosti s poskytováním aktivizace. Z autorčiných zkušeností z praxe vyplývá, že mnohdy tito pracovníci uvádějí, že vykonávají arteterapii, reminiscenční terapii či muzikoterapii, i přestože pro poskytování terapie nemají žádné kvalifikační předpoklady. Výzkum přinesl zjištění, že existuje statisticky významná souvislost mezi pracovní pozicí a nedostatečným vzděláním pro terapii. Platí, že sociální pracovník statisticky významně více vnímá nedostatečné vzdělání jako největší obtíž při realizaci terapií v domově pro seniory, než pracovník v sociálních službách a jiný pracovník.

Výzkum přinesl zajímavé zjištění, že zooterapie je v domovech pro seniory nejčastěji poskytována dobrovolníky ve 49,6 %; ve 37,2 % zooterapii praktikují pracovníci v sociálních službách a ve 35,4 % aktivizační pracovníci. Výsledky ukazují, že canisterapii provádějí nejčastěji ve 34,3 % dobrovolníci a ve 22,9 % aktivizační pracovníci. Vzhledem k tomu, že autorka disertační práce má teoretické i praktické zkušenosti s poskytováním canisterapie, musí upozornit na následující skutečnost. V současné době existují v České republice pouze dvě organizace, které jsou akreditovanými dobrovolnickými centry a současně praktikují zooterapii. To znamená, že dobrovolník v oblasti canisterapie by měl být v ideálním případě pod záštitou tohoto dobrovolnického centra, kde má možnost využívat řadu výhod, svoji činnost supervidovat

a také být pojištěn. V praxi se stává, že canisterapii vykonávají osoby, které nejsou akreditovanými dobrovolníky, a přesto se za dobrovolníky označují a považují.

Výzkum dále poukázal na možnost zapojení se do aktivizace ze strany rodinných příslušníků. Ukázalo se, že v 38,1 % oslovených domovů pro seniory jsou rodinní příslušníci do aktivizace zapojeni v případě zájmu. V 39 % oslovených domovech pro seniory je duchovní péče poskytována v souvislosti s aktivizací. Na nekonceptnost péče o duchovní potřeby ve zdravotnických a sociálních zařízeních upozorňuje Suchomelová (2016). Podle názoru autorky disertační práce je žádoucí se v domovech pro seniory více zaměřit na uspokojování spirituálních potřeb seniorů. Podle Malíkové (2011) se sociální pracovník podílí na uspokojení duchovních potřeb uživatelů a zajišťuje spolupráci s místní farností.

### *5.6 Diskuse k dílčímu cíli 8 a 9*

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zda je v domovech pro seniory dostatečný počet pracovníků poskytujících aktivizaci (díleční cíl 8). Ukázalo se, že 44,8 % ředitelů a 34,5 % pracovníků poskytujících aktivizaci vnímá počet pracovníků v oblasti aktivizace jako spíše dostatečný až zcela dostatečný; 28,6 % ředitelů a 28,7 % pracovníků vnímá tento počet jako průměrný. Z výsledků vyplývá, že 26,7 % ředitelů a 36,9 % pracovníků hodnotí počet pracovníků v oblasti aktivizace spíše nedostatečný až zcela nedostatečný. Je tedy patrné, že nadpoloviční většina respondentů jak na straně ředitelů, tak na straně pracovníků, hodnotí počet pracovníků pro aktivizaci jako dostačující. Autorka disertační práce se ale několikrát v praxi setkala s tím, že pracovníci v sociálních službách hovoří o přetížení díky nedostatku personálu. Podle získaných výsledků jsou do aktivizace zapojeni i dobrovolníci a pomáhají v rámci týmové práce. Toto může být jedním z důvodů, proč není z pohledu ředitelů a pracovníků potřeba zvyšovat počet pracovníků, kteří se věnují aktivizaci v domově pro seniory. Podnětem pro další výzkumnou studii může být i zmapování činnosti dobrovolníků v domově pro seniory a míra zapojení do aktivizace uživatelů.

Dílečním cílem 9 bylo zjistit, zda mají domovy pro seniory dostatek finančních prostředků na aktivizaci. Výzkumem bylo zjištěno, že 35,2 % domovů pro seniory má dostatek finančních prostředků na aktivizaci; 35,2 % ředitelů hodnotilo finance na aktivizaci odpovědí průměrně a 22,9 % domovů pro seniory nemá dostatek finančních prostředků

na poskytování aktivizace. Pracovníci poskytující aktivizaci také nevnímají žádné obtíže v souvislosti s finančním zajištěním aktivizačních činností a terapií. Celkové roční náklady na aktivizaci jsou v domovech rozdílné nejspíše s ohledem na počet uživatelů a počet pracovníků poskytujících aktivizační činnosti a terapie. Nejnižší roční náklady na poskytování aktivizace činily 12 231 Kč a nejvyšší náklady byly 2 617 012 Kč. Roční náklady na aktivizaci v rozmezí 530 000 až 900 000 Kč uvedlo 19,7 % ředitelů domovů pro seniory. Herman et al. (2008) charakterizuje současný systém financování sociálních služeb jako systém, který má prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení. Přestože jsou sociální služby financovány vícezdrojově, ukazuje se, že se ředitelům domova pro seniory daří získávat finanční prostředky potřebné k poskytování aktivizace.

### *5.7 Diskuse k dílčímu cíli 10 a 11*

Dílčím cílem 10 bylo zjistit, zda domovy pro seniory mají zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace. Výzkum ukázal, že 67,6 % oslovených domovů pro seniory má zpracovanou metodiku v oblasti aktivizace. Malíková (2011) zmiňuje, že mezi činnosti sociálního pracovníka patří provádění analytické a metodické činnosti při zajišťování sociální služby. V této souvislosti lze usuzovat, že právě sociální pracovníci jsou v domovech pověřeni vypracováním metodiky týkající se aktivizace, a to ve spolupráci s dalšími členy multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník spolupracuje s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizační sestrou a pokladní (Malíková, 2011).

V souvislosti s metodikou k aktivizaci byla pozornost zaměřena také na to, zda existuje souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a zpracováním této metodiky v zařízení. Provedeným výzkumem nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně ředitele a zpracovanou metodikou související s poskytováním aktivizace ( $p = 0,68$ ). Lze vysledovat pouze trend závislosti délky praxe v pomáhající profesi na straně ředitele ve vztahu ke zpracované metodice zaměřené na aktivizaci v domově pro seniory. Toto zjištění by bylo užitečné ověřit na větším souboru ředitelů domovů pro seniory.

Prostřednictvím výzkumu s ohledem na dílčí cíl 11 bylo zjišťováno, jaké obtíže vnímají pracovníci poskytující aktivizační činnosti a ti pracovníci, kteří se věnují terapii.

Překvapivým zjištěním bylo, že pracovníci uváděli obtíže v daleko menší míře, než bylo předpokládáno. Výzkum ukázal, že 59 % pracovníků vnímá časové problémy při poskytování aktivizačních činností a 41,8 % pracovníků při poskytování terapií. V jiných oblastech dotázaní pracovníci obtíže nespatořovali (finanční problémy, nedostatek pracovníků pro aktivizaci, nedostatečné vzdělání týkající se aktivizace).

Objevily se však i obtíže týkající se především nezájmu a pasivity seniorů, náročnosti přímé péče (zdravotní stav uživatelů, povaha, nálady, adaptační proces), interpersonálních vztahů (nespolupráce týmu, špatná komunikace) a organizačních záležitostí (nevhodné vybavení a prostory, malá kapacita auta, náročná administrativa). Co se týká náročností přímé péče, interpersonálních a organizačních záležitostí, je vhodné, aby pracovníci efektivně využívali případovou a týmovou supervizi. Nezbytnost supervize v oblasti péče o seniory zmiňuje Hrozenská a Dvořáčková (2013) a Malíková (2011). Na důležitost duševní hygieny upozorňuje Dvořáčková (2012). Pracovníkům poskytujících aktivizaci byla pokládána otázka „*Využíváte k řešení obtíží souvisejících s prováděním aktivizace u seniorů/seniorek supervizi?*“ Z výzkumu vyplývá, že 47,5 % dotázaných pracovníků supervizi v této souvislosti přijímá a 47,5 % nikoliv. Z výsledků je patrné, že jedna polovina dotázaných pracovníků supervizi v souvislosti s aktivizací využívá a druhá nikoliv. Může to znamenat, že polovina dotázaných pracovníků nevnímá žádné obtíže s poskytováním aktivizace či při supervizi upřednostňují témata jiná.

