



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Taťána Zatloukalová

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

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory*“ jsem vypracoval/a 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. června 2020

.....

Bc. Taťána Zatloukalová

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D. za odborné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich otevřenost, ochotu a spolupráci. V neposlední řadě děkuji také partnerovi, rodině a přátelům, kteří mě podpořili a poskytli mi prostor pro zpracování práce.

Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory

Abstrakt

Diplomová práce pojednává o využívání koordinované rehabilitace v domově pro seniory. Hlavním cílem práce bylo zjistit možnosti a limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory z pohledu členů multidisciplinárního týmu. V teoretické části práce byly definovány základní pojmy. V praktické části byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory?

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat byla provedena pomocí prvků zakotvené teorie. Výzkumný soubor složený z 8 informantů byl vybrán prostřednictvím záměrného výběru a technikou účelového výběru.

Výzkum ukázal, že dotazovaní pracovníci sociálního úseku mají povědomí o koordinované rehabilitaci, na rozdíl od pracovníků zdravotního a pečovatelského úseku, kteří ji vnímají jen jako léčebnou rehabilitaci. Po objasnění pojmu i tito pracovníci dokázali vyjmenovat a zařadit aktivity do jednotlivých složek koordinované rehabilitace. Z výzkumu lze usuzovat, že informanti vnímají jako možnosti pro poskytování koordinované rehabilitace zkvalitnění péče, zajištění komplexní péče, efektivní spolupráci multidisciplinárního týmu, předávání kompletních informací o klientech, zajištění odborníků, vzdělání a rozšíření nabídky aktivit a terapií. Jako limity poskytování koordinované rehabilitace informanti vnímají absenci legislativního vymezení, které zapříčiňuje neinformovanost personálu o tomto konceptu, chybějící finanční prostředky a metodické postupy k provádění koordinované rehabilitace, pak neochotu ke spolupráci, přetěžování pracovníků, nedostatek času a odborného personálu. Výsledky výzkumu budou sloužit jako podklad pro zkvalitnění poskytované péče s využitím konceptu koordinované rehabilitace ve vybraném domově pro seniory.

Klíčová slova

koordinovaná rehabilitace; léčebná rehabilitace; sociální rehabilitace; pedagogická rehabilitace; pracovní rehabilitace; multidisciplinární tým; domov pro seniory

Coordinated rehabilitation in a nursing home

Abstract

The diploma thesis deals with the use of coordinated rehabilitation in a nursing home. The main goal of the thesis was to find out the possibilities and limits of providing coordinated rehabilitation in a nursing home from the perspective of members of a multidisciplinary team. In the theoretical part of the thesis, the basic concepts were defined. In the practical part, the main research question was answered: How do the members of the multidisciplinary team perceive the provision of coordinated rehabilitation in a nursing home?

A qualitative research strategy, a questioning method and a semi-structured interview technique were chosen for the research survey. Data analysis was performed using elements of grounded theory. The research set consisting of 8 informants was selected through intentional selection and purposeful sampling.

The research showed that the interviewed social workers are aware of coordinated rehabilitation, in contrast to the health and care workers, who perceive it only as medical rehabilitation. After clarifying the concept, these workers were also able to name and classify activities into individual components of coordinated rehabilitation. The research shows that informants perceive the improvement of care, provision of comprehensive care, effective cooperation of a multidisciplinary team, transmission of complete information about clients, provision of experts, education and expansion of the range of activities and therapies as possibilities for providing coordinated rehabilitation. As limits of the provision of coordinated rehabilitation, informants perceive the absence of legislative definition, which causes the lack of information about this concept, lack of funds and methodological procedures for coordinated rehabilitation, reluctance to cooperate, employee overload, lack of time and professional staff. The results of the research will serve as a basis for improving the quality of care provided using the concept of coordinated rehabilitation in a selected nursing home.

Keywords

coordinated rehabilitation; medical rehabilitation; social rehabilitation; pedagogical rehabilitation; occupational rehabilitation; multidisciplinary team; nursing home

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1 Koordinovaná rehabilitace	9
1.1.1 Léčebná rehabilitace.....	10
1.1.2 Sociální rehabilitace	18
1.1.3 Pedagogická rehabilitace.....	22
1.1.4 Pracovní rehabilitace	25
1.2 Multidisciplinární tým v domově pro seniory.....	28
1.2.1 Domov pro seniory	29
1.2.2 Členové multidisciplinárního týmu v domově pro seniory	31
1.2.3 Individuální plánování.....	41
2. Formulace cíle výzkumu.....	43
2.1 Cíl práce.....	43
2.2 Hlavní výzkumná otázka.....	43
2.3 Dílčí výzkumné otázky.....	43
3. Metodika	44
3.1 Použité techniky a metody sběru dat	44
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	44
3.3 Způsob analýzy dat.....	46
3.4 Realizace a etické aspekty výzkumu	47
3.5 Možná zkreslení výzkumu	47
4. Výsledky	49
4.1 Analýza polostrukturovaných rozhovorů.....	49
4.2 Shrnutí výsledků výzkumu	66
5. Diskuze	68
Závěr	82
Seznam použité literatury	84

Úvod

Koncept koordinované rehabilitace je v současné době aktuálním tématem nejen v oblasti péče o seniory v kontextu sociálních služeb. Koordinovaná rehabilitace nahlíží na člověka v duchu holismu jako na bio-psycho-sociální a spirituální bytost, která pro svou účinnou rehabilitaci vyžaduje nejen komplexní péči zaměřenou na všechny dimenze osobnosti, ale i propojenost a návaznost služeb. Jedním z cílů koordinované rehabilitace je prostřednictvím koordinovaného úsilí a spolupráce multidisciplinárního týmu zkvalitňovat péči o seniory a seniorky v domovech pro seniory, a tím také přispět ke zlepšení kvality jejich života.

V posledních letech se setkáváme s faktem, že některé domovy pro seniory se prezentují jako zařízení využívající koncept koordinované rehabilitace, což jim to přináší jistou prestiž zařízení a potenciální klienti tak automaticky mohou nabývat dojmu, že se jedná o kvalitně poskytované služby. Bohužel ne všechna zařízení, která se takto označují, využívají provázanosti všech složek koordinované rehabilitace a konceptu mezioborové spolupráce. Nicméně v některých domovech pro seniory je situace opačná, neboť jejich zaměstnanci využívají všechny složky koordinované rehabilitace a poskytují kvalitní péči, díky efektivní vzájemné spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu. V rámci odborné praxe během studia na ZSF JCU jsem se často setkávala s tím, že jednotliví pracovníci v domovech pro seniory i vedení těchto zařízení neznají koncept koordinované rehabilitace. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla v rámci diplomové práce toto téma hlouběji prozkoumat.

Teoretická část je složena ze dvou stěžejních kapitol, první kapitola pojednává o konceptu koordinované rehabilitace, jsou zde vymezeny jednotlivé složky koordinované rehabilitace, tj. léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Druhá kapitola je primárně zaměřena na problematiku multidisciplinárního týmu. V této kapitole jsou popsány profesní pozice, které jsou součástí multidisciplinárního týmu v domově pro seniory, také definovány domovy pro seniory a individuální plánování.

Cílem diplomové práce je zjistit možnosti a limity poskytování koordinované rehabilitace ve zvoleném domově pro seniory z pohledu členů multidisciplinárního týmu. Byla zvolena hlavní výzkumná otázka: Jak vnímají poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory členové multidisciplinárního týmu? K hlavní výzkumné otázce

bylo definováno pět dílčích výzkumných otázek zaměřující se na vnímání členů multidisciplinárního týmu jednotlivých složek koordinované rehabilitace a limitů rehabilitace. Praktická část výzkumu obsahuje popis specifik prováděného výzkumného šetření a přehledné vyobrazení zjištěných dat, jak písemnou formou, tak i grafickým zpracováním prostřednictvím vytvořených schémat pro přehlednost zjištěných dat včetně jejich shrnutí dle výzkumných otázek. Výsledky výzkumu jsou v rámci diskuze konfrontovány se současným stavem dané problematiky a názory jednotlivých autorů. V závěru diplomové práce je shrnutí celé práce.

1. Současný stav

1.1 Koordinovaná rehabilitace

Pojem rehabilitace byl definován v 19. století jako léčebný postup, který vede k návratu funkčních schopností (Votava et al, 2005). WHO v roce 1969 vydala oficiální definici rehabilitace, která zněla: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti“*, následně ji WHO v roce 1981 doplnila: *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého“* (Švestková et al., 2017, s. 217).

Novodobé pojetí rehabilitace jako uceleného systému a odklonění se od chápání rehabilitace pouze jako synonyma fyzioterapie bylo v ČR v roce 2003 popsáno kolektivem autorů pod vedením docenta Jiřího Votavy v publikaci *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením* (Neubauerová et al., 2012). Koordinovaná rehabilitace, jinak nazývaná také jako komprehenzivní nebo ucelená rehabilitace, staví na propojení jednotlivých složek rehabilitace (Juhásová et al., 2012). Snaží se o zmírnění a odstranění důsledků dlouhodobě nepříznivého stavu, které mohou částečně či úplně bránit osobám zařadit se do společenského života, a to prostřednictvím komplexní a souvislé činnosti s využitím nástrojů koordinované rehabilitace (Švestková et al., 2017).

Jankovský (2014) uvádí čtyři hlavní složky koordinované rehabilitace: léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. Emmerová (2012) tento výčet doplňuje o volnočasovou složku koordinované rehabilitace sloužící k seberealizaci osob se zdravotním postižením a psychickou složku koordinované rehabilitace, která zahrnuje vstřícný a pozitivní přístup ze strany pracovníků a rodinných příslušníků při práci a komunikaci s danou osobou. Klimentová (2018) dodává ještě technologickou složku koordinované rehabilitace, jejímž cílem je odstraňování architektonických, dopravních nebo informačních bariér díky kompenzačním pomůckám, ekonomickou rehabilitaci, kam se řadí finanční politika státu, a právní složku koordinované rehabilitace zahrnující sociální zabezpečení a sociální práva (Klimentová, 2018). Základním pravidlem pro správné fungování konceptu koordinované rehabilitace je vzájemné provázání alespoň dvou složek koordinované rehabilitace (Neubauerová et al., 2012). Tyto složky se vzájemně překrývají a navazují na sebe (Bruthansová et al., 2012).

Pro ucelenou rehabilitaci je charakteristická včasnost jednotlivých složek, které vedou osoby se zdravotním postižením, jejich rodiny a okolí k žádané aktivaci a motivaci (Švestková et al., 2017). Dále návaznost, která zajišťuje logický sled činností a poskytovaných služeb tak, aby byl zajištěn efektivní průběh rehabilitace, a také komplexnost celého procesu rehabilitace, která souvisí se vzájemnou součinností multidisciplinárního týmu (Švestková et al., 2017). V rámci uceleného systému koordinované rehabilitace je důležitý také individuální přístup, díky kterému mohou být jednotlivé činnosti koordinované rehabilitace zacíleny na konkrétní potřeby dané osoby (Klimentová, 2018). Koordinovaná rehabilitace je vhodná pro všechny věkové skupiny, tedy pro děti, dorost, dospělé i pro seniory (Švestková et al., 2017).

Koordinovaná rehabilitace staví na principu holistického přístupu a respektuje tak celostní pojetí osobnosti člověka, na kterého nahlíží jako na bio-psycho-sociální a spirituální bytost (Jankovský, 2015). Holismus je filozofický směr, který klade důraz na celek než na jeho jednotlivé části (Čeledová et al., 2010). Tento přístup funguje na principu vzájemného prolínání jednotlivých aspektů, které se společně ovlivňují, a proto nemohou být posuzovány samostatně (Kutnohorská, 2009). Koordinovaná rehabilitace necílí pouze na fyzický stav jedince, ale také reflektuje jeho psychické zdraví, úroveň nezávislosti a sociálních vztahů a také spirituální dimenze (Jankovský, 2015). Využívání holistického přístupu v rámci koordinované rehabilitace umožňuje plnější a hodnotnější pochopení života pacienta (Kutnohorská, 2015).