Tématu aktivity a pasivity se věnuje Sobek (2018), který uvádí, že období stáří přináší více klidu i pasivity, a zmiňuje rovněž rozdílný přístup lidí k aktivitě a pasivitě. Podle názoru autorky disertační práce je užitečné, aby si pracovníci v domově pro seniory kladli v souvislosti s aktivizací tyto otázky: Koho budeme aktivizovat? Proč? Kdy? Jak? Kde? Jak dlouho? Jak často? Jaký bude přínos aktivizace pro seniory? Sobek (2018, s. 1) zmiňuje v tomto kontextu důležitou myšlenku: „*Smyslem sociální služby přece není klienty za každou cenu aktivizovat. Cílem je spíše pomoci člověku, aby žil co nejvíce samostatně, spokojeně a po svém.*“ V praxi je tedy potřebné najít správnou míru aktivizace, a to v souladu s fyzickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami seniorů.

## ZÁVĚR

Předložená disertační práce poskytuje ucelený pohled na problematiku aktivizačních činností a terapií poskytovaných v domovech pro seniory v České republice. Pro naplnění hlavního cíle a dílčích cílů bylo využito kvantitativní výzkumné strategie.

Při testování hypotéz byl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou praxe v péči o seniory na straně ředitele a dostatkem finančních prostředků na aktivizaci v domově pro seniory. Výzkumem bylo potvrzeno, že dlouhodobé zkušenosti v péči o seniory ze strany ředitele mají statisticky významný vliv na to, zda mají v zařízení vypracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe na pozici ředitele a pracovníky, kteří jsou pověřeni koordinací aktivizace v domově pro seniory. Výzkumem se podařilo prokázat, že existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používáním konceptu či modelu v péči o uživatele v domově pro seniory,

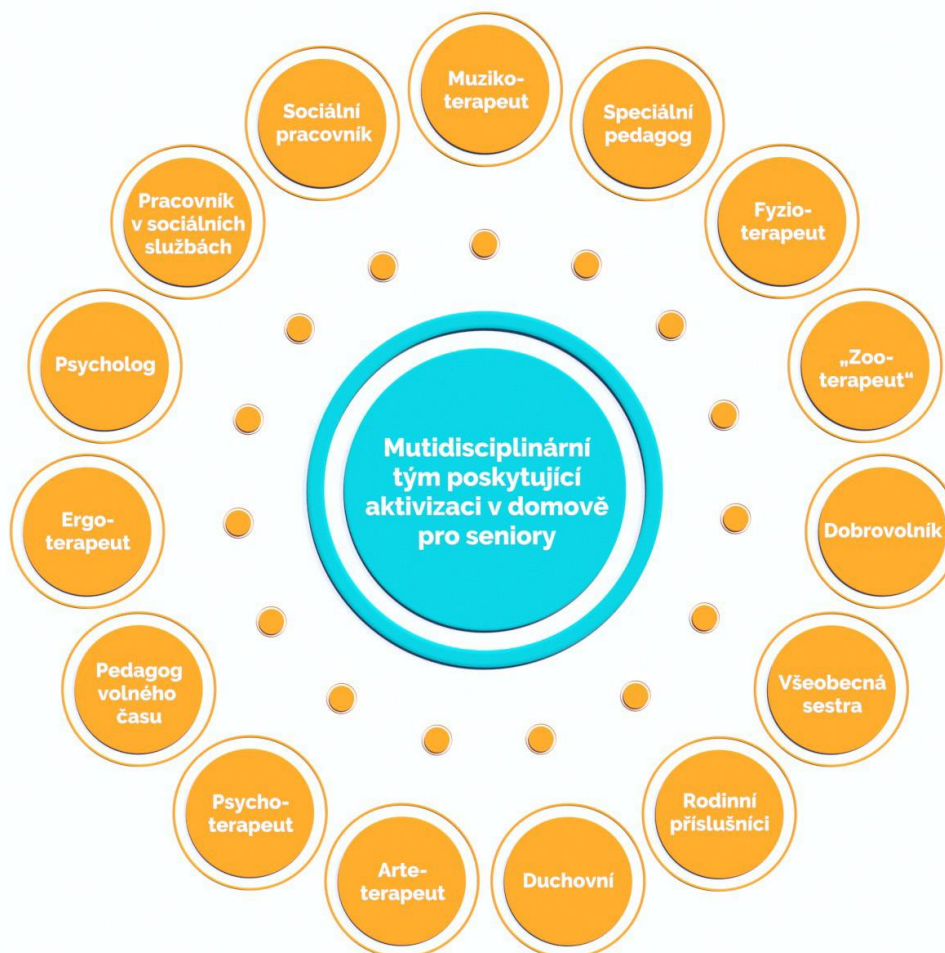
Výzkum identifikoval potíže s terminologií používanou v souvislosti s aktivizací uživatelů v domově pro seniory. Autorka proto navrhuje zpracování a následné vydání slovníčku pojmů, který bude určen pro ředitele a pracovníky věnující se aktivizaci. Žádoucí také je se zabývat koncepcí a terminologií na národní úrovni z důvodu sjednocení používané terminologie a kvality poskytované péče v domovech pro seniory.

Autorka disertační práce zpracovala na základě zjištěných výsledků schéma vlastní konstrukce k názvem Multidisciplinární tým poskytující aktivizaci v domově pro seniory (obrázek 8) a vytvořila Sociálně ekologický model v oblasti aktivizace seniorů (obrázek 9).

### **Multidisciplinární tým v oblasti aktivizace v domově pro seniory**

Z výzkumu vyplynulo, že multidisciplinární tým v oblasti aktivizace uživatelů v domově pro seniory (obrázek 8) tvoří především sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeuti. Součástí týmu jsou také dobrovolníci, kteří se v domově pro seniory věnují aktivizaci. Arteterapeut, muzikoterapeut, psycholog, terapeut, pedagog volného času a speciální pedagog mají

nezastupitelnou roli v týmu, ale jejich zapojení je spíše výjimečné. Oproti tomu jsou zooterapeuti do aktivizace seniorů zapojeni v daleko větší míře. Překvapivé bylo zjištění nízkého počtu duchovních, kteří s oslovenými zařízeními spolupracují. Jako užitečné se jeví zapojení rodinných příslušníků do aktivizačních činností a terapií, pokud o to projeví zájem. Ze strany sociálního pracovníka by měli být rodinní příslušníci o této možnosti informováni.

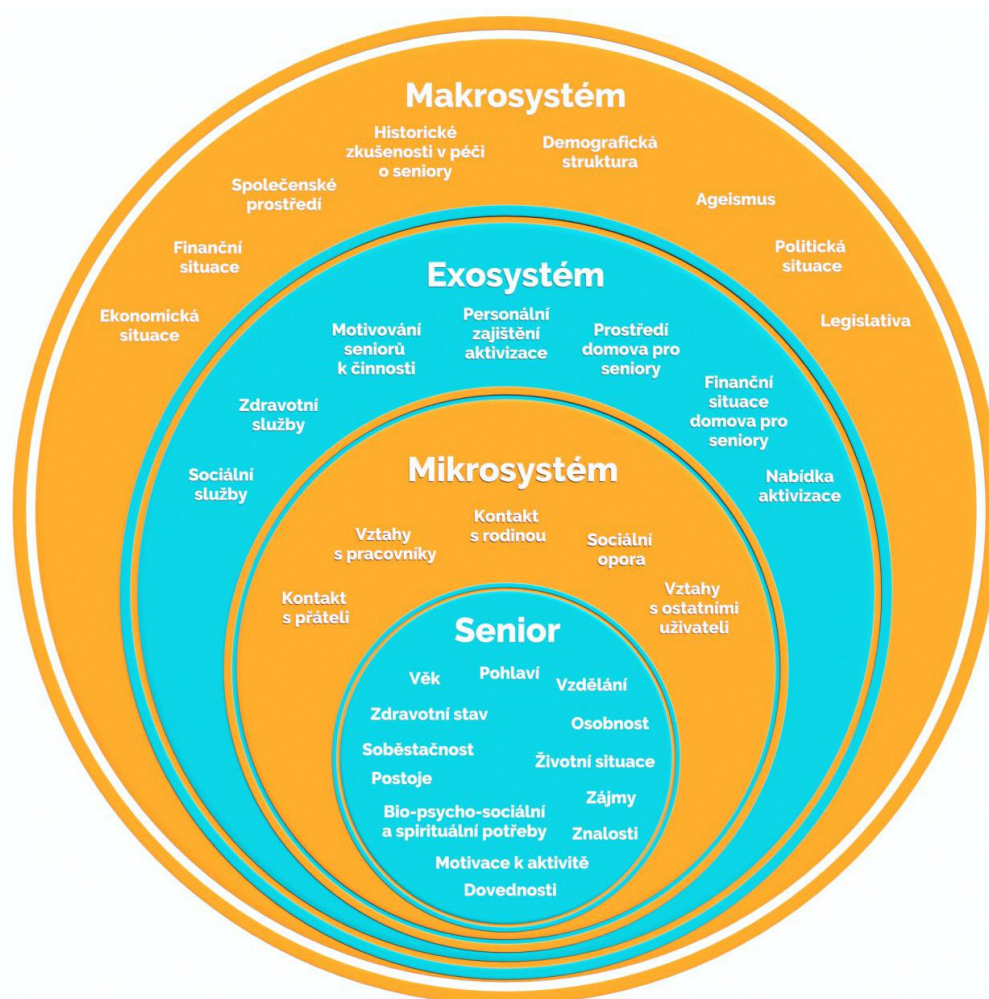


**Obrázek 8 Multidisciplinární tým poskytující aktivizaci v domově pro seniory**

### **Sociálně ekologický model v oblasti aktivizace v domově pro seniory**

Aktivizace by měla být poskytována s ohledem na věk seniorů, jejich vzdělání, pohlaví, zdravotní stav a soběstačnost. Plánování aktivit a terapií je potřebné realizovat s ohledem nejen na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby seniora, ale také s ohledem na jeho

osobnost, zájmy a životní situaci. V úvahu je důležité brát i motivaci seniorů činnosti vykonávat, dále pak jejich znalosti, postoje a dovednosti. Mikrosystém je tvořen jednak sociální oporou, kontakty s rodinou a přáteli, vztahy s ostatními uživateli a pracovníky domova pro seniory. Do mikrosystému dále patří prostředí domova pro seniory, personální zajištění aktivizace, finanční situace domova pro seniory, nabídka aktivizace, motivování seniorů k činnosti, zdravotní a sociální služby. Makrosystém vytvářejí historické zkušenosti v péči o seniory, demografická struktura, ageismus, společenské prostředí; finanční, ekonomická situace a politická situace; a legislativa.



**Obrázek 9 Sociálně ekologický model v oblasti aktivizace v domově pro seniory**



Význam disertační práce spočívá v komplexním zpracování aktivizačních činností a terapií poskytovaných v domovech pro seniory v České republice, a to z pohledu ředitelů domovů pro seniory a z pohledu pracovníků poskytujících aktivizaci. Na základě realizovaného kvantitativního výzkumu byla zjištěna řada souvislostí týkajících se aktivizace uživatelů v domově pro seniory, které jsou svojí zajímavostí podnětem k dalšímu hlubšímu zkoumání aktivizačních činností a terapií v kontextu koordinované rehabilitace.

Získané poznatky týkající se poskytování jednotlivých druhů zooterapií (canisterapie, felinoterapie, zooterapie s malými zvířaty, ornitoterapie, farmingterapie, aj.) v domovech pro seniory budou využity jako podklad pro přípravu materiálů a koncepce zooterapie v oblasti péče o seniory, na které by ráda autorka disertační práce v následujících letech participovala ve spolupráci s neziskovými organizacemi věnujícími se praktikování zooterapie v České republice.

Výsledky disertační práce budou nabídnuty Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR, z.s. a mohou být využity následujícím způsobem. Za prvé při revizi dokumentu Značka kvality v sociálních službách – domov pro seniory, tj. u hodnocení kvality péče v oblasti aktivizace. Za druhé při aktualizaci Doporučeného standardu kvality pro domovy pro seniory, který vydala tato profesní organizace sdružující poskytovatele sociálních služeb.

Zjištěné výsledky budou prezentovány nejen na odborných konferencích v České republice a v zahraničí, ale budou rovněž publikovány v národních a mezinárodních periodických zaměřených na komplexní péči o seniory. Výstupem disertační práce bude monografie, která vyjde v roce 2019 za finanční podpory ZSF JU. Autorka využije výsledky disertační práce taktéž při výuce sociální práce na ZSF JU a především pak v rámci předmětu Aktivizační programy pro seniory. Získané výsledky budou rovněž předány pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům, a to v rámci autorčiny lektorské činnosti a poskytování supervize pracovníkům v pomáhající profesi. V neposlední řadě může být disertační práce užitečná pracovníkům domovů pro seniory při tvorbě metodiky výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností.

## Seznam použité literatury

1. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2018a). O značce kvality [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.znackakvality.info>
2. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2018a). Certifikovaná zařízení [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2018a). [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.znackakvality.info>
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2005. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
4. BENÍČKOVÁ, M., 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-247-4238-0.
5. BIČ, P. et al., 2011. *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově: expresivně terapeutické metody – cesta ke změně v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 133 s. ISBN 978-80-244-2713-3.
6. BÍLKOVÁ, J., 2016. *Kognitivní trénink pro třetí věk: 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-271-0067-5.
7. BOWMAN, K. et al., 2017. *Dynamic aging: simple exercises for whole-body mobility*. Sequim, Washington: Propriometrics Press, 336 p. ISBN 978-1943370115.
8. BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, V. 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. Praha: VÚPSV, 77 s. ISBN 978-80-7416-102-5.
9. BUTLER, R. N.: The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry* 1963, 26, p. 65-75.

10. České asociace ergoterapeutů (2008). Co je ergoterapie? [online] [cit. 2018-05-31]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
11. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
12. ČÍŽKOVÁ, K. Tanečně pohybová terapie. 3. vyd. Praha: Triton, 119 s. 2005. ISBN 80-7254-547-7.
13. ČSTMJ, 2018, Trénování paměti [online]. [2009] [cit. 2018-04-27]. Dostupný z WWW: <[http:// www.trenovanipameti.cz](http://www.trenovanipameti.cz)
14. GALAJDOVÁ, L. 1999. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. Strom života. ISBN 80-7169-789-3.
15. KALVACH, Z. et al., 2014. Zdravotní a zdravotně-sociální péče o zdraví seniorů. In: ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, s. 206-214. ISBN 978-80-247-4544-2.
16. ČÍKOVÁ, Z., 2008. *Jak tráví volný čas senioři*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
17. ČÍŽKOVÁ, K., 2005. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
18. DA FONTE, E. et al., 2016. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 5(1), 139–42. Doi: 10.4103/2249-4863.184639.
19. DOBRÝ, L., ČEHOVSKÁ, I., 2011. Zdravotní benefity pohybové aktivity a behaviorální intervence. In: HENDL, J., DOBRÝ, L. et al. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum, s. 14-60. ISBN 978-80-246-2000-8.

20. DOMOV LETOKRUHY. 2018.Co je psychobiografický model péče. [online] [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <http://www.domov-letokruhy.cz/domov-se-zvlastnim-rezimem/nove-osetrovatelske-metody/psychobiograficky-model-pece/>
21. *Doporučený postup pro poskytovatele pobytových sociálních služeb: aplikování institutu vážně míněného nesouhlasu s poskytováním pobytové sociální služby do praxe*, 2016. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 30 s. ISBN 978-80-906320-5-9.
22. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. 2015*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 25 s. ISBN 978-80-90-46668-8-3.
23. DOSEDLOVÁ, J., 1999. *Úvod do taneční terapie*. Brno: Masarykova univerzita, 103 s. ISBN 80-210-2100-4.
24. DOSEDLOVÁ, J., KANTOR, J., 2013. *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 112 s. ISBN 978-80-244-3682-1.
25. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
26. EBIN - Erwin Böhm Institut (2018). Psychobiografický model Prof. E. Böhma. [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/psychobiograficky-model>
27. EIN, N., LI, L., VICKERS, K., 2018. The effect of pet therapy on the physiological and subjective stress response: A meta-analysis. *Stress Health*. Doi: 10.1002/smi.2812. ISSN 1532-3005.
28. ESAAT, 2011. Definition Tiergestützter Therapie. [online] [cit 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.esaat.org/definition-tiergestuetzter-therapie> (German).