1.1.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace patří do oboru rehabilitační a fyzikální medicíny (Rokyta et al., 2009). Jde o soubor preventivních, diagnostických a léčebných činností vedoucích k navrácení osoby se zdravotním postižením do aktivního společenského života (Levitová et al., 2018). Hlavním cílem je maximální možná obnova funkční zdatnosti osoby se zdravotním postižením (Kalvach, 2011). Léčebná rehabilitace se snaží o odstranění či zmírnění funkční poruchy, popřípadě zpomalení progresu této poruchy (Neubauerová et al., 2012).

Léčebná rehabilitace se dělí na vertikální a horizontální (Pfeiffer et al., 2014a). Vertikální rehabilitace spočívá v odstranění poruchy a navrácení předchozí kvality života obnovením původního stavu organismu (Pfeiffer et al., 2014b). Horizontální rehabilitace se snaží o zmírnění následků chronické či trvalé poruchy, při které vzniká trvalý rozdíl

oproti původní kvalitě života (Jankovský, 2014). Činnosti léčebné rehabilitace jsou prováděny v rámci spolupráce lékařů, fyziatrů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalších odborníků (Levitová et al., 2018). Léčebná rehabilitace obsahuje několik složek, a to fyzikální terapii, kinezioterapii a ergoterapii (Pfeiffer et al., 2014b). Dalšími specifickými terapiemi v kontextu léčebné rehabilitace jsou například zooterapie, arteterapie, psychoterapie či muzikoterapie (Jankovský, 2014). V následujícím textu budou popsány vybrané terapie, a to fyzikální terapie, kinezioterapie, ergoterapie, zooterapie, arteterapie a muzikoterapie.

I. Fyzikální terapie

Fyzikální terapie je soubor metod, které využívají působení různých druhů energií na živý organismus (Pfeiffer et al., 2014b). Působení energií se provádí cíleně, vědomě a s terapeutickým cílem (Poděbradský et al., 2009). Díky tomuto účinku se zvyšují a mobilizují obranné síly organismu, které působí proti vzniku poruchy (Zeman, 2014). U pacientů s poruchami pohybové soustavy je výsledek fyzikální terapie efektivnější v kombinaci s prostředky fyzioterapie (Poděbradský et al., 2009). Fyzikální terapie je prováděna na doporučení lékaře (Marková et al., 2006). A je využívána výhradně v medicíně (Juhásová et al., 2012).

Při tvorbě rehabilitačního plánu v rámci fyzikální terapie lze přesně zacílit na konkrétní poruchu konkrétního pacienta a vybrat tak vhodný druh fyzikální terapie a její kritéria, které budou mít pro pacienta žádoucí účinky (Poděbradský et al., 2009). Zeman (2013) rozděluje účinky metod fyzikální terapie na přímý účinek, reflexní, analgetický, spasmolytický, trofotropní a antiedematózní, doplňuje také odkladný účinek a placebo efekt. Přímý účinek vysvětluje autor jako okamžité ovlivnění fyzikálních a biochemických pochodů ve tkáních (Zeman, 2013). Nepřímý neboli reflexní účinek je „*zprostředkován nervovým či endokrinním systémem*“ (Dylevský et al., 2019, s. 43).

Mezi další účinky fyzikální terapie patří analgetický účinek, který ovlivňuje určitá nervová vlákna a působí tak proti bolesti, dále spasmolytický účinek, při kterém dochází k uvolňování svalstva (Zeman, 2013). Účinky také mohou být trofotropní pro zlepšení výživy či antiedematózní účinky, které zlepšují otoky (Zeman, 2013). Mezi další účinky fyzikální terapie lze řadit placebo efekt či odkladný účinek terapie, který se projevuje opožděnou reakcí organismu (Dylevský et al., 2019). Účinky fyzikální terapie závisí na

několika faktorech, jako jsou specifika podnětu, intenzita a doba trvání podnětu, místo působení či tělesná konstituce pacienta (Zeman, 2013).

Fyzikální terapii lze rozdělit dle využívaných energií (Zeman, 2014). Tyto fyzikální podněty mohou pocházet z přírodní zdrojů energií jako je sluneční záření nebo z uměle připravených zdrojů jako jsou elektrické, elektromagnetické či mechanické energie (Zeman, 2013). Fyzikální terapie využívající mechanickou sílu je nazývána mechanoterapie a pracuje se zevní mechanickou silou a nepřímými elektrickými generátory mechanické energie (Zeman, 2014). Příkladem mechanoterapie jsou přístrojové trakce, klasické a reflexní masáže a využití ultrazvuku či rázové vlny (Zeman, 2014). Termoterapie využívá tepelnou energii, která se dle použité teploty dělí na pozitivní termoterapii s teplými až horkými podněty a negativní termoterapii s chladnými až studenými podněty (Beneš et al, 2015). Při termoterapii se využívá nejčastěji parafín, což je speciální vosk, a peloidy, které jsou přírodní povahy, mají vysokou schopnost vázat vodu a řadí se mezi ně bahna a humolity jako jsou rašeliny a slatiny či slatinné zeminy (Zeman, 2014).

Hydroterapie využívá působení vody na organismus prostřednictvím omývání, zábalů, celkových koupelí, vířivých lázní, přísadových koupelí, sauny či inhalací (Zeman, 2014). Při fototerapii je na organismus aplikováno elektromagnetické záření jako je ultrafialové a infračervené záření, UV lampy či laser (Poděbradský et al, 2009). Elektroterapie využívá jako podněty elektrický proud, který díky vodivosti lidského těla působí na tkáň elektrochemicky, tepelně či dráždivě podle typu proudu (Zeman, 2014). Do fyzikální terapie se řadí také balneoterapie, která zahrnuje komplexní lázeňskou léčbu (Juhásová et al., 2012).

II. Kinezioterapie

Dle Dvořáka (2003) je kinezioterapie jedna z hlavních a nejčastěji používaných léčebných metod v rehabilitaci. Jedná se o podpůrnou léčebnou metodu, která má interdisciplinární charakter, pracuje jak s biologickou složkou osobnosti, tak i s její psychickou a sociální částí (Hátlová, 2003). Kinezioterapie zahrnuje zdravotnický, pedagogický i psychologický proces, který cílí nejen na obnovu či úpravu funkcí osoby se zdravotním postižením, ale i na přijetí dané situace, na fixaci návyků a pohybových stereotypů, a proto působí na člověka jako na bio-psycho-sociální a spirituální osobnost (Zeman, 2014). Kinezioterapie využívá efektivních pohybových činností, které vedou

k udržení nebo obnově funkce tělesného ústrojí (Pfeiffer et al., 2014b). Tato metoda cílí na dosažení pohybů ve správném či potřebném provedení tak, aby bylo možné realizovat motorické činnosti v rámci běžných denních aktivit (Zeman, 2014). V nepříznivých případech může kinezioterapie alespoň zpomalit vývoj poruchy či udržet stávající stav (Dvořák, 2003).

Prioritou v kinezioterapii je docílit opakování správně provedených volných pohybů při následujících cvičeních bez pomoci a kontroly terapeuta (Zeman, 2014). Kinezioterapie zahrnuje přeučení nevhodně prováděných pohybů a zautomatizování jejich správného provádění v rámci pohybových programů (Zeman, 2014). Jde tedy o reedukaci pohybu (Pfeiffer et al., 2014a). Hlavním principem kinezioterapie je využití dynamických a statických sil, které jsou vytvořeny aktivní činností organismu nebo které působí zvenčí při pasivním zapojení organismu, většinou jsou však tyto síly vzájemně kombinovány (Pfeiffer et al., 2014b). Kinezioterapie také cílí na pacientovo uvědomění si vlastního psychomotorického já, prostřednictvím ovlivnění psychiky pacienta díky osobním prožitkům (Hátlová, 2003).

Při tvorbě plánu kinezioterapie je nutné uplatňovat teoretické znalosti anatomie, fyzioterapie a dalších souvisejících oborů s praktickými poznatky o reedukaci pohybu, dále sestavovat plán dle individuálních potřeb dané osoby, systematicky postupovat u jednotlivých cviků a plynule zvyšovat náročnost cvičení (Zeman, 2014). Kinezioterapie by měla být prováděna pravidelně, všestranně a vysvětlena či názorně ukázána způsobem, který je vhodný pro danou osobu s ohledem na její věk či osobnost (Zeman, 2014). Kinezioterapie je prováděna vždy zdravotníkem, na rozdíl od zdravotní tělesné výchovy, kterou provádí pedagogický personál (Zeman, 2014).

Hátlová (2003) uvádí příklad všestrannosti využití kinezioterapie, která může být uplatňována také v rámci léčby osob s demencí. Kinezioterapie prováděná v rámci léčby demence dává osobám s demencí možnost účastnit se na smysluplné činnosti s ostatními jako platný člen a získat pocit smysluplnosti a sounáležitosti s ostatními členy (Hátlová, 2003). Aktivity pro osoby s demencí jsou zaměřeny na uvědomování si vlastního těla a dávají prostor ovlivňovat vlastní pohyby prostřednictvím pohybových programů vytvořených dle aktuálního psychosomatického a motorického stavu pacientů (Hátlová, 2003).

III. Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnický obor, který pomocí vhodně zvolených činností podporuje duševní a fyzické zdraví osob se zdravotním postižením (Jelínková et al., 2009). Ergoterapeuti pracují s osobami s různými druhy zdravotního postižení nebo osobami nesoběstačnými z části či úplně (Krivošíková, 2011). Ergoterapie je určena pro všechny věkové skupiny (Holczerová et al., 2013). Pracuje také s osobami ohroženými sociálním vyloučením (Pfeiffer et al., 2014b). Cílem ergoterapie je dosažení nejvyšší možné úrovně funkčních schopností osob se zdravotním postižením (Svěcená et al., 2014). Ergoterapie se snaží také o zachování či navrácení schopností nezbytných k výkonu běžných denních činností (Demirci, 2017). Maximální možná nezávislost v domácím, pracovním či veřejném prostředí pak pozitivně ovlivňuje kvalitu života osob se zdravotním postižením (Neubauerová et al., 2012).

Ergoterapie může být prováděna individuální či skupinovou formou ve zdravotnických, lázeňských nebo rehabilitačních zařízeních, také ve službách poskytovaných v domácím prostředí, při osobní asistenci či v rámci programů předpracovní a pracovní rehabilitace (Levitová et al., 2018). Při rehabilitaci využívá ergoterapie specifické diagnostické a léčebné postupy (Holczerová et al., 2013). Jako hlavní terapeutický prostředek používá ergoterapie smysluplnou činnost a zaměstnávání (Česká asociace ergoterapeutů, © 2008–2020).

Ergoterapie se orientuje na několik oblastí, a to soběstačnost při výkonu běžných denních činností a evaluaci bytu a bezbariérovost, na postižené oblasti, jako je motorika a funkce horních končetin a oblast kognitivních funkcí, na ergodiagnostiku v rámci pracovního začlenění a na program dne a volnočasové aktivity pro možnost seberealizace (Svěcená et al., 2014). Ergoterapie se také zaměřuje na cílený nácvik jednotlivé problematické funkce, na pracovní začlenění s využitím ergodiagnostiky a kondiční ergoterapii, která cílí na duševní pohodu, vyplnění volného času a udržení kondice (Pfeiffer et al., 2014b). U všech těchto oblastí nejprve ergoterapeut vytvoří krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán (Jelínková et al., 2009). V průběhu ergoterapeutického procesu musí ergoterapeut opakovaně hodnotit funkční stav dané osoby pomocí standardizovaných či nestandardizovaných testů a hodnocení (Svěcená et al., 2014).

Ergodiagnostika neboli předpracovní rehabilitace je součástí koordinované rehabilitace, jejímž cílem je zjistit a odborně zhodnotit aktuální pracovní potenciál osob se zdravotním

postížením (Švestková et al., 2017). Členové multidisciplinárního týmu, jako je lékař, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut či sociální pracovník, klienta vyšetří a výsledky prodiskutují na rehabilitační konferenci, jejímž výstupem je stanovení limitů při výkonu práce dané osoby (Svěčená et al., 2014). Dalším možným výsledkem je doporučení vhodných pomůcek a opatření umožňující těmto osobám výkon zaměstnání (Tarakci et al., 2012).