29. FEIL, N., KLEK-RUBIN, V. D., 2015. *Validácia®. Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika. ISBN 978-80-971766-1-7.
30. FERJENČÍK, J., 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil BAKALÁŘ, P. Praha: Portál, 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
31. FILATOVA, R., 2014. *Snoezelen-MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 160 s. 978-80-905419-1.
32. FILATOVA, R., JANKŮ, K. 2010. *Snoezelen*. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter, 2010, 114 stran.
33. FINE, A. H. et al., 2015. Forward Thinking: The Elvoving Field of Human-Animal Interaction. In: Fine, A., ed. *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Foundations and Guidelines for Animal-Assisted Interventions*. London: Academic Press, p. 23. ISBN 978-0-12-801292-5.
34. FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L., 2010a. Kurzy tréninku paměti v domech pro seniory v okrese Strakonice z pohledu trenérů paměti. *Geriatrics*. XVI(4), 165–70. ISSN 1335-1850.
35. FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L., 2010b. Přínos kurzů tréninku paměti v domech pro seniory v okrese Strakonice z pohledu seniorů. *Kontakt*. XII(3), 307–14. ISSN 1212-4117.
36. FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L., SVĚCENÁ, K., 2011. Aktivizace imobilních seniorů v rezidenčních zařízeních jako součást komprehenzivní rehabilitace. *Rehabilitácia*. XLVIII(2), 109–15. ISSN 0375-0922.
37. FREEMAN, M., 2005. Tvorba norem praxe canisterapie a její definice. In: *I. Sborník příspěvků. Mezinárodní seminář o zooterapiích July 1–3, 2005; Brno, Czech Republic*, s. 10–17 (Czech).

38. FREEMAN, M., 2007. Terminologie v zooterapii. In: VELEMÍNSKÝ, M. et al. Zooterapie ve světle objektivních poznatků. České Budějovice: Dona, s. 30–37. ISBN 978-80-732-2109-6.
39. GEISSELHART, R. R., HOFMANN-BURKART, CH., 2006. *Trénink paměti a koncentrace: praktické techniky, cvičení, příklady a testy*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-1654-1.
40. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
41. GERLICOVÁ, M., 2017. *Hudba léčí: muzikoterapie pro každého*. Praha: Grada, 56 s. ISBN 978-80-270-2843-6.
42. GRÄFF, CH., 1999. *Koncentrativní pohybová terapie*. Boskovice: Albert, 190 s. ISBN 80-85834-63-4.
43. GREIFFENHAGEN, S., BUCK-WERNER, O. N., 2011. *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. Lettland: Kynos verlag, 336 p. ISBN 978-3933228246.
44. HAHSLER, M., 2011. *Katzen: Seelenfreunde und therapeutische Helfer*. Vienna: Verlagshaus der Ärzte, 144 p. ISBN 978-3990520017.
45. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 200 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
46. HENDL, J., 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 5. rozšířené vydání. Praha: Portál, 736 s. ISBN 978-80-262-0981-2.
47. HERMANN et al. 2008. *Aktuální kapitoly péče o seniory*. 1. vyd. Brno: T.I.G.E.R, 111 s. ISBN 57-860-08.

48. HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 2004. 1. vydání. Praha: Portál, 176 s. ISBN 80-7178-927-5.
49. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
50. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
51. HORECKÝ, J. Koncept bazální stimulace. In: Institut bazální stimulace. [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>
52. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
53. HRSTKOVÁ, P. (2010). *Model Dorothy Elisabeth Oremové*. [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/model-dorothey-elisabeth-oremove-455015>
54. HYPŠOVÁ, D., 2007. Felinoterapie. In: VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, s. 263–278. ISBN 978-80-732-210-96.
55. CHANDLER, C., 2012. *Animal-Assisted Therapy in Counseling*. New York: Routledge Taylor and Francis Group, 424 p. ISBN 978-0415888332.
56. CHARANSONNEY, O., 2012. Physical activity's and aging's opposite effects on cardiorespiratory physiology. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 61(5), 365–9.

57. IAHAIO White Paper (2013). The IAHAIO Definitions for Animal Assisted Intervention and Animal Assisted Activity and Guidelines for the Wellness of Animals Involved. [online] [cit 2017-10-10]. Available from: <http://iahaio.org/new/fileuploads/9313IAHAIO%20WHITE%20PAPER%20TASK%20FORCE%20-%20FINAL%20REPORT.pdf>
58. IAHAIO White Paper (2014). Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for the Wellness of Animal Involved. [online] [cit 2018-01-03]. Available from: <http://iahaio.org/new/fileuploads/4163IAHAIO%20WHITE%20PAPER-%20FINAL%20-20NOW%2024-2014.pdf>
59. Institut smyslové aktivizace (2018). Koncept Smyslové aktivizace. [online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>
60. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
61. JANEČKOVÁ, H. 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. 163-193. ISBN 80-7367-002-X.
62. JANEČKOVÁ, H. et al., 2013. Validace. In: MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 141-144. ISBN 978-80-262-0366-7.
63. JANEČKOVÁ, H., 2014. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 436-451. ISBN 80-247-0548-6.
64. JANKOVSKÝ et al. 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace: v domovech pro seniory*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 103 s. ISBN 80-704-0826-X.



65. JANKŮ, K., 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.
66. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
67. JELÍNKOVÁ, J. Předmět a cíle oboru ergoterapie. In: JELÍNKOVÁ, J. et al. 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál, s. 11-270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
68. JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 159 s. ISBN 80-706-6941-1.
69. KALVACH, Z., 2008: *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří. Pohybová aktivita. Životospráva a tělesná hmotnost. Duševní a sociální aktivita. Prevence stařecké křehkosti*, 2. upravené vyd., Praha: Státní zdravotní ústav v rámci dotačního programu MZ Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2008 název projektu: Aktivní stárnutí, číslo projektu 9943, 2008. 7 s.
70. KANTOR, J. et al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
71. KÅREFJÄRD, A., NORDGREN, L., 2018. Effects of dog-assisted intervention on quality of life in nursing home residents with dementia. *Scand J Occup Ther.* 1–8. Doi: 10.1080/11038128.2018.1467486.
72. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
73. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
74. KOHOUTOVÁ, P., GARDIÁNOVÁ, I., 2013. Využití koček v zooterapii. *Kontakt*. 15(KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén,

- c2009, xxxi, 713 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7262-657-1. 3), 282–8. ISSN 1212-4117.
- 75.** KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 2011. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2699-1.
- 76.** LABUNOVÁ, E. et al., 2015. Prínos pohybovej aktivity pre zdravie osôb vo vyššom veku. *Rehabilitacia*. 53(2), 132–40. ISSN 0375-09222.
- 77.** LAIR, S., 2015. *Trénink paměti: principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti*. 4. vydání. Praha: Portál, 152 s. ISBN 978-80-262-0888-4.
- 78.** LIEBMANN, M., 2010. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vydání. Praha: Portál, 280 s. ISBN 978-80-7367-729-9.
- 79.** LELIÉVRE, A., TUCHOWSKI, F., ROLLAND, Y., 2015. Dance therapy for
- 80.** elderly. *Cahiers de l'Annee Gerontologique*. 7(4). 177-187. DOI 10.1007/s12612-015-0471-5.
- 81.** MACHOVÁ, K. et al., 2017. A dog's effect on clients' heart rate and blood pressure and the possibilities of its use in relaxation. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 3(4), 146–52. ISSN 1804-7181.
- 82.** MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 83.** MAŤHOVÁ, L., 2013. Aktivity a terapie za asistence psů poskytované u seniorů v pobytových sociálních službách v ČR. In: *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Jarná konferencia o aktivitách a terapii s asistenciou psov (canisterapii)*. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove a Výcviková škola Doggie.sk v roku 2013, s. 63–69. ISBN 978-80-970859-2-6.