IV. Zooterapie

Zooterapie je jeden z přístupů využívaných v rámci koordinované rehabilitace (Valenta et al., 2015). Jedná se o terapeutickou metodu pro rehabilitaci a podporu zdraví, která využívá vzájemný pozitivní vliv zvířete a člověka (Fine et al., 2015). Může tak nahrazovat klientovi sociální kontakt s ostatními lidmi (Šauerová et al., 2013). Při zooterapii dochází ke stimulaci psychiky a podpoře sociální a emoční komunikace daného klienta (Klech, 2014). Vzájemná interakce se zvířetem podporuje klientovo psychické zdraví, fyzickou aktivitu a napomáhá předcházet pocitům osamělosti a depresím (Krause-Parello et al., 2019). Zvíře klienta vybízí k aktivitě, k procházkám či jiným cvikům a stává se prostředníkem pro lepší komunikaci s okolím (Braun et al., 2010).

V roce 2014 International Association of Human-Animal Interaction Organization (dále IAHAIO) vydala dokument IAHAIO White Paper 2014: The IAHAIO Definitions for Animal Assisted Intervention and Guideline for the Wellness of Animals Involved, který sjednotil mezinárodní terminologii a následně byl v roce 2018 zrevidován a doplněn (IAHAIO, 2018). IAHAIO (2018) definuje metody intervence s asistencí zvířat (AAI - Animal Assisted Intervention) jako cílenou a strukturovanou intervenci s terapeutickým cílem, která záměrně začleňuje zvířata do oblastí zdravotnictví, vzdělávání a sociální práce. Dle IAHAIO (2018) AAI zahrnuje:

- a) terapie s asistencí zvířat - AAT (Animal Assisted Therapy);
- b) vzdělávání a výuka s asistencí zvířat - AAE (Animal Assisted Education);
- c) aktivity s asistencí zvířat - AAA (Animal Assisted Activities);
- d) koučování/poradenství s asistencí zvířat - AAC (Animal Assisted Coaching/Counselling).

Zooterapie je realizována za pomoci různých druhů zvířat (Jankovský, 2014). Canisterapie využívá kontakt se psem, a to nejen verbální či emoční, ale také fyzický

kontakt formou polohování (Jankovský, 2014). Nejčastějším druhem zooterapie prováděným v domovech pro seniory je právě canisterapie (Ondrušová et al, 2019). V pobytových zařízeních pro seniory je také využívána felinoterapie, zooterapie s malými zvířaty, ornitoterapie s asistencí ptactva či farmingterapie (Motlová, 2018). Felinoterapie využívající kočky se stala novým trendem při práci se seniory (Elichová, 2017). Domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory častěji volí kočky nežli psy, pro jejich nenáročnou péči (Poskocil, 2012).

Farmingterapie je specifická forma zooterapie, která je realizovaná jako terapie za asistence hospodářských zvířat prostřednictvím práce na farmě a řadí se mezi velmi účinné terapie, neboť přispívá k začlenění klientů do společnosti (Loučka, 2007). Farmingterapie může probíhat přímým kontaktem a aktivní činností jako je krmení a péče o zvířata nebo pasivně v podobě pozorování (Klech, 2014). Hipoterapie využívá k léčebným účelům koně, díky jejich specifickému kroku a dalším nespecifickým podnětům jako je teplo, obranné reakce osob proti pádu či taktilní kožní podněty (Kočová et al., 2017). Nicméně dle Motlové (2018) se tato terapie v domově pro seniory praktikuje velmi zřídka.

V. Arteterapie

Arteterapie je terapeutický obor, který využívá výtvarnou tvorbu k podpoře zdraví a rozvoje osobnosti (ČAA, © 2020a). Je prováděna pod vedením profesionálně vyškoleného arteterapeuta a lze ji uplatnit v sociálních, vzdělávacích a lékařských oborech (EFAT, © 2018). Arteterapie využívá výtvarný projev při práci s klientem (Potměšilová, 2014). Výsledek této kreativní činnosti slouží jako prostředek ke komunikaci s klientem či pacientem a není účelem hodnotit produkt z jeho estetického hlediska (Holčerová et al., 2013). Arteterapie cílí na vytvoření terapeutického vztahu klient-umělecký výtvar-arteterapeut, prostřednictvím kterého podporuje klienta v překonávání a integraci jeho psychických či zdravotních obtíží (ČAA, © 2020a).

Arteterapie využívá expresivní funkci výtvarných činností, díky které mohou být skryté pocity a dojmy klienta přirozeně odhaleny, sdíleny a také následně zformovány (Valenta et al., 2012). Do výsledného produktu autor může projektovat své prožitky (Mlýnková, 2011). Prostřednictvím této formě terapie klient dokáže snadněji vyjádřit své pocity a zároveň tak zpřístupnit některé své osobnostní rysy arteterapeutovi (Elichová, 2014). Při práci se seniory lze prostřednictvím výtvarných kreativních činností rozvíjet jemnou

motoriku a posilovat kognitivní funkce (Ondrušová et al., 2019). Arteterapií lze eliminovat deprese u seniorů a zvyšovat tak jejich kvalitu života (Domínguez-Toscano et al., 2017).

Arteterapii lze dělit na dva základní proudy, a to arteterapie jako terapie uměním, ve které nese léčebný charakter samotný umělecký proces, a dále atrpsychoterapie, která výsledky tvůrčí činnosti dále zpracovává a analyzuje (ČAA, © 2020a). Dle forem může být arteterapie prováděna individuálně či skupinovou formou (ČAA, © 2020a). Při skupinových výtvarných aktivitách se pracuje také se skupinovou dynamikou (Valenta, 2012). Nicméně skupinová forma arteterapie při práci se seniory znamená vyšší náročnost na přípravu arteterapeuta, který musí mít připraveno několik variant práce vzhledem k možnostem a aktuálnímu stavu jednotlivých účastníků arteterapie (Ondrušová et al., 2019).

V rámci arteterapie je často využívána práce s hlínou, která pozitivně působí na uvolňování svalového napětí a procvičení jemné motoriky (Jankovský, 2014). Dalšími aktivitami v arteterapii jsou malba, kresba či vyrábění ze dřeva, přírodnin, kovu a jiných materiálů (Jankovský, 2014). Při práci se seniory je tvoření v rámci provádění arteterapie spojeno s tematikou aktuálního ročního období či s probíhajícím svátkem (Ondrušová et al., 2019). Výsledné produkty pak mohou klienti domovů pro seniory věnovat rodinám, což jim přináší jistý pocit uspokojení, nebo jsou výrobky využity při výzdobě areálu těchto zařízení (Ondrušová et al., 2019).

VI. Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který se řadí do skupiny expresivních neboli kreativních, terapií (Mastnak et al., 2014). Jedná se o profesionální využití hudby a jejích prvků v rámci lékařských a pedagogických oborů, ale i v běžném každodenním prostředí (WFMT, 2011). Muzikoterapie jako terapeutický prostředek využívá hudbu (Beníčková, 2011). A pracuje se základními hudebními prvky jako jsou melodie, harmonie, dynamika a rytmus (Ondrušová et al., 2019).

V rámci této léčebné metody je u klienta podporován rozvoj motoriky, percepce, komunikačních schopností a dovedností a rozvoj laterality a spolupráce obou hemisfér (Beníčková, 2011). Muzikoterapie podporuje osobní rozvoj klienta, mezilidské vztahy a pozitivně ovlivňuje i kvalitu klientova života (Gerlichová, 2014). Využívá se také jako

metoda při léčbě osob s demencí (Ing-Randolph et al., 2015). U seniorů trpících demencí může reakce na zvuky nebo hudbu sloužit jako jeden z mála prostředků komunikace (Kantor et al., 2009).

V domovech pro seniory muzikoterapie nenaplňuje pouze cíle léčebné, ale i cíle sociální, které se snaží předcházet negativním dopadům plynoucích z dlouhodobého pobytu v zařízení, zajistit spokojenost klientů prostřednictvím uspokojení jejich potřeb, nabídnout možnost smysluplně stráveného volného času a podnět k aktivizaci seniorů (CZMTA, © 2020). Dle Motlové (2018) je muzikoterapie nejčastější terapií praktikovanou v domovech pro seniory. Muzikoterapie je u seniorů velmi oblíbená činnost, vzhledem k tomu, že je hudba provází během celého života, mají k ní kladný vztah (Ondrušová et al., 2019).

Muzikoterapie může být prováděna individuálně s jedním klientem nebo ve skupině (Bell, 2017). Valenta (et al., 2012) uvádí rozdělení muzikoterapie dle forem na aktivní a receptivní formu muzikoterapie, ty se mohou prolínat a navzájem doplňovat. V rámci perceptivní muzikoterapie klienti naslouchají živé nebo reprodukováné hudbě, snaží se ji vnímat a prožívat, to vede ke společnému prožitku, uvolňování emocí a k podpoře budování vztahů v rámci kolektivu (Valenta et al., 2012). Aktivní muzikoterapie zahrnuje aktivní hudební činnosti jako je zpěv nebo hra na části těla či hudební nástroje (Valenta et al., 2012). V domovech pro seniory se klienti mohou aktivně zapojit skládáním písní, vymyšlením melodií nebo se mohou podílet na přípravě hudebních vystoupeních či výrobě alternativních hudebních nástrojů (Ondrušová et al., 2019).

1.1.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je jednou ze složek koordinované rehabilitace (Francová, 2014). Legislativně je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (§ 70), ve znění pozdějších předpisů, a ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, (§ 35), ve znění pozdějších předpisů. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (§ 70), ve znění pozdějších předpisů, je sociální rehabilitace definována jako soubor specifických činností, který cílí na maximální možnou soběstačnost a samostatnost osob prostřednictvím rozvoje jejich specifických dovedností a schopností.

Sociální rehabilitace úzce navazuje na léčebnou rehabilitaci a je předpokladem pro následnou rehabilitaci pedagogickou a pracovní (Neubauerová et al., 2012). Sociální rehabilitace dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, může být poskytována formou ambulantních, terénních i pobytových služeb v sociálně rehabilitačních center (Francová, 2014). Také je uplatňována ve zdravotnických zařízeních, neziskových organizacích i v přirozeném prostředí daných osob v rámci rodiny (Bruthansová et al., 2012). Sociální rehabilitace je prováděna také v hospicích a domovech pro seniory (Emmerová, 2012).

Vyhláška č. 505/2006 Sb., (§ 35), ve znění pozdějších předpisů, jasně definuje základní činnosti poskytované v rámci sociální rehabilitace formou terénních nebo ambulantních služeb, a to činnosti:

- a) *nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
 - nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů,
 - nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování,
 - nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti,
 - nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,
 - nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,
- b) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
 - doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět,
 - nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky,
 - nácvik chování v různých společenských situacích,
- c) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
 - upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- d) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
 - podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,

- informační servis a zprostředkovávání služeb.

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, (§ 35), ve znění pozdějších předpisů, jsou uvedeny další činnosti sociální rehabilitace poskytované formou pobytových služeb a jejich maximální možné úhrady. V pobytových službách jsou prováděny kromě výše zmíněných ještě následující činnosti sociální rehabilitace:

- a) *poskytnutí ubytování*,
 - a. ubytování,
 - b. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
- b) *poskytnutí stravy*,
 - a. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,
 - b. pomoc při podávání jídla a pití,
- c) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*,
 - a. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 - b. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 - c. pomoc při použití WC (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 35, ve znění pozdějších předpisů).