84. MAŤHOVÁ, L., 2015. Farminterapie u seniorů. In: *Aktivity a terapie s asistenciou psov – výskum ako východisko dobrej praxe*. Zborník príspevkov z jarnej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej v dňoch 2.–3. mája 2014, Štrbské Pleso. ŠOLTÉSOVÁ, D., SKYBA, M., FERKO, J. (eds), s. 79–85. ISBN 978-80-555-1309-6.
85. MAŤHOVÁ, L., FORMÁNKOVÁ, P., 2014. *Pohybová aktivita ve stáří*. Rehabilitácia. 51(1), 55–63. ISSN 0375-0922.
86. MAŤHOVÁ, L., FORMÁNKOVÁ, P., 2013. Volný čas seniorů a vztahy seniorů v komunitě. In: *Sborník príspevkov z mezinarodnej konferencie Sociálny kapitál starnutia – prítomnosť nikdy nestarne*. 29. 11. 2013, s. 331–343. ISBN 978-80-555-1083-5.
87. MAŤHOVÁ, L., STAFFOVÁ, Z., 2014. Canistherapy as an activation program for seniors in nursing homes and in nursing homes with specific regime. In: GÓMEZ, J. et al. *Active ageing – Perspective from Europe on a vaunted topic*. London: Whiting and Birch, p. 138–50. ISBN 978-18-617-7133-9.
88. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, s. 240–241. ISBN 80-7178-549-0.
89. MICHAL, J., NEVOLNÁ, T., 2012. Physical activity as an effective means to a healthy lifestyle. In: *Acta Universitatis Matthiae Belii*. 4(1): 103–14.
90. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
91. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
92. MOJŽÍŠOVÁ, A., EISERTOVÁ-BICKOVÁ, J., 2013. Zooterapie a zoorehabilitace. In: MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 285–286. ISBN 978-80-262-0366-7.

93. MOTLOVÁ, L., 2012. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatr. praxi*. 13(3), 133–135. ISSN 1803-5272.
94. MPSV ČR (2018). Domovy pro seniory. [online] [cit. 2018-05-31]. Dostupné z:
95. [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1531600115295\\_1&zak=&zaok=&sd=domovy+pro+seniory](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1531600115295_1&zak=&zaok=&sd=domovy+pro+seniory)
96. MUDRÁK, J. et al., 2011. Pohybová aktivita a subjektivní vnímání zdraví u seniorů. *Česká kinantropologie*. 15(3), 117–29.
97. MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P., 2001. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 116 s. ISBN 80-210-2510-7.
98. NEVIANI, F., et al. 2017. Physical exercise for late life depression: Effects on cognition and disability. *International Psychogeriatrics*. 29(7), 1105–12.
99. 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. Albatros Plus, 59. ISBN 80-000-180-98.
100. Nezávislý chovatelský klub (2018). Dobrovolnické týmy pracující v oblasti felinoterapie (nejen) pod záštitou NCHK. [online] [cit 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.felinoterapie.estranky.cz/clanky/dobrovolnicke-tymy-pracujici-v-oblasti-felinoterapie--nejen--pod-zastitou-nchk.html> (Czech).
101. NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN80-7083-383-1.
102. Obchodní rejstřík (2018). Asociace Palma z.s., v likvidaci - obchodní rejstřík, úplný výpis.[cit online] [cit. 2018-01-03]. Dostupné z [https://rejstrik-firem.kurzy.cz/rejstrik-firem/DO-22708685-asociace-palma-zs-v-likvidaci/#id\\_sekce\\_nazev](https://rejstrik-firem.kurzy.cz/rejstrik-firem/DO-22708685-asociace-palma-zs-v-likvidaci/#id_sekce_nazev)

103. ODENDAAL, J., 2007. *Zvířata a naše mentální zdraví: proč, co a jak*. Praha: Brázda, 176 s. ISBN 978-80-209-0356-3.
104. OTTERSTEDT, C. 2001. *Tiere als therapeutische Begleiter: Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere - eine praktische Anleitung*. Stuttgart: Kosmos, 214 s. ISBN 978-34400-898-80.
105. PELCLOVÁ, J. et al., 2008. Vliv vybraných faktorů na pohybovou aktivitu a sezení u zaměstnaných a osob v důchodu ve věku 55–69 let. *Česká kinantropologie*. 4(12), 49–59. ISSN 1211-9261.
106. PELCLOVÁ, J. et al., 2009. Leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity of inhabitants of the Czech Republic aged 55–69: Influence of sociodemographic and environmental factors. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*. 39(3), 13–20.
107. PELCOVÁ, J., 2015. *Pohybová aktivita v životním stylu dospělé a seniorské populace České republiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, 168 s. ISBN 978-80-244-4750-6.
108. PELUSO, S., DE ROSA, A., DE LUCIA, N., ANTENORA, A., ILLARIO, M., ESPOSITO, M., DE MICHELE, G., 2018. Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1:891988718774634. Doi: 10.1177/0891988718774634.
109. PORTMANN, R. 99 her pro trénink mozku u seniorů. 2018. 1. vyd. Praha: Portál, 112 s. ISBN 978-80-262-1297-3.
110. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. et al., 1997. *Akademický slovník cizích slov. [A–Ž]*. Dotisk. Praha: Academia, 834. s. ISBN 80-200-0607-9.

111. PÉREZ-CAMARGO, G., CREAGAN, E. T., 2018. The design of visitation facilities to engage patients with their own cats and dogs. *Complement Ther Clin Pract.* 31, 193–9. Doi: 10.1016/j.ctcp.2017.12.010.
112. PFEIFFER, J. *Koordinovaná rehabilitace*. 2014. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, ISBN 978-80-7394-461-2.
113. POSKOCIL, R., 2012. *Katzenhaltung in Alters- und Pflegeheimen: Ethologische Strategien, Effizienz für die Senioren, tierschutzrelevante Aspekte*. Hamburg: Kovac, Dr. Verlag, 130 p. ISBN 978-3830065036.
114. PICHAUD, C. THAREAUOV, I. 1998. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
115. POTMĚŠILOVÁ, P., SOBKOVÁ, P., 2012. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 111 s. ISBN 978-80-244-3120-8.
116. PREISS, M., KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
117. PRŮCHA at al. 2003. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 274 s. ISBN 80-717-8772-8.
118. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
119. RHEINWALDOVÁ, E. 1999: *Novodobá péče o seniory*, 1. vyd., Praha: Grada, 1999, s. 77. ISBN 80-7169-828-8.
120. RÜCKEROVÁ, H., 2012. Sibiřské kočky používané v zooterapii v ČR. [online] [cit 2018-01-03]. Dostupné z:

<http://www.felinoterapie.estranky.cz/clanky/plemena-kocek-pouzivana-v-zooterapii/sibirske-kocky-pouzivane-v-zooterapii-v-cr.html> (Czech).

121. ŘEHÁK, J., BROM O., 2015. *SPSS – Praktická analýza dat*. Brno: Computer Press, 336 s. ISBN 978-80-251-4609-5.
122. SERPELL, J. A., 2010. Animal-Assisted Interventions in Historical Perspective. In: FINE, A. H. *Handbook of Animal-Assisted Therapy*. London, Burlington, San Diego: Academic Press, Elsevier, p. 17–32. ISBN 978-0-12-801292-5.
123. SOBEK, J. (2018). Konec aktivizace. [online] [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://adpontes.cz/konec-aktivizace>
124. SUCHÁ, J. et al. 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.
125. SUCHÁ, J., 2015. *Trénink paměti pro každý věk*. 2. vydání. Praha: Portál, 208 s. ISBN 978-80-262-0847-1.
126. SUCHÁ, J. et al., 2017. *Sešit pro trénování paměti a dalších kognitivních funkcí*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 10 s. ISBN 978-80-86541-61-7.
127. SUCHÁ, J. *Zábavné kvízy pro každý věk*. 2015. 1. vyd. Praha: Portál, 192 s. ISBN 978-80-262-0809-9.
128. SUCHÁ, J., JAROLÍMOVÁ, E. 2017. *Trénink paměti pro seniory*. 1. vyd. Brno: Edika, 2017. 136 s. ISBN 978-80-266-0570-6.
129. SUCHOMELOVÁ, V., 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 302 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
130. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 304 s. ISBN 978-80-262-1043-6.

131. ŠIMANOVSKÝ, Z., 2011. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 4. vydání. Praha: Portál, 248 s. ISBN 978-80-7367-928-6.
132. ŠOLTÉSOVÁ, D., SKYBA, M., 2015. Človek, zvierka, terapia. *Akupunktúra a naturálna medicína*. 5–6, 64–78. ISSN 1339-4703.
133. ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B., 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.
134. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
135. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D. *Trénování paměti*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 96 s. ISBN 978-80-87142-08-0.
136. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
137. TIEFENBACHER, A., 2010. *Trénink paměti: osvědčené tipy, metody a cvičení*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3177-3.
138. VALENTOVÁ, P. 2009. *Farmingtherapie a její vliv na klienta*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Eisertová.
139. VAN WEERT et al. 2006. Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing* 2006; vol. 53 (1), p. 656-668.
140. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.



141. VETEŠKA, J., 2017. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. 2. vydání. Praha: Česká andragogická společnost. Česká a slovenská andragogika, 175 s. ISBN 978-80-905460-7-3.
142. VOJTĚCHOVSKÁ, M. Možnosti a meze psychoterapie ve stáří. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 433-436.864 s. ISBN 80-247-0548-6.
143. VOJTOVÁ, H., 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.
144. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.
145. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 140 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
146. WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY, 2011. About WFMT [online].
147. [cit. 2018-05-10]. Dostupné z: <http://www.wfmt.info/wfmt-newhome/aboutwfmt>
148. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–89. ISSN 1211-1244.
149. ZAVÁZALOVÁ, H., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
150. ZEDKOVÁ, I., 2012. *Tanečně pohybová terapie: teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 239 s. ISBN 978-80-244-3185-7.
151. ŽUMÁROVÁ, M., TESKOVÁ, J., 2008. *Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. Posuzování životní situace v sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 179 s. ISBN 978-80-89295-43-2.

## Seznam zkratek

**APSS ČR** Asociace poskytovatelů sociálních služeb

**č.** číslo

**ČR** Česká republika

**DPP** Dohoda o provedení práce

**DpS** domov pro seniory

**MPSV ČR** Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

**PBM** Psychobiografický model péče podle Böhma

**Vs.** Versus

**ZSF JU** Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

## Seznam tabulek

- Tabulka 01** Struktura výzkumné situace
- Tabulka 02** Věk respondentů
- Tabulka 03** Pohlaví respondentů
- Tabulka 04** Vzdělání respondentů
- Tabulka 05** Délka praxe na pozici ředitele domova pro seniory
- Tabulka 06** Délka praxe v oblasti péče o seniory
- Tabulka 07** Délka praxe v pomáhající profesi
- Tabulka 08** Věk respondentů
- Tabulka 09** Pohlaví respondentů
- Tabulka 10** Vzdělání respondentů
- Tabulka 11** Pracovní pozice
- Tabulka 12** Délka praxe v oblasti péče o seniory
- Tabulka 13** Délka praxe v pomáhající profesi
- Tabulka 14** Aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory
- Tabulka 15** Aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory
- Tabulka 16** Forma poskytování aktivizačních činností a terapií
- Tabulka 17** Četnost poskytování individuální a skupinové formy aktivizace

- Tabulka 18** Zooterapie v domovech pro seniory
- Tabulka 19** Návštěvní forma zooterapie v domovech pro seniory
- Tabulka 20** Rezydentní forma zooterapie v domovech pro seniory
- Tabulka 21** Formy zooterapie v domovech pro seniory
- Tabulka 22** Průběh individuální formy zooterapie z hlediska četnosti
- Tabulka 23** Průběh skupinové formy zooterapie z hlediska četnosti
- Tabulka 24** Počet účastníků skupinové formy zooterapie
- Tabulka 25** Závislost počtu aktivizačních činností, terapií a zooterapií poskytovaných v domově pro seniory na délce praxe v oblasti péče o seniory a délce praxe v pomáhající profesi
- Tabulka 26** Korelace poskytovaných aktivizačních činností, terapií a zooterapií vs. délka praxe na pozici ředitele, délka praxe v oblasti péče o seniory a délka praxe v pomáhající profesi
- Tabulka 27** Terminologie v oblasti v oblasti aktivizace z pohledu ředitelů
- Tabulka 28** Terminologie v oblasti v oblasti aktivizace z pohledu pracovníků
- Tabulka 29** Používání konceptu či modelu péče (ředitelé)
- Tabulka 30** Vztah zřizovatele domova pro seniory a používání konceptu či modelu péče
- Tabulka 31** Používání konceptu či modelu péče (pracovníci)
- Tabulka 32** Značka kvality v sociálních službách

- Tabulka 33** Koordinace aktivizace v domově pro seniory
- Tabulka 34** Zapojení do aktivizace v domově pro seniory
- Tabulka 35** Pracovní pozice zaměstnanců poskytujících aktivizaci
- Tabulka 36** Pracovní pozice pracovníků poskytujících zooterapii v domovech pro seniory
- Tabulka 37** Vzdělání pracovníků poskytujících aktivizaci v domově pro seniory
- Tabulka 38** Pracovní pozice vs. nedostatečné vzdělání pracovníků pro terapii
- Tabulka 39** Vzdělání pracovníků poskytujících zooterapii v domově pro seniory
- Tabulka 40** Počet pracovníků poskytujících aktivizaci (ředitelé)
- Tabulka 41** Počet pracovníků poskytujících aktivizaci (pracovníci poskytující aktivizaci)
- Tabulka 42** Celkový počet pracovníků poskytujících zooterapii v domovech pro seniory
- Tabulka 43** Dostatek finančních prostředků na aktivizaci
- Tabulka 44** Celkové náklady na aktivizaci za rok
- Tabulka 45** Náklady na pomůcky a provozní náklady na aktivizaci
- Tabulka 46** Mzdové náklady a jiné náklady na aktivizaci
- Tabulka 47** Metodika týkající se aktivizace
- Tabulka 48** Problémy související s aktivizačními činnostmi a terapiemi

- Tabulka 49** Obtíže související s poskytováním aktivizačních činností a terapií
- Tabulka 50** Vztah délky praxe v péči o seniory a dostatku finančních prostředků na aktivizaci
- Tabulka 51** Vztah délky praxe v péči o seniory a metodiky v oblasti aktivizace
- Tabulka 52** Vztah délky praxe na pozici ředitele a koordinace aktivizace
- Tabulka 53** Vztah délky praxe v pomáhající profesi na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používání konceptu či modelu péče
- Tabulka 54** Vztah délky praxe v péči o seniory na straně pracovníka poskytujícího aktivizaci a používání konceptu či modelu péče
- Tabulka 55** Vztah vzdělání pracovníka poskytujícího aktivizaci a nedostatek pracovníků pro aktivizační činnosti

## Seznam obrázků

- Obrázek 1** Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory
- Obrázek 2** Prvky intervencí s asistencí zvířat
- Obrázek 3** Počet aktivizačních činností a pracovní pozice v domově pro seniory
- Obrázek 4** Počet terapií a pracovní pozice v domově pro seniory
- Obrázek 5** Počet zooterapií a pracovní pozice v domově pro seniory
- Obrázek 6** Vztah délky praxe na pozici ředitele vs. počet aktivizačních činností v domově pro seniory
- Obrázek 7** Závislost počtu poskytovaných zooterapií v domově pro seniory na Značce kvality v sociálních službách
- Obrázek 8** Multidisciplinární tým poskytující aktivizaci v domově pro seniory
- Obrázek 9** Sociálně ekologický model v oblasti aktivizace v domově pro seniory

## Seznam příloh

- Příloha 1**      Dotazník vlastní konstrukce pro ředitele domova pro seniory
- Příloha 2**      Dotazník vlastní konstrukce pro pracovníky domova pro seniory
- Příloha 3**      Průvodní dopis
- Příloha 4**      Souhlas Etické komise ZSF JU



## *Příloha 1*

**Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,**

jmenuji se Lenka Motlová a dlouhodobě se zabývám problematikou aktivizace ve stáří. Na základě vlastní přímé práce se seniory, publikační, přednáškové a výzkumné činnosti i spolupráci s poskytovateli sociálních služeb jsem získala celou řadu cenných zkušeností. Nyní se na Vás obracím s prosbou o poskytnutí informací týkajících se aktivizačních činností a terapií v domovech pro seniory.