Cílem sociální rehabilitace je podpora osoby se zdravotním postižením v začlenění a uplatnění se v běžné společnosti, podpora nezávislosti a co největší možné samostatnosti osoby tak, aby nebyla dlouhodobě závislá na poskytování sociálních služeb (Švestková et al., 2017). Sociální rehabilitace se zaměřuje na ochranu osob se zdravotním postižením, které nemohou z krátkodobého či dlouhodobého hlediska uplatňovat svá práva a zájmy a na vyrovnávání příležitostí prostřednictvím nástrojů umožňujících realizaci osob se zdravotním postižením a jiným znevýhodněním (Švestková et al., 2017). Sociální rehabilitace se snaží podporovat kompetence, dovednosti a schopnosti osob pro snadnější fungování v běžné společnosti (Francová, 2014). Je vhodná a důležitá pro osoby všech věkových skupin, vzhledem k tomu, že i starý člověk umístěný v zařízení má potřebu se začlenit do společnosti (Arnoldová, 2015).

Sociální rehabilitace zahrnuje také pomoc při zprostředkovávání materiální pomoci prostřednictvím jednotlivých dávek a peněžních příspěvků, jako je invalidní důchod, příspěvek na péči či příspěvky pro osoby se zdravotním postižením (Arnoldová, 2015).

Jako nejpodstatnější prostředek sociální rehabilitace vnímá Koláčková (et al., 2010) sociální služby, které zahrnují poskytování kompenzačních pomůcek, osobní asistenci, pečovatelské a odlehčovací služby, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, domovy pro seniory, služby zajišťující dopravu, poradenství, centra denních služeb a ranou péči.

Arnoldová (2015) zmiňuje v souvislosti se sociální rehabilitací rekondiční pobyty pořádané zpravidla neziskovými organizacemi. Jesenský (1995, s. 75) definuje rekondiční pobyt jako „*soubor forem zaměřených na udržování a rozvíjení dovedností a návyků tělesné i psychické kondice.*“ V rámci rekondičních pobytů osoby sami aktivně pracují na změně svého nepříznivého stavu pod odborným dohledem a cílí na rozvoj osobnosti, socializaci a integraci (Jesenský, 1995). Důraz je kladen také na nácvik chování v běžných denních situacích a základy etiky a etikety (Emmerová, 2012). Během rekondičních pobytů mohou účastníci navazovat nové sociální kontakty, vzájemně se podporovat a získat nové informace vztahující se k problematice, která je zajímá, a to prostřednictvím odborných přednášek (Arnoldová, 2015). Další náplní rekondičních pobytů jsou tematické workshopy, při kterých si účastníci mohou praktickým nácvikem zdokonalit své dovednosti a osvojit si některé zásady, které jim mohou být prospěšné v běžném životě (Arnoldová, 2015).

Při provádění sociální rehabilitace se uplatňují metody reedukace, kompenzace a akceptace (Jankovský, 2014). Metoda reedukace cílí na využívání a zachování zbytkových funkcí s využitím reedukačních pomůcek jako naslouchadla, optické lupy, inzulinové pumpy či invalidní vozíky (Jesenský, 1995). Metoda kompenzace se zaměřuje na rozvoj nepoškozené funkce jako náhrady za funkci postiženou (Jankovský, 2014). Při této metodě se klade důraz na používání kompenzačních pomůcek a technik jako jsou znaková řeč, Braillovo bodové písmo, čtecí zařízení, protézy či francouzské hole (Jesenský, 1995). Metoda akceptace pracuje s přijetím života s postižením (Jankovský, 2014).

Sociální rehabilitace využívá následující techniky:

- a) *technika mluveného slova* zahrnuje vysvětlování a motivaci klienta, přispívá k rozvoji komunikace;
- b) *technika meditace* je vhodná při probíhajícím procesu akceptace vlastního postižení a při tvorbě životních hodnot a postojů;

- c) *technika pohybového rozvoje a orientace* cílí na zvládnutí určitých pohybů pro specifické denní činnosti;
- d) *technika rehabilitačního působení umění* uvolňuje napětí a nabízí možnost se aktivně projevit;
- e) *technika rehabilitačního působení pracovními činnostmi* zahrnuje mnoho aktivit jako nácvik dovedností či běžných denních činností, volnočasové aktivity a aktivity spojené s pracovní přípravou, které vedou k uvolnění a nabytí sebevědomí;
- f) *technika relaxace* zahrnuje různé druhy cvičení a aktivit, které střídáním napětí a uvolňování odbourávají stavy napětí, a tak zlepšují fyzické i psychické zdraví osoby;
- g) *technika rekreace a rekondice* cílí na obnovu fyzických i psychických sil a zahrnuje sportovní a pohybové aktivity a hry;
- h) *technika povzbuzování* napomáhá předcházet pocitům méněcennosti a vyrovnat se s problémy prostřednictvím povzbudivých gest, pochval, odměn či diplomů;
- i) *technika situační hry a aplikace humoru* lze využít pro nácvik řešení reálných situací formou hry, díky humoru lze situaci odlehčit;
- j) *technika soutěživosti* pracuje s potřebou člověka prosadit se a být odměněn, tato technika však není vhodná pro všechny skupiny osob, její nesprávné použití může mít negativní následek;
- k) *technika represe* potlačuje nežádoucí jevy formou přiměřených trestů, nejčastěji se využívá při práci s dětmi (Jesenský, 1995).

1.1.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogické rehabilitace vychází ze zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, (§ 16), Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných, a z vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, dále ze zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (Zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a ze zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (Čeledová et al., 2018).

Bruthansová (et al., 2012) definuje pedagogickou rehabilitaci jako celoživotní proces, v rámci, kterého je kladen důraz na optimální rozvoj a začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti. Hlavním cílem pedagogické rehabilitace je podpořit osoby se zdravotním postižením v dosažení maximálního možného stupně vzdělání a samostatnosti (Švestková et al., 2017). Pedagogická rehabilitace cílí na obnovení původních či cílené vytváření nových znalostí a dovedností zaměřených na budoucnost osob se zdravotním postižením (Emmerová, 2012). Konkrétní činnosti v rámci pedagogické rehabilitace se aplikují v závislosti na zdravotním, psychickém a sociálním stavu osob se zdravotním postižením (Zikl, 2011).

Švestková (et al., 2017) uvádí prostředky využívané v rámci pedagogické složky koordinované rehabilitace, a to pedagogicko-psychologické poradenství a speciální vzdělávání. Pedagogicko-psychologické poradenství obsahuje aktivity, které se zaměřují na určování, zda je pedagogická rehabilitace pro osobu se zdravotním postižením potřebná a jakým způsobem bude prováděna, dále činnosti na podporu procesu vzdělávání a výběru formy vzdělávání a profesní orientace (Švestková et al., 2017). Speciální vzdělávání zahrnuje proces edukace, tedy učení, a reedukace, znovunaučení, dovedností a schopností pro překonávání negativních dopadů daného znevýhodnění a pro sociální uplatnění v rámci, kterého využívá speciálně-pedagogické metody a postupy pro zvládnutí vzdělávacího programu osobami se zdravotním postižením (Švestková et al., 2017).

Využívání pedagogické rehabilitace je nejzásadnější při vzdělávání dětí a mládeže (Jankovský, 2014). Nicméně vzdělání není určeno pouze dětem a mladým lidem, jde o celoživotní proces, který je zpřístupněn všem generacím, tedy i osobám v produktivním či seniorském věku (Mühlpachr, 2009). Mezi současné trendy patří i vzdělávání seniorů a seniorek, kteří prostřednictvím nově získaných informací a dovedností pozitivně ovlivňují kvalitu svého života (Tomczyk, 2015). Dle Mühlpachra (2009) je podstatné vytvořit takové podmínky a příležitosti pro vzdělávání, aby podnítily v lidech potřebu vzdělávat se a zdokonalovat se, zároveň také upozorňuje na nutnost snadného přístupu ke vzdělání pro všechny věkové skupiny.

Edukací seniorů se zabývá pedagogická disciplína nazývaná geragogika či jinak gerontagogika, která se vyčlenila z andragogiky (Janiš et al., 2016). Geragogika se zaměřuje na vzdělávání seniorů ve stáří a ke stáří (Čevela et al., 2012). Cílem geragogiky

je adaptace na přicházející životní změny, jako je stárnutí organismu a s ním spojené snížení schopností a výkonů, omezení soběstačnosti, změna životní role související s opuštěním zaměstnání a odchodem do starobního důchodu nebo smrt partnera či kamarádů (Špatenková et al., 2015). Geragogika má svá specifika vytvořená speciálně pro cílovou skupinu seniorů a senierek, proto edukace seniorů nemusí mít jasně stanovené vzdělávací cíle (Špatenková et al., 2015). Špatenková (et al., 2015) se zmiňuje o nedostatku motivace seniorů ke vzdělávání například v podobě vidiny profesního růstu či zvýšení platového ohodnocení, naopak některé seniory může představa opětovné školní docházky až stresovat. Proto je dalším specifikem vzdělávání seniorů dobrovolná účast (Janiš et al., 2016).

Vzdělávání seniorů lze rozdělit na čtyři následující oblasti:

- a) *preventivní oblast vzdělávání* zahrnuje opatření prováděná během produktivního života, která pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a stáří a podporují fyzické i psychické zdraví seniora;
- b) *rehabilitační oblast vzdělávání* cílí na posilování a udržování znalostí, dovedností a schopností;
- c) *volnočasová oblast vzdělávání* vede k rozvoji zájmů a získání nových znalostí a podnětů k aktivitě;
- d) *anticipační oblast vzdělávání* se zaměřuje na poskytování informací o nových jevech ve společnosti či technologiích, díky kterým jsou senioři připraveni na změny ve stylu života (Čevela et al., 2012).

Klevetová (2017) uvádí dva stupně vzdělávání seniorů v České republice, a to všeobecné seniorské vzdělávání a inovace odborných znalostí a dovedností. Všeobecné seniorské vzdělávání navštěvují senioři pro rozšíření svých znalostí nebo navazování nových sociálních kontaktů se stejně aktivními vrstevníky (Klevetová, 2017). Tato forma vzdělávání nemá profesní charakter a nejčastěji probíhá formou výuky informatiky, cizích jazyků či zájmových předmětů (Čevela et al., 2012). Senioři mohou docházet také na lekce trénování paměti (Klevetová, 2017). V rámci stupně inovací odborných znalostí a dovedností si senioři rozšiřují či upevňují svojí kvalifikaci, aby byli co nejdéle soběstační a mohli se aktivně zapojovat do společnosti například díky znalosti moderních technologií a postupů (Klevetová, 2017).

V současnosti pro tuto věkovou kategorii hojně vznikají projekty podporující celoživotní vzdělávání formou proseniorských programů či univerzit třetího věku (Tomczyk, 2015). Univerzity třetího věku se řadí mezi nejnáročnější formy vzdělávání pro seniory, z důvodu oficiálně uznaných institucí, které umožňují získat akademický titul i v seniorském věku (Mühlpachr, 2009). Další možností vzdělávání pro seniory jsou univerzity volného času, které mohou navštěvovat různé cílové skupiny a nejsou vázány na vysoké školy, proto jsou flexibilnější než univerzity třetího věku (Klevetová, 2017). Kluby pro seniory nabízejí seniorům možnost vytvořit si program setkání podle svých zájmů z různých besed, exkurzí či přednášek, nicméně i tato nestrukturovaná forma získávání vědomostí tvoří nezastupitelnou součást vzdělávání seniorů (Petřková et al., 2004). Vzdělávání seniorů je uplatňováno také v domovech pro seniory (Špatenková et al., 2015).

1.1.4 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je legislativně upravena v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a dále ve vyhlášce č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Pracovní rehabilitace je soubor činností, které vedou k získání a zachování zaměstnání osob se zdravotním postižením (Zákon č. 435/2004 Sb., § 69). Pracovní rehabilitace zajišťuje možnost práce či potřebné odborné kvalifikace (Arnoldová, 2015). Pracovní rehabilitace dle zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, je vhodná jak pro osoby se získaným zdravotním postižením, tak i pro osoby s vrozeným zdravotním postižením, které potřebují kvalifikaci či rekvalifikaci pro výkon takové profese, která je pro ně vhodná s ohledem na jejich pracovní schopnosti a zdravotní stav (Šesták, 2014).

Hlavním cílem pracovní rehabilitace je obnova a maximální možné zvýšení pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením a jejich následného zapojení do zaměstnání (Holczerová et al., 2013). Pro osoby se zdravotním postižením je zaměstnání nejen zdrojem příjmu, ale i možností seberealizace a pozitivního sebehodnocení (Arnoldová, 2015). Zároveň se předchází sociálnímu vyloučení a izolaci, díky poznávání nových lidí a navazování sociálních vztahů na pracovišti (Šesták, 2014). Dle Čeledové a Holčíka (2018) je důležité nabídnout pracovní rehabilitaci i osobám, které již nejsou v produktivním věku, ale mají zájem pracovat, a tím podpořit jejich resocializaci a rehabilitaci zacílenou na udržení jejich soběstačnosti.

Pracovní rehabilitaci dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, (§ 69), ve znění pozdějších předpisů, provádí krajská pobočka úřadu práce, která je místně příslušná podle bydliště osoby se zdravotním postižením, ve spolupráci s poskytovateli pracovní rehabilitační péče, tzv. ergodiagnostickými centry, nebo ji může po písemné dohodě delegovat na jinou právnickou či fyzickou osobu. Úřad práce na žádost osoby se zdravotním postižením zajistí pracovní rehabilitaci na své náklady a vypracuje spolu s žadatelem možný individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní stav a kvalifikaci žadatele (Čevela et al., 2010). Do pracovní rehabilitace se řadí také poradenská činnost, teoretická a praktická příprava na budoucí povolání, příprava k práci a možnost specializovaných rekvalifikačních kurzů (Čeledová et al., 2018).

Šesták (2014) uvádí další možné nástroje pracovní rehabilitace, které se využívají zpravidla při práci s cílovou skupinou mladistvých, mladých dospělých a dospělých osob se zdravotním postižením, a to sociálně terapeutické dílny, tranzitní programy, podporované zaměstnávání, chránění pracovní místo a zaměstnavatele zaměstnávající více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením. Sociálně terapeutické dílny vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších zákonů, jako ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností zapříčiněnou zdravotním postižením, které nejsou umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Cílem této sociální služby je pravidelná a dlouhodobá podpora při prohlubování pracovních dovedností a návyků pomocí sociálně pracovní terapie (Arnoldová, 2015). Tranzitní program je určen pro studenty praktických škol, u kterých se předpokládá, při přechodu do zaměstnání na otevřeném pracovním trhu práce, potřeba individuální podpory v podobě pomoci pracovního konzultanta při hledání vhodného zaměstnání (Šesták, 2014). Následně je studentovi přidělen pracovní asistent, který je přítomen přímo na pracovišti a dopomáhá studentovi s pracovními dovednostmi, návyky, s postupy práce a se začleněním do nového kolektivu (Šesták, 2014).

Podporované zaměstnávání je určeno pro uchazeče o pracovní místo na otevřeném trhu práce s cílem poskytnout mu takovou míru podpory, aby si našel a následně udržel toto pracovní místo (Šesták, 2014). Trénink pracovních dovedností probíhá až po nástupu do zaměstnání, přímo na pracovišti (Šesták, 2014). Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením podle písemné dohody s úřadem práce (Čevela et al., 2010). Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, (§ 75), ve znění pozdějších předpisů, musí toto místo být zřízeno alespoň

na 3 roky. Dalším nástrojem pracovní rehabilitace je zaměstnavatel, který když zaměstnává více než 50 % zaměstnanců, tak může dle zákona o zaměstnanosti čerpat příspěvky při zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Šesták, 2014).

V pobytových zařízeních poskytujících péči o seniory je v rámci pracovní rehabilitace aplikována ergoterapie, která se nezaměřuje na pracovní uplatnění osob, ale podporuje seniory ve využívání nabytých vědomostí a dovedností souvisejících s udržetím či rozvojem jejich soběstačnosti (Motlová, 2018). Ergoterapie s jednotlivcem se zaměřuje na individuální aktivizaci seniora, v rámci skupinové ergoterapie jde o terapeutický charakter a efekt práce ve skupině (Ondrušová et al., 2019). Ergoterapie nabízí klientům zapojení se do běžných denních aktivit či pracovních činností, i přes jejich zdravotní postižení či omezení (Krivošíková, 2011). Aktivity v rámci ergoterapie by měly být vždy přizpůsobené věku a zdravotnímu stavu klientů a jejich provádění by mělo být smysluplné a pro klienta důležité (Motlová, 2018). Ondrušová (et al., 2019) uvádí příklady z praxe, kde jsou klienti domovů pro seniory zapojováni do aktivit jako zametání, práce na zahradě či výpomoc v jídelně.

1.2 Multidisciplinární tým v domově pro seniory

Multidisciplinární tým je chápán jako skupina pracovníků, která mezioborově spolupracuje v rámci jednoho zařízení, ale také jako skupina pracovníků, která se podílí na případu či péči konkrétní osoby napříč různými zařízeními (Kodymová, 2015). Gehlert (2012) rozlišuje tři typy spolupráce v rámci zdravotně-sociálních týmů, a to multidisciplinární tým, jehož členové mají různé profese, mají oddělené profesionální znalosti a používají jazyk vlastních oborů, dále interdisciplinární tým, v němž si odborníci různých profesí své znalosti a jazyk své profese sdílejí a transdisciplinární tým, který zahrnuje odborníky z různých profesí, kteří si vytvořili jednotný odborný jazyk a společně vyvíjejí nové metody a techniky práce. Nicméně jednotliví autoři ve svých publikacích používají rozličné názvy pro spolupráci zdravotně-sociálních týmů.

Multidisciplinární tým je složen z odborníků a je založen na partnerském vztahu v rámci týmu (Vévoda et al., 2013). Každý člen přináší do týmu své vlastní profesní zkušenosti a dovednosti (NHS England, 2017). Díky propojení různých odborných pohledů na konkrétní situaci dané osoby, vzniká efektivní a holisticky zaměřená strategie řešení (Housley, 2017). Proto by multidisciplinární tým měl být sestaven komplexně, aby mohl naplňovat všechny potřeby klienta (Dragomirecká et al., 2015). Multidisciplinární týmy vznikají v sociálních službách zejména s cílem vyřešit komplikovaný a mezioborový případ či naplnit specifické individuální potřeby klienta (Tajanovská, 2015). Z těchto důvodů se sdružují experti z mnoha profesních odvětví, kteří sice jsou odborníky ve svém oboru, avšak jejich sociální či komunikační schopnosti mohou být v rámci týmu problematické (Tajanovská, 2015). Proto aby tento tým mohl plnit svou funkci, měli by členové do týmové spolupráce vstupovat s jistou pokorou, budovat si vzájemnou důvěru a nebát se sdílet své pocity (Jankovský, 2015). Členové multidisciplinárního týmu by měli být komunikativní, samostatní, odpovědní za svou práci, také by měli mít schopnost a chuť učit se, spolupracovat s týmem, umět řešit problémy, hodnotit a umět si svá rozhodnutí obhájit (Belz et al., 2011).

Pro kvalitu péče je týmová spolupráce důležitým aspektem (Vévoda et al., 2013). Vévoda (et al., 2013) upozorňuje na možná rizika práce v rámci multidisciplinárního týmu, a to na určitou dominanci některých oborů nad jinými. Tento postoj členů týmu může zapříčinit poskytování nekvalitních služeb bez návaznosti na další péči či úplný rozpad multidisciplinárního týmu, který se tak stal nefunkčním (Vévoda et al., 2013).

V multidisciplinárním týmu jsou si všichni členové rovni a jejich názory jsou stejně důležité (Marková, 2010). Zásadní je fungující komunikace mezi členy týmu, tak aby nedocházelo k zamlčování informací, které mohou být při práci s klientem stěžejní (Marková, 2010). V rámci multidisciplinárního týmu vzájemně spolupracují nejen specializovaní členové týmu, ale také sama rehabilitovaná osoba a její rodina (Klimentová, 2018).

Jankovský (2015) v souvislosti s fungováním multidisciplinárního týmu využívá pojem kruhová podpora či kruhová péče. Kruhová podpora označuje koncept péče, kdy u pomyslného kulatého stolu sedí mezioboroví profesionálové s rodinou daného klienta a vzájemně komunikují a spolupracují (Jankovský, 2015). Zásadním aspektem tohoto konceptu jsou rovnocenné vztahy všech členů týmu (Jankovský, 2015). Uprostřed tohoto kruhu či na vrcholu pomyslného jehlanu se nachází klient, který je nejen členem multidisciplinárního týmu, ale i expertem na vlastní život (Jankovský, 2015). Dle Markové (2010) by měl mít klient vždy, pokud je to možné, rozhodující slovo při stanovování dalšího postupu péče, jen tak může být zachována jeho důstojnost a individualita.

1.2.1 Domov pro seniory

Domov pro seniory je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (§ 49), ve znění pozdějších předpisů, definován jako pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu jejich vysokého věku, které se neobejdou bez pravidelné pomoci jiné osoby. Služba je určena pro osoby, které již nemohou setrvávat ve svém přirozeném prostředí (Malíková, 2011). Zřizovatelem domovů pro seniory může být obec, kraj, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, soukromý poskytovatel, církev či nestátní neziskové organizace (Malíková, 2011). Domovy pro seniory musí být zapsány v registru poskytovatelů sociálních služeb, které musí splňovat standardy kvality sociálních služeb vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (MPSV, 2019).

Domovy pro seniory zajišťují klientům nejen zdravotní péči, ale také služby naplňující jejich tělesné, duševní a sociální potřeby (Guide et al., 2009). Z tohoto důvodu se personál domova pro seniory zaměřuje na zajištění příjemné atmosféry a důstojného prostředí v zařízení tak, aby klientům vytvořil zázemí domova (Suchá et al., 2019). Služby v domově pro seniory jsou poskytovány na tzv. zákaznickém principu, díky kterému si klient sám volí, které služby bude využívat a v jakém rozsahu (Haškovcová, 2012).

Klienti si v domově pro seniory hradí ubytování, stravování, péči a jiné zvolené fakultativní služby (Habrcetlová, 2014). Služby jsou vždy klientům poskytovány dle jejich potřeb, a to do takové míry, aby byli klienti podporováni k samostatnému provádění těchto činností nebo je alespoň částečně prováděli s pomocí personálu (Dvořáčková, 2012).

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, (§ 15), ve znění pozdějších předpisů, jsou uvedeny základní činnosti poskytované sociální službou domov pro seniory. Domovy pro seniory zajišťují svým klientům celoroční ubytování a pravidelnou celodenní stravu, pomoc při běžných úkonech v rámci péče o vlastní osobu jako je pomoc při oblékání, vstávání, podávání jídla nebo při samostatném pohybu, a dále poskytují pomoc při osobní hygieně či zajištění podmínek pro její zvládnutí (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

V domově pro seniory je klientům zprostředkováván kontakt se společenským prostředím, a to v rámci aktivit podporujících sociální začlenění klientů, během kontaktu s rodinou (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Domov pro seniory pomáhá při zajištění přístupu k informacím a běžně dostupným službám, dále je v případě potřeby zajištěna pracovníky domova pro seniory pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klientů a pomoc při obstarávání jejich osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Klientům jsou nabízeny sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, které vedou k upevňování a k rozvoji dovedností a schopností seniorů a smysluplně jimi vyplňují čas formou volnočasových aktivit (Suchá et al., 2019). Aktivizační činnosti mohou být rozděleny například dle druhu zaměření dané aktivity na aktivity podporující mentální schopnosti jako trénování paměti či reminiscence, dále aktivity podporující senzorické schopnosti jako je muzikoterapie, a aktivity podporující fyzické dovednosti jako jóga, cvičení v sedě či taneční terapie (Malíková, 2011). Volnočasové činnosti formou fyzické aktivity dle Hurley (et al., 2020) pozitivně působí na fyzické a duševní zdraví a pohodu, nezávislost, důstojnost a kvalitu života seniorů žijících v domově pro seniory. Dle Janečkové (et al., 2004) každá vhodně zvolená smysluplná a dobrovolně vykonávaná činnost aktivizuje seniora a preventivně působí proti jeho sociální izolaci.