Dovoluji si Vás tímto požádat o účast ve výzkumu a zodpovězení otázek v tomto anonymním dotazníku, jehož cílem je zmapovat aktivizaci v domovech pro seniory. Se všemi získanými informacemi budu nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumného šetření budou souhrnně vyhodnoceny, presentovány na národních/mezinárodních konferencích a publikovány v odborné literatuře.

Pokud máte zájem o výsledky tohoto kvantitativního výzkumu, kontaktujte mě na této emailové adrese: [motlova@zsf.jcu.cz](mailto:motlova@zsf.jcu.cz)

Upřímně si vážím Vaší spolupráce a děkuji za Váš čas.

**PhDr. Lenka Motlová**

## **DOTAZNÍK PRO ŘEDITELKU/ŘEDITELE DOMOVA PRO SENIORY**

Přečtete si, prosím, následující otázky a zvolte číselnou variantu odpovědi, kterou jste si vybral/a. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte, případně vypište slovní odpověď.

### **ČÁST A - IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE**

#### **1. Jaká je Vaše věková kategorie?**

1. 18-23 let
2. 24-29 let
3. 30-35 let
4. 36-41 let
5. 42-47 let
6. 48-53 let
7. 54-59 let
8. 60-65 let
9. 66 let a více.

#### **2. Jaké je Vaše pohlaví?**

1. ženské
2. mužské.

#### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

1. základní vzdělání

2. středoškolské vzdělání bez maturity
3. středoškolské vzdělání s maturitou
4. vyšší odborné vzdělání
5. vysokoškolské vzdělání.

**4. Jak dlouho pracujete na pozici ředitelky/ředitele domova pro seniory?**

1. 1-2 roky
2. 3-5 let
3. 6-10 let
4. 11-15 let
5. 16-20 let
6. 21-25 let
7. 26 let a více.

**5. Jak dlouho pracujete v oblasti péče o seniory?**

1. 1-2 roky
2. 3-5 let
3. 6-10 let
4. 11-15 let
5. 16-20 let
6. 21-25 let
7. 26 let a více.

**6. Jak dlouho pracujete v pomáhající profesi?**

1. 1-2 roky
2. 3-5 let
3. 6-10 let
4. 11-15 let
5. 16-20 let
6. 21-25 let
7. 26 let a více.

**ČÁST B - ÚDAJE O DOMOVĚ PRO SENIORY**

**7. Uveďte prosím, ve kterém kraji se domov pro seniory nachází:**






1. Hlavní město Praha
2. Středočeský kraj
3. Jihočeský kraj
4. Plzeňský kraj
5. Karlovarský kraj
6. Ústecký kraj
7. Liberecká kraj
8. Královéhradecký kraj
9. Pardubický kraj
10. Kraj Vysočina
11. Jihomoravský kraj
12. Olomoucký kraj

13. Zlínský kraj
14. Moravskoslezský kraj.

**8. Kdo je zřizovatelem domova pro seniory?**

1. krajský úřad
2. obecní/městský úřad
3. církev a náboženská společnost
4. nestátní nezisková organizace
5. právnická osoba
6. fyzická osoba
7. jiná možnost,  
uveďte.....

**9. Je domov pro seniory certifikovaným zařízením a získal tedy Značku kvality v sociálních službách (systém externí certifikace pro sociální služby podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR).**

7. ano, získali jsme 
8. ano, získali jsme 
9. ano, získali jsme 
10. ano, získali jsme 
11. ano, získali jsme 
12. ne, nejsme certifikovaným zařízením.

**10. V jakém roce získalo zařízení registraci jako pobytové sociální služby?.....**

**11. V jakém městě/obci podle počtu obyvatel se domov pro seniory nachází?**

1. v obci s počtem obyvatel do 1 999
2. v obci s počtem obyvatel 2 000 - 4 999
3. v obci s počtem obyvatel 5 000 - 9 999
4. v obci s počtem obyvatel 10 000 - 19 999
5. v obci s počtem obyvatel 20 000 - 49 999
6. v obci s počtem obyvatel 50 000 - 99 999
7. v obci s počtem obyvatel 100 000 a více.

**12. Pro kolik uživatelů je domov pro seniory určen (kapacita zařízení stanovená z Registru poskytovatelů sociálních služeb) ke dni 30. 09. 2015?.....**

**13. Jaký byl počet Vašich uživatelů k 30. 09. 2015?.....**

**14. Jaký podíl (v %) uživatelů domova pro seniory tvoří uživatelé seniorského věku, tj. osoby starší 60 let?**

.....

**15. Jaký byl celkový počet zaměstnanců (přepočtený na úvazky) k 30. 09. 2015?.....**

.....  
.....

### **ČÁST C – AKTIVIZACE V DOMOVĚ PRO SENIORY**

**16. Jaký byl počet zaměstnanců věnujících se aktivizaci (přepočtený na úvazky) k 30. 09. 2015?**

.....

**17. Kterí pracovníci a případně další osoby jsou v zařízení zapojeni do aktivizace seniorů/seniorek? (Můžete zakroužkovat více možností.)**

1. sociální pracovníci
2. pracovníci v sociálních službách
3. zdravotní sestry
4. fyzioterapeuti
5. ergoterapeuti
6. speciální pedagogové
7. pedagogové volného času
8. psychologové
9. psychoterapeuti
10. arteterapeuti
11. kněz
12. dobrovolníci
13. rodinní příslušníci
14. jiná možnost -  
    uveďte.....

**18. Počet pracovníků poskytujících aktivizaci je v zařízení podle Vašeho názoru:**

1. zcela nedostatečný
2. spíše nedostatečný
3. průměrný
4. spíše dostatečný
5. zcela dostatečný.

**19. Jakou terminologii týkající se aktivizace v domově pro seniory používáte? (Můžete**

**zakroužkovat více možností).**

1. aktivizační činnosti
2. sociálně terapeutické činnosti
3. aktivizace
4. programování aktivit
5. aktivizační programy
6. sociálně aktivizační služby

7. animace
  8. volnočasové aktivity
  9. nefarmakologické přístupy
  10. jiná možnost – uveďte jaká
- .....

**20. Používáte v zařízení při poskytování sociální péče nějaký koncept či model péče?**

1. ano
2. ne.

Jestliže ano, uveďte jaký

.....

**21. Kdo v zařízení koordinuje aktivizaci (tzn. řídí všechny pracovníky věnující se aktivizaci)?**

1. ředitel
2. vrchní sestra
3. staniční sestra
4. sociální pracovnice/pracovník
5. nikoho na koordinaci nemáme
6. jiná možnost – uveďte jaká.....

**Vyplňte prosím Tabulku 1 týkající se aktivizačních činností, které v zařízení probíhají. Do prvního sloupce uveďte danou aktivizační činnost, kterou zhodnotíte pomocí dalších kritérií uvedených ve sloupcích 2 až 7 (viz níže uvedený příklad).**









**48. Nabízí domov pro seniory ještě nějaké další činnosti související s aktivizací, které**

**jste neuvedl/a ve výše uvedených tabulkách?**

1. Ano
2. Ne.

Pokud jste uvedl/a ano, uveďte

jaké:.....

**49. Máte v zařízení zpracovanou metodiku týkající se poskytování aktivizace?**

1. ano
2. ne.

**50. Máte dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace?**

1. ne
2. spíše ne
3. průměrně
4. spíše ano
5. ano.

**51. Kolik procent tvoří náklady na aktivizaci v jednotlivých položkách v zařízení?**

1. .... % pomůcky na aktivizaci
2. .... % provozní náklady
3. .... % mzdové náklady (mzdy pro pracovníky věnující se aktivizaci)
4. .... % jiné.