1.2.2 Členové multidisciplinárního týmu v domově pro seniory

Multidisciplinární tým v domově pro seniory je složen jak z vlastních zaměstnanců zařízení, tak z externích odborníků i z dobrovolníků (Tajanovská, 2015). Tajanovská (2015) mezi členy multidisciplinárního týmu řadí například vedoucího pracovníka zařízení, sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, pracovníka ošetrovatelské péče, terapeuta, aktivizačního pracovníka, lékaře a další odborníky. Do multidisciplinárního týmu Marková (2010) doplňuje ještě pastoračního pracovníka a fyzioterapeuta. V následujícím textu budou popsány vybrané profese, konkrétně sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník, vrchní sestra, všeobecná sestra, praktický lékař, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, psycholog, psychoterapeut, zoterapeut, nutriční terapeut, arteterapeut, muzikoterapeut a pastorační pracovník.

I. Sociální pracovník

Sociální pracovník má dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (část osmá), ve znění pozdějších předpisů, přesně stanovené předpoklady pro výkon své profese, a to trestní bezúhonnost, plnou svéprávnost, zdravotní a odbornou způsobilost a povinnost celoživotního vzdělávání například formou kurzů či odborné stáže v rozsahu nejméně 24 hodin ročně. Sociální pracovník poskytuje odborné sociální poradenství a krizovou pomoc, vykonává odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální péče a sociální prevence, zajišťuje naplňování potřeb obyvatel obcí a krajů a koordinuje poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů). V rámci multidisciplinárního týmu bývá sociální pracovník ustanoven jako vedoucí týmu, který vybírá jednotlivé členy týmu a koordinuje jejich činnost (Tajanovská, 2015).

V domově pro seniory bývá sociální pracovník přítomen u přijímání nových klientů do zařízení, stanovuje klíčové pracovníky, zakládá klientům spisy a provádí sociální šetření před samotným přijetím klientů do zařízení a komunikuje s rodinou klienta (Malíková, 2011). Během sociálního šetření v domácnostech žadatelů o pobytovou službu si sociální pracovník zjišťuje prvotní informace o potencionálním klientovi, které poté mohou být využity v individuálním plánu klienta (Chloupková, 2013).

Sociální pracovník zastává také funkci tzv. koordinátora individuálního plánování, který stanovuje vhodné klíčové pracovníky (Malíková, 2011). Koordinátor individuálního

plánování, jinak nazýván jako case manger nebo manažer péče, garantuje kvalitu služeb, které jsou klientovi poskytovány na základě individuálního plánu (Matoušek et al., 2010). Zpravidla bývá case manager koordinátorem multidisciplinárního týmu v sociálních službách, jehož náplní práce je dohled nad fungováním týmu a realizací komplexního individuálního plánu péče, což spočívá v jeho vytváření, provádění, pravidelném zhodnocování a následné aktualizaci tohoto plánu (Mahrová et al., 2008).

II. Pracovník v sociálních službách

Pracovníci v sociálních službách dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vykonávají přímou obslužnou péči, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnostech, základní poradenství a aktivizační činnost pod dohledem sociálního pracovníka.

V domovech pro seniory pracovník v sociálních službách pomáhá klientům při běžných denních činnostech, například pomáhá při oblékání, hygieně, při příjmu potravy či tělesných aktivitách (Malíková, 2011). Pracovník pod dohledem zdravotní sestry vykonává základní ošetrovatelskou péči a zajišťuje bezpečné a vhodné léčebné prostředí pro klienta, dále udržuje čistotu na pokoji klienta a pečuje o jeho lůžko (Malíková, 2011).

Pracovníci v sociálních službách kromě výše zmíněných činností zastávají i funkci tzv. klíčového pracovníka (Hauke, 2011). Ten je při nástupu do zařízení každému klientovi ustanoven koordinátorem individuálního plánování (Malíková, 2011). Pro klienta se klíčový pracovník stává důvěrnou osobou, na kterou se může kdykoli obrátit (Hauke, 2011). Klíčový pracovník koordinuje péči a podporu u konkrétního klienta v zařízení (Hauke, 2011). A vytváří individuální plány služby (Dvořáčková, 2012).

III. Aktivizační pracovník

Pozici aktivizačního pracovníka v domově pro seniory může zastávat pracovník v sociálních službách, speciální pedagog, pedagog volného času či ergoterapeut (Zlámalová, 2011). Pracovník v sociálních službách dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vykonává na pozici aktivizačního pracovníka výchovnou nepedagogickou činnost. Aktivizační pracovník zajišťuje kulturní činnosti a volnočasové aktivity formou výtvarné tvorby či hudebních a pohybových aktivit, prostřednictvím kterých klienti rozvíjí manuální zručnost a pracovní aktivity (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Předpoklady pro výkon profese speciální pedagoga a pedagoga volného času jsou zakotveny v zákoně č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Pedagog volného času vykonává výchovnou vzdělávací činnost zaměřenou na oblast volného času (Vyhláška č. 317/2005 Sb.). Speciální pedagog v domově pro seniory funguje jako terapeut a garantuje specifické přístupy a uplatňuje speciálně pedagogickou terapeutickou triádu, a to reedukaci, kompenzaci a rehabilitaci (Čermák, 2016).

IV. Vrchní sestra

Vrchní sestra k výkonu své profese musí absolvovat vysokoškolské studium v oborech pro přípravu všeobecných sester ukončené státní závěrečnou zkouškou (Malíková, 2011). Odborná způsobilost vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (§ 5), ve znění pozdějších předpisů, a z vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, (§ 4), ve znění pozdějších předpisů, které upravují odborné požadavky.

Vrchní sestra je nejvyšším pracovníkem v hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků (Malíková, 2011). Je podřízena vedoucímu daného zařízení, sama je nadřízenou všeobecných sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a pracovníků v sociálních službách (Malíková, 2011). Náplní práce vrchní sestry je řízení ošetrovatelského úseku, zajištění vedení dokumentace a provádění její kontroly (Vondráček, 2008). V některých domovech pro seniory mohou být vrchní sestry také koordinátory individuálního plánování (Malíková, 2011).

V. Všeobecná sestra

Všeobecná sestra musí splňovat kvalifikační požadavky, a to úspěšné absolvování středního odborného vzdělání v oboru všeobecná sestra zakončeného maturitní zkouškou nebo úspěšné absolvování vyššího odborného vzdělání v oboru všeobecná sestra zakončeného absolutoriem, dále absolvování specializačního studia v daném oboru ukončeného závěrečnou specializační zkouškou nebo absolvování vysokoškolského studia v oborech pro přípravu všeobecných sester ukončeného státní závěrečnou

zkouškou (Malíková, 2011). V domovech pro seniory všeobecná sestra vede dokumentaci klientů, provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty, plní úkoly zadané vrchní sestrou a za její nepřítomnosti či nepřítomnosti jiného nadřízeného pracovníka přebírá odpovědnost za dění v zařízení a koordinuje pracovníky v sociálních službách (Malíková, 2011).

VI. Praktický lékař

Praktický lékař má dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, stanoveny podmínky pro získání odborné způsobilosti k výkonu této profese.

Praktický lékař v pobytových zařízeních zajišťuje primární péči (Dvořáčková, 2012). V rámci péče o seniory praktický lékař klade důraz na preventivní zaměření péče v rámci primární, sekundární i terciární prevence (Weber et al., 2000). Lze tak u seniora předejít snížení až úplné ztrátě soběstačnosti a vzniku závislosti na péči v rámci zdravotních a sociálních služeb (Kalvach et al., 2004). Pobytová zařízení mají zpravidla smluvního praktického lékaře, který pravidelně dochází do zařízení ve stanovené termíny, nicméně klient si může sám zvolit, zda bude využívat služby smluvního lékaře nebo bude navštěvovat praktického lékaře mimo zařízení (Malíková, 2011).

Náplň práce praktického lékaře spočívá ve vyšetřování klientů, kontrole jejich zdravotního stavu, předepisování potřebné medikace nebo provádění vstupních vyšetření nově přijatých klientů (Malíková, 2011). Do zařízení docházejí také odborní lékaři, kteří se specializují na vybranou skupinu klientů se specifickým onemocněním (Malíková, 2011). Suchá (et al., 2019) uvádí jako příklad psychiatra a neurologa. Psychiatr pracuje s duševně nemocnými klienty, diagnostikuje je a navrhuje léčbu (Mahrová et al., 2008). Neurolog se věnuje prevenci, diagnostice a léčbě nemocí a poruch centrální, periferní a autonomní nervové soustavy klientů (Seidl, 2008).

VII. Fyzioterapeut

„Fyzioterapie je medicínský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou funkčních i organických poruch pohybového aparátu“ (Roztočil, 2011, s. 428). V rámci fyzioterapie vykonává fyzioterapeut analýzu poruch hybnosti, polohování pacientů jako

prevenci před vznikem dekubitů, nácvik lokomoce či obnovení hybnosti postižených končetin (Neubauerová et al., 2012).

Obor fyzioterapie lze studovat v bakalářském, magisterském ale i v postgraduálním studiu (Pfeifer et al., 2014). Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (§ 24), ve znění pozdějších předpisů, jasně vymezuje předpoklady pro získání odborné způsobilosti k výkonu profese fyzioterapeuta, a to dokončením akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studia obor fyzioterapie nebo absolvováním vyšší zdravotnické školy obor diplomovaný fyzioterapeut se zahájením studia nejpozději ve školním roce 1996/1997. Aby takto vystudovaní fyzioterapeuti mohli pracovat bez odborného dohledu, musí prokázat alespoň jeden rok výkonu činností „*v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru fyzioterapie*“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 24, ods. 5).

V rámci bakalářského studia absolventi získají teoretické znalosti i praktické dovednosti díky nejméně 1600 hodinách praktické výuky v rámci tříletého studia (Vyhláška č. 39/2005 Sb.). Po dokončení magisterského studia nebo specializačního programu v oboru aplikované fyzioterapie, absolventi získávají specializovanou způsobilost k výkonu profese odborného fyzioterapeuta (Vyhláška č. 39/2005 Sb.).

VIII. Ergoterapeut

Odborná způsobilost ergoterapeutů je vymezena v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (§ 7), ve znění pozdějších předpisů, kde je zároveň stanovena i povinnost celoživotního vzdělávání těchto nelékařských profesí (Jelínková et al., 2007).

Díky převažujícímu trendu upřednostňovat při personálním zajištění lůžkových zdravotnických zařízení fyzioterapeuty před ergoterapeuty, se stále více ergoterapeutů uplatňuje v pobytových zařízeních poskytující péči o seniory, péči o osoby se zdravotním postižením či v oblasti domácí a komunitní péče (Krivošíková, 2011). Z důvodu absence vymezení ergoterapie v zákoně o sociálních službách, jsou někteří ergoterapeuti

v domovech pro seniory zaměstnávání na pozicích pracovníků v sociálních službách, a nikoli na pozicích ergoterapeutů podle zákona č. 96/2004 Sb. (Jelínková et al., 2007). Ergoterapie je důležitou součástí koordinované rehabilitace, proto by ergoterapeut měl být platným členem multidisciplinárního týmu (Jelínkové et al., 2009).

IX. Psycholog

Odborná způsobilost psychologa ve zdravotnictví je vymezena v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (§ 22), ve znění pozdějších předpisů, a to absolvováním magisterského studia oboru psychologie. Psycholog v rámci své náplně práce může provádět psychologická vyšetření, diagnostikovat, zjišťovat rozsah omezení kognitivních funkcí například po poranění mozku nebo zda je pacient schopný vyrovnat se se svými aktuálními problémy (Danelová, 2020). Možnosti uplatnění psychologa jsou široké, může se také věnovat psychologickému poradenství či oblasti klinické psychologie (Vymětal, 2010). V České republice však profese psychologa v rámci domovů pro seniory není příliš zastoupena, i přestože by psycholog měl být nedílnou součástí multidisciplinárního týmu v těchto zařízeních (Malíková, 2011).

X. Psychoterapeut

Podmínky pro výkon profese psychoterapeuta nejsou legislativně vymezeny, nicméně Česká asociace pro psychoterapii uvádí kritéria pro uznání certifikovaného psychoterapeuta absolvováním magisterského studia v relevantním univerzitním oboru a komplexního psychoterapeutického výcviku, dále je uvedena podmínka celoživotního vzdělávání a průběžného hodnocení vlastní praxe pod supervizí, dodržování etického kodexu a pravidel pro práci evropského psychoterapeuta vydaných Evropskou asociací pro psychoterapii (ČAP, 2016). Tato asociace, která se snaží zajistit jednotnou vysokou úroveň psychoterapeutů v Evropě, přijala v roce 2013 Odborné kompetence evropského psychoterapeuta (ČPtS, 2013). Dle těchto pokynů by měl být také psychoterapeut schopný vést zodpovědně svou odbornou samostatnou praxi a zajišťovat kvalitu této praxe, umět pracovat v rámci psychoterapeutického vztahu, provádět diagnostická vyšetření a volit vhodný plán péče (ČPtS, 2013). Psychoterapeut by měl být také schopen dojednat kontrakt s klientem, pravidelně hodnotit svou praxi, spolupracovat s dalšími

odborníky, zvládat a adaptovat se na krizové situace a měl by šířit osvětu o psychoterapii (ČPtS, 2013).

Dle Vymětala (2010) psychoterapeut pracující v domově pro seniory upřednostňuje před individuální formou psychoterapie spíše skupinovou, která působí proti izolaci seniorů, nabízí jim prostor k sounáležitosti s kolektivem a vytvoření důvěrného vztahu s ostatními členy skupiny. Psychoterapie se seniory probíhá formou vzpomínání o vlastním životě a dotýká se i možného strachu z budoucnosti, která je spojená s umíráním, proto psychoterapie cílí na přijetí tohoto faktu (Vymětal, 2010). Dle Cabanela (et al., 2017) je vhodné psychoterapii provádět u seniorů trpících depresí, která mnohdy není včasné diagnostikována nebo dostatečně léčena. Nicméně dle Malíkové (2011) je provádění psychoterapie v domovech pro seniory omezené, protože tato zařízení nemají přístup či možnost navázat s psychoterapeutem spolupráci.

XI. Logoped

Logoped diagnostikuje a terapeuticky působí na osoby s poruchami řečové komunikace a volí vhodnou strategii k obnovení této komunikace pomocí reedukace nebo využití kompenzačních postupů tak, aby se maximalizovaly klientovy komunikační schopnosti (Neubauerová et al., 2012).

Richtrová (2017) upozorňuje na častou záměnu kompetencí klinického logopeda s atestací a odborníka s ukončeným magisterským studijním programem speciální pedagogika se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Zatímco klinický logoped participuje na léčebně-rehabilitačním procesu osob s poruchou komunikace, speciální pedagog participuje na výchovně-vzdělávacím procesu (Richtrová, 2017). Velmi záleží na organizaci, ve které odborník logopedii provádí, v rámci organizací spadajících pod ministerstvo zdravotnictví mají logopedi povinnost postgraduálního studia a celoživotního vzdělávání, za které je jim každých 10 let prodlužována registrace ministerstva zdravotnictví, zatímco organizace v rámci ministerstva práce a sociálních věcí postgraduální vzdělání logopedů nevyžadují (Richtrová, 2017).

Profesní předpoklady pro výkon profese logopeda ve zdravotnictví a klinického logopeda jsou zakotveny v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon

o nelékařských zdravotnických povoláních), (§ 23), ve znění pozdějších předpisů, a ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, (§ 22), ve znění pozdějších předpisů.

XII. Nutriční terapeut

Předpoklady pro výkon profese nutričního terapeuta jsou uvedeny v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (§ 15), ve znění pozdějších předpisů a ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, (§ 14), ve znění pozdějších předpisů.

Nutriční terapeut je odborníkem na léčebnou výživu, který absolvoval vyšší střední nebo vysokoškolské vzdělání a stává se tak zdravotnickým pracovníkem pracující bez odborného dohledu (Grofová, 2007). Po ukončení středoškolského studia se absolvent stává nutričním asistentem, který musí pracovat pod odborným dohledem (Grofová, 2007). Dle Zadáka (2008) je nutriční terapeut odpovědný za nutriční stav klientů. Nutriční terapeut připravuje jídelní lístky a stravovací normy dle stanovených specifických nutričních hodnot pro konkrétní cílovou skupinu klientů v zařízení a dbá na dodržování těchto nutričních kritérií (Pavličková, 2011). Bez nutričního terapeuta lze v zařízeních poskytovat klientům pouze základní dietu (Pavličková, 2011).

XIII. Zooterapeut

Profese zooterapeuta není v současné době v České republice legislativně zakotvena, proto je důležité reflektovat rozdíl mezi zooterapeutem jako profesionálem v sociální práci, který je vyškolen v akreditovaných kurzech a pracuje se zvířetem, které dosahuje předem stanovených kvalit a předpokladů provádět zooterapii, a laiky přicházejícími do pobytových zařízení se svými domácími mazlíčky, aby potěšili tamní klienty (Thelenová, 2018). Zooterapii může zooterapeut provádět v rámci pobytových služeb, kdy dochází za klienty do zařízení nebo přímo v přirozeném prostředí klientů (Holczerová et al., 2013). Standardy a odborné požadavky pro vykonávání zooterapií vymezují jednotlivé profesní organizace, které dohlížejí na dodržování těchto požadavků svými

členy, pokud však osoba provádějící zooterapii není členem žádné z profesních organizací, není možné ohlídat odbornost prováděné terapie (Šoltésová et al., 2016).

European Society for Animal Assisted Therapy, která zaštiťuje výkon intervencí za asistence zvířat, navrhuje metodiku odborného vzdělávání osob provádějící tuto činnost a také ji koordinuje, vytvořila standardy pro teoretické a praktické základy v rámci intervence za asistence zvířat, které definují průběh základního výcviku a odborného vzdělání (ESAAT, © 2020). Po získání odborného vzdělání se absolvent stane certifikovaným specialistou na terapii a vzdělávání za asistence zvířat pro profesionální využití zvířat v rámci péče o různé cílové skupiny (ESAAT, © 2020). Dalšími organizacemi zabývajícími se zooterapií jsou například The International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) a Pet Partners (dříve Delta Society).

XIV. Arteterapeut

Profesní profil arteterapeutů není v České republice legislativně vymezený, nicméně Česká arteterapeutická asociace stanovila kvalifikační standardy arteterapeuta, které obsahují soubor specifických vědomostí, dovedností a znalostí pro výkon této profese (ČAA, © 2020b). Terapeut by měl disponovat teoretickými vědomostmi z oborů psychologie, psychopatologie, psychodiagnostiky, vývojové a sociální psychologie a psychoterapie (ČAA, © 2020b). Ergoterapeut by měl mít osobnostní, manuální a intelektové dovednosti jako je skupinová práce či dodržování etického kodexu (ČAA, © 2020b).

Arteterapeut by měl být empatický, komunikativní, měl by umět sladit své verbální a neverbální projevy a rozvíjet komunikaci (Potměšilová, 2014). Dalším předpokladem pro výkon arteterapie jsou praktické dovednosti arteterapeuta, který by měl umět navázat, rozvíjet, ale i ukončit terapeutický vztah s klientem, vést klienta v tvorbě a využívat své teoretické znalosti v praxi (ČAA, © 2020b). Potměšilová (2014) doporučuje, aby si každý arteterapeut prošel arteterapeutickým výcvikem, díky kterému si osobně vyzkouší jednotlivé techniky a naučí se citlivosti při práci s klienty.

XV. Muzikoterapeut

V České republice není muzikoterapie legislativně ukotvena, proto Muzikoterapeutická asociace České republiky vydala profesní standardy, které musí muzikoterapeut splnit pro profesní členství v této asociaci (CZMTA, © 2020). Profesní standardy muzikoterapeuta

dle Muzikoterapeutické asociace České republiky zahrnují vstupní vzdělání, a to vysokoškolské humanitně zaměřené nebo vyšší odborné vzdělání oborově umělecky, sociálně, pedagogicky či zdravotně profilované (CZMTA, © 2020). Dále absolvování sebezkušenostního výcviku v rozsahu 250 hodin a dalších 250 hodin výcviků a kurzů pro získání dovedností a znalostí z oboru muzikoterapie a praxe v pomáhajících profesích alespoň 5 let a absolvování minimálně 120 hodin supervize (CZMTA, © 2020).

Předpokladem pro výkon profese muzikoterapeuta je teoretická znalost oboru muzikoterapie a osobnostní výbava muzikoterapeuta jako je schopnost empatie, navazování komunikace a vztahu s klienty, pozitivní vystupování muzikoterapeuta a dodržování etického kodexu (Fajfrová, 2010). Muzikoterapeut by měl být umělecky angažovaný, mít přehled jak o hudebních žánrech, tak o dalších druzích umění a možnostech relaxace, her či výchovy (Valenta, 2012). Významnými organizacemi zaštiťující muzikoterapii jsou Světová federace muzikoterapie a Evropská muzikoterapeutická konfederace sdružující muzikoterapeuty v evropských zemích (Mastnak et al., 2014). V České republice působí již zmíněné neziskové profesní sdružení muzikoterapeutů Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA, © 2020).

XVI. Pastorační pracovník

V pobytových zařízeních je v současné době trendem nezaměřovat se pouze na fyzickou a psychickou stránku klienta, ale i zajistit duchovní pohodu klienta (Elichová, 2017). Proto většina zařízení nabízí svým klientům aktivity naplňující jejich spirituální potřeby (Malíková, 2011). Zpravidla pořádá bohoslužby a biblické hodiny v zařízeních kněz či pastorační pracovník, nicméně v současnosti realizují spirituální aktivity v domovech pro seniory i laici či pracovníci v sociálních službách s teologickým vzděláním (Jindrová, 2019). Na poskytování duchovní péče se může podílet i psycholog či sociální pracovník (Malíková, 2011).

Tito pracovníci nabízejí seniorům podporu a pomoc při bilancování o smyslu a naplnění jejich života, rekapitulaci jejich minulosti a rozmyšlení o budoucnosti, protože zvláště v pobytových zařízeních mohou klienti pociťovat pocity osamocení a odloučení od rodiny, i z těchto důvodů se klienti uchylují k náboženským aktivitám a často i k dlouhým diskusím s duchovními, kde hledají odpovědi na své otázky (Malíková, 2011). Dalším důvodem je potřeba seniorů smířit se sami se sebou, s Bohem nebo s okolním světem (Elichová, 2017). Pastorační pracovníci mohou seniory navštěvovat i individuálně na

jejich pokojích a poskytnout jim prostor pro zpověď, rozhovor či svaté přijímání (Malíková, 2011). Tyto aktivity probíhají výhradně na přání klientů, zařízení klientům pouze nabízí možnost duchovní podpory a pomoci (Malíková, 2011).

1.2.3 Individuální plánování

V rámci konceptu koordinované rehabilitace, který nahlíží na člověka jako na jedinečnou bytost, je stěžejní přizpůsobit poskytování péče individuálním potřebám a cílům konkrétního klienta, a to prostřednictvím individuálního plánování, které tyto skutečnosti reflektuje (Emmerová, 2012). Individuální plánování je soubor osobních cílů klienta, které vedou k řešení jeho nepříznivé situace (Hauke, 2011). Vychází z komplexního posouzení klientovy životní situace (Staňková, 2011). Individuální plánování je nekončící proces se stále se opakujícími fázemi, a to zjišťování informací a zkoumání klientovy situace, tvorba plánu, jeho realizace a následné zhodnocení (Malíková, 2011). Motlová (et al., 2019) uvádí důležitost individuálního plánování v kontextu poskytování individuálně zaměřené péče o seniory v domově pro seniory, které se musí neustále aktualizovat dle měnící se životní situace klienta.