**52. Jaká je celková částka v Kč na poskytování aktivizace za rok?... ..**

**Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.**

## *Příloha 2*

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Lenka Motlová a dlouhodobě se zabývám problematikou aktivizace ve stáří. Na základě vlastní přímé práce se seniory, publikační, přednáškové a výzkumné činnosti i spolupráci s poskytovateli sociálních služeb jsem získala celou řadu cenných zkušeností. Nyní se na Vás obracím s prosbou o poskytnutí informací týkajících se aktivizačních činností a terapií v domovech pro seniory.

Dovoluji si Vás tímto požádat o účast ve výzkumu a zodpovězení otázek v tomto anonymním dotazníku, jehož cílem je zmapovat aktivizaci v domovech pro seniory. Se všemi získanými informacemi budu nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumného šetření budou souhrnně vyhodnoceny, presentovány na národních/mezinárodních konferencích a publikovány v odborné literatuře.

Pokud máte zájem o výsledky tohoto kvantitativního výzkumu, kontaktujte mě na této emailové adrese: [motlova@zsf.jcu.cz](mailto:motlova@zsf.jcu.cz)

Upřímně si vážím Vaší spolupráce a děkuji za Váš čas.

**PhDr. Lenka Motlová**

### **DOTAZNÍK PRO PRACOVNICE/PRACOVNÍKY, KTERÍ SE VĚNUJÍ AKTIVIZACI V DOMOVĚ PRO SENIORY**

Přečtěte si, prosím, následující otázky a zvolte číselnou variantu odpovědi, kterou jste si vybral/a. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte, případně vypište slovní odpověď.

#### **ČÁST A - IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE**

##### **1. Jaká je Vaše věková kategorie?**

10. 18-23 let
11. 24-29 let
12. 30-35 let
13. 36-41 let
14. 42-47 let
15. 48-53 let
16. 54-59 let
17. 60-65 let
18. 66 let a více.

##### **2. Jaké je Vaše pohlaví?**

8. ženské
9. mužské.

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

6. základní vzdělání
7. středoškolské vzdělání bez maturity
8. středoškolské vzdělání s maturitou
9. vyšší odborné vzdělání
10. vysokoškolské vzdělání.

**4. V zařízení pracujete na pozici:**

1. sociální pracovnice
2. pracovníka v sociálních službách
3. všeobecné sestry
4. fyzioterapeuta
5. ergoterapeuta
6. speciálního pedagoga
7. pedagoga volného času
8. psychologa
9. psychoterapeuta
10. arteterapeuta
11. jiná možnost – uveďte

.....

**5. Jak dlouho pracujete v oblasti péče o seniory?**

3. 1-2 roky
4. 3-5 let
5. 6-10 let
6. 11-15 let
7. 16-20 let
8. 21-25 let
9. 26 let a více.

**6. Jak dlouho pracujete v pomáhající profesi?**

8. 1-2 roky
9. 3-5 let
10. 6-10 let
11. 11-15 let
12. 16-20 let
13. 21-25 let
14. 26 let a více.

## ČÁST B - AKTIVIZACE V DOMOVĚ PRO SENIORY

**Jaké kurzy/semináře/výcviky jste absolvoval/a týkající se aktivizace? Doplňte prosím**

**do tabulky 1 (níže je uveden příklad).**

**Tabulka 1**

7. Název kurzu/semináře/výcviku	15. Organizátor	16. Rok absolvování
<i>Příklad: trénování paměti</i>	<i>Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging</i>	2014

**10. Používáte v domově pro seniory při poskytování aktivizace nějaký koncept či model**

**péče?**

1. ano
2. ne.

Jestliže ano, uveďte

jaký.....

.....

.....

.....

.....

**11. Jakou terminologii týkající se aktivizace vy osobně používáte? (Můžete zakroužkovat více možností).**

11. aktivizační činnosti
12. sociálně terapeutické činnosti
13. aktivizace
14. programování aktivit
15. aktivizační programy
16. sociálně aktivizační služby
17. animace
18. volnočasové aktivity
19. nefarmakologické přístupy
20. jiná možnost – uveďte jaká

.....

**12. Počet pracovníků poskytujících aktivizaci je v zařízení podle Vašeho názoru:**

6. zcela nedostatečný
7. spíše nedostatečný

8. průměrný
9. spíše dostatečný
10. zcela dostatečný.

**13. Využíváte k řešení obtíží souvisejících s prováděním aktivizace u seniorů/seniorek supervizi?**

1. ano
2. ne.

**14. Jakým způsobem vedete dokumentaci týkající se aktivizace v domově pro seniory?**

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

**Vyplňte prosím tabulku 2 týkající se aktivizačních činností, které vy osobně v zařízení používáte. Do prvního sloupce uveďte danou aktivizační činnost, kterou zhodnotíte pomocí dalších kritérií uvedených ve sloupcích 2 až 8 (viz níže uvedený příklad).**









**43. Poskytujete v domově pro seniory ještě nějaké další činnosti související s aktivizací, které jste neuvedl/a ve výše uvedených tabulkách?**

1. Ano
2. Ne.

Pokud jste uvedl/a ano, uveďte jaké:

.....

**V čem spatřujete celkově přínos Vámi poskytovaných aktivizačních činností a terapií pro seniory/seniorky?**

44. Oblast	45. Přínos Vámi poskytovaných aktivizačních činností	46. Přínos Vámi poskytovaných terapií
Fyzická stránka		
Psychická stránka		
Sociální stránka		
Spirituální stránka		

**47. Co se Vám při poskytování aktivizačních činností u seniorů/seniorek daří?**

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

**48. Co se Vám při poskytování terapií u seniorů/seniorek daří?**

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

**49. S jakými obtížemi se setkáváte při realizaci aktivizačních činností?**

1. s finančními problémy
2. časovými problémy
3. s nedostatkem pracovníků pro aktivizaci
4. s nedostatečným vzděláním týkající se aktivizace
5. jiná možnost - uveďte jaká

.....  
.....

**50. S jakými obtížemi se setkáváte při provádění terapií?**

1. s finančními problémy
2. s časovými problémy
3. s nedostatkem pracovníků pro aktivizaci
4. s nedostatečným vzděláním týkající se aktivizace
5. jiná možnost - uveďte jaká

.....  
.....

**Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.**

## Příloha 3



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

V Českých Budějovicích dne 8. 1. 2016

**Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,**

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci na výzkumu s názvem „Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory“, jehož cílem je zmapovat poskytování aktivizace v domovech pro seniory v České republice.

Dovoluji si Vás tímto požádat o účast ve výzkumu a zodpovězení otázek ve dvou přiložených dotaznících. První z nich je určen pro ředitelku/ředitele a druhý pro pracovníka/pracovnici věnující/ho se aktivizaci.

Výzkum je anonymní, proto nikde neuvádějte Vaše jméno a příjmení. Se všemi získanými informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumného šetření budou souhrnně vyhodnoceny a publikovány v odborné literatuře.

**Vyplněné dotazníky prosím zasílejte nejpozději do 5. 2. 2016 na adresu: PhDr. Lenka Motlová, Zdravotně sociální fakulta JU, Emy Destinové 46, 370 05 České Budějovice.**

Upřímně Vám děkuji za Váš čas i spolupráci.

Se srdečným pozdravem

.....  
**PhDr. Lenka Motlová**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd  
Jirovcova 1347/24  
370 04 České Budějovice

Vyřizuje:  
PhDr. Lenka Motlová  
motlova@zsf.jcu.cz  
Pracoviště: Emy Destinové 1148/46  
370 05 České Budějovice

+420 605 840 249  
www.zsf.jcu.cz  
www.jcu.cz



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies  
**Etická komise**  
Ethics Committee

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

## VYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE ZSF JU


V Českých Budějovicích 12.6.2018.

Jméno předkladatele projektu: **PhDr. Lenka Motlová**

Název projektu: **Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory.**

Dne 12.6.2018 etická komise ZSF JU projednala návrh projektu včetně připraveného informovaného souhlasu a souhlasí s podáním projektu a s provedením navržené studie.

Odůvodnění: Jde o významné téma, ochrana subjektů výzkumu je adekvátně zajištěna.

  
.....  
doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.  
předseda etické komise ZSF JU

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA  
ETICKÁ KOMISE  
(2)**