Za tvorbu individuálního plánu a jeho průběh zodpovídá konkrétní klíčový pracovník, který společně s klientem plánuje průběh služby dle klientových osobních cílů, ale i dle jeho možností (Standardy, 2008). Na tvorbě individuálního plánu se mohou podílet i rodinní příslušníci klienta a jiné blízké osoby, kteří v případě potřeby mohou doplnit chybějící informace a pomoci tak klíčovému pracovníkovi při pochopení klientovy situace a stanovení vhodných cílů (Malíková, 2011). V rámci individuálního plánování se dojednává spolupráce klienta a poskytovatele služeb, proto je individuální plánování podstatnou částí poskytování sociálních služeb (Elichová, 2017). A je důležitým aspektem pro zajištění kvalitní péče (Hauke, 2011). Legislativně je individuální plánování zakotveno ve Standardech kvality sociálních služeb pod standardem č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby, vydaných jako příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (MPSV, 2008).

Při plánování individuálního plánu mohou nastat obtíže s pasivním přístupem klienta, který při tvorbě plánu nechce spolupracovat, chová se odmítavě a přenechává aktivitu na klíčovému pracovníkovi (Malíková, 2011). Klient nezvládá optimisticky plánovat svou budoucnost v podobě cílů, kterých by chtěl dosáhnout v rámci individuálního plánování, pokud má problém s adaptací na novou situaci, například při přechodu do pobytové

služby (Malíková, 2011). I v tomto případě je důležitý empatický a lidský přístup klíčového pracovníka, vzájemný respekt, využívání technik aktivního naslouchání a vhodného způsobu komunikace (Malíková, 2011). Dalšími limity pro efektivní realizaci individuálního plánování jsou bariéry vycházející z prostředí organizace, jako jsou komunikace mezi pracovníky či nastavení spolupráce v rámci zařízení (Kubalčíková, 2011). Právě těmto situacím lze předcházet prostřednictvím správně fungujícího multidisciplinárního týmu (Malíková, 2011).

2. Formulace cíle výzkumu

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit možnosti a limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory z pohledu členů multidisciplinárního týmu.

Pojem možnosti je pro účely této diplomové práce vnímán jako příležitosti, okolnosti a podmínky, za kterých se může zlepšit poskytování koordinované rehabilitace v zařízení. Pojmem limity se rozumí omezení a překážky, které ztěžují poskytování konceptu koordinované rehabilitace.

2.2 Hlavní výzkumná otázka

Vzhledem k cíli diplomové práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka.

HVO: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory?

2.3 Dílčí výzkumné otázky

K hlavní výzkumné otázce bylo zvoleno pět dílčích výzkumných otázek.

DVO1: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování léčebné rehabilitace v domově pro seniory?

DVO2: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování sociální rehabilitace v domově pro seniory?

DVO3: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování pedagogické rehabilitace v domově pro seniory?

DVO4: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování pracovní rehabilitace v domově pro seniory?

3. Metodika

3.1 Použité techniky a metody sběru dat

Pro účely diplomové práce byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Tato strategie pracuje s nenumernickým šetřením a interpretací sociálních skutečností (Disman, 2011). Na začátku kvalitativního výzkumu si výzkumník vybere téma výzkumu a zvolí si výzkumné otázky, které v průběhu výzkumu může měnit či doplňovat, proto je kvalitativní strategie pokládána za poměrně pružnou (Hendl, 2016).

Podle Hendla (2016) spočívají přednosti kvalitativního výzkumu v úzkém kontaktu se zkoumaným prostředím a podrobném zkoumání daného fenoménu. Jako nevýhody tohoto výzkumu uvádí Hendl (2016) také možné ovlivnění výsledků výzkumu osobními preferencemi výzkumníka. Průcha (2014) doplňuje nevýhody ještě o problematiku zobecnování zjištěných výsledků, kvůli provádění výzkumu s omezeným počtem informantů, a to většinou na jednom místě.

Při získávání dat byla zvolena metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory jsou nejčastějším způsobem získávání dat v rámci kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006). Před prováděním polostrukturovaných rozhovorů je nutné vytvořit si okruh otázek, jejichž pořadí lze během rozhovoru měnit či klást doplňující otázky dle potřeby výzkumu (Miovský, 2006). Z tohoto důvodu jsem vytvořila záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s informanty (Příloha č. 1), který se skládal ze sedmi tematických okruhů obsahující jednotlivé otázky. Okruhy byly zaměřeny na sociodemografické údaje informantů, na otázky týkající se koordinované rehabilitace a multidisciplinárního týmu a na jednotlivé složky koordinované rehabilitace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl zvolen metodou záměrného výběru a technikou účelového výběru. Dle Miovského (2006) je metoda záměrného výběru nejrozšířenější metodou při tvorbě výzkumného souboru v kvalitativním výzkumu. V rámci záměrného výběru si výzkumník cíleně volí komunikační partnery podle určitých vlastností a předpokladů (Miovský, 2006). Právě tyto vlastnosti a předpoklady jsou pak základními kritérii pro tento typ výběru (Miovský, 2006).

Základní soubor byl tvořen 78 pracovníky domova pro seniory. Výběrový soubor byl tvořen 49 pracovníky z pečovatelského, zdravotního a sociálního úseku. Cílový soubor tvoří 8 pracovníků, konkrétně 3 pracovníci ze sociálního úseku, 2 pracovníci zdravotního úseku a 3 pracovníci pečovatelského úseku. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla pracovní pozice (sociální pracovníce, aktivizační pracovníce, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách) a souhlas se zapojením do výzkumu. Počet informantů nebyl předem stanoven, velikost výzkumného souboru byla dána jeho vysycením, kdy další informanti nepřinášejí do výzkumu žádné nové informace.

Výzkumný soubor byl tedy složen z 8 pracovníků zvoleného domova pro seniory, které zastávají výše uvedené pracovní pozice v rámci multidisciplinárního týmu. Během rozhovorů jsem nejprve zjišťovala sociodemografické údaje informantů, to je nejvyšší dosažené vzdělání a pracovní úsek, do kterého organizačně spadá jeho pracovní pozice. Pro přehlednost jsou zjištěné údaje zaneseny do Tabulky 1: Sociodemografické údaje. Výzkumný soubor byl zastoupen pouze ženami z důvodu absence mužských pracovníků na těchto pozicích ve zvoleném zařízení. Všechny pracovníce splnily kritéria výběru a také písemně souhlasily s účastí ve výzkumu, se způsobem jeho provádění a zaznamenáváním získaných informací do připraveného záznamového archu (Příloha 1).

Tabulka 1: Sociodemografické údaje

Informant	Pohlaví	Vzdělání	Pracovní úsek	Pracovní pozice
Informant 1	Žena	Vysokoškolské bakalářské	Sociální	Sociální pracovník
Informant 2	Žena	Středoškolské odborné	Sociální	Aktivizační pracovník - pracovník v sociálních službách
Informant 3	Žena	Středoškolské	Sociální	Sociálně-právní poradce - pracovník v sociálních službách

Informant	Pohlaví	Vzdělání	Pracovní úsek	Pracovní pozice
Informant 4	Žena	Středoškolské	Pečovatelský	Pracovník v sociálních službách - terapeut
Informant 5	Žena	Středoškolské odborné	Zdravotní	Všeobecná sestra - vedoucí úseku
Informant 6	Žena	Vysokoškolské odborné	Zdravotní	Všeobecná sestra
Informant 7	Žena	Vyučení	Pečovatelský	Pracovník v sociálních službách - přímá obslužná péče
Informant 8	Žena	Základní	Pečovatelský	Pracovník v sociálních službách - přímá obslužná péče

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Způsob analýzy dat

Získaná data byla zpracována prostřednictvím otevřeného kódování, které je spolu s axiálním a selektivním kódováním součástí metody zakotvené teorie. Zakotvená teorie označuje určitý způsob analýzy získaných dat v rámci kvalitativního výzkumu, jejíž kroky jsou relativně podrobně a přesně stanoveny (Hendl, 2016). A umožňuje výzkumníkovi hloubkové proniknutí do zkoumaného tématu (Gulová, 2013). Zakotvená teorie obsahuje tři fáze zpracování dat, a to otevřené, axiální a selektivní kódování (Gulová, 2013). Prvním krokem v zakotvené teorii je otevřené kódování, při kterém jsou významovým jednotkám přiřazovány určité kódy (Gulová, 2013). Tyto kódy jsou následně seskupovány dle jejich významu do kategorií (Gulová, 2013). Ve fázi axiálního kódování se získané kategorie propojují a vytvářejí se mezi nimi vzájemné vazby (Gulová, 2011). Poslední fází je tzv. selektivní kódování, během kterého je identifikována

klíčová centrální kategorie, která prostupuje všemi kategoriemi (Gulová, 2013). Selektivní kódování nebylo využito, neboť nebyla nalezena centrální kategorie.

3.4 Realizace a etické aspekty výzkumu

Domov pro seniory, ve kterém výzkumné šetření probíhalo, bylo zvoleno na základě oslovení organizace. Před zahájením samotného výzkumu byl vytvořen záznamový arch s okruhy otázek pro polostrukturované rozhovory. Sběr dat probíhal v průběhu ledna a února 2020. Polostrukturované rozhovory byly vedeny s vybranými členy multidisciplinárního týmu v domově pro seniory. Získaná data byla přepsána a zpracována otevřeným kódováním. Poté byly výsledky zpracovány formou doslovných odpovědí jednotlivých informantů a zobrazeny graficky prostřednictvím tabulek a vytvořených schémat v programu Diagrams Notepad for iOS, které zobrazují vzájemné vztahy a souvislosti.

Základním etickým pravidlem pro zahájení výzkumu je dobrovolná účast informantů (Miovského, 2006). Výzkumník musí informovat zúčastněné osoby, jaká data budou shromažďována, jejich účel a způsob sběru a také způsob prezentace zjištěných informací (Tahal et al., 2017). Všem účastníkům výzkumu jsem před zahájením výzkumu sdělila, že mohou kdykoli účast ve výzkumu odvolat. Tyto informace byly zaneseny do Informovaného souhlasu o účasti na výzkumu (Příloha č. 2), kteří všichni informanti podepsali. Dle Miovského (2006) je důležité, aby během výzkumu nedošlo k poškození dotazovaných osob, a to jak hmotně, tak duševně. Z tohoto důvodu nejsou v diplomové práci zveřejněna jména informantů, stejně jako název zařízení, ve kterém výzkum probíhal. Toto opatření bylo zvoleno po domluvě s vedením zařízení tak, aby nedošlo k „poškození pověsti“ či kvality zařízení a ke zpochybnění kvalifikace personálu či k identifikaci pracovníků.

3.5 Možná zkreslení výzkumu

Dle Schatzmana (2002) je prakticky nemožné vyhnout se určitému zkreslení ve společenskovědním výzkumu. Urbánek (2019) uvádí zdroje zkreslení kvalitativního výzkumu, a to na straně informanta, na straně výzkumníka a různé typy výběrových chyb. Ke zkreslení výsledků mé diplomové práce mohlo dojít z několika důvodů. Zkreslení výzkumu mohlo nastat při výběru výzkumného souboru, který byl tvořen pracovníky domova pro seniory, kteří jsou členy multidisciplinárního týmu v zařízení. Nicméně jsem

se při realizaci výzkumu setkala se značnou neochotou personálu zapojit se do výzkumu. Pracovníci se, i přes příslib zachování anonymity, obávali své neznalosti o zkoumaném tématu, a s tím souvisejícím možným selháním. Důvodem neochoty pracovníků podílet se na výzkumu byla i pracovní vytíženost a časová tíseň při práci se seniory.

Ke zkreslení mého výzkumu mohlo dojít při provádění polostrukturovaných rozhovorů, během kterých zúčastnění pracovníci mohli podávat nepravdivé informace, aby sebe i zařízení ukázali v lepším světle. K takovému jednání mohly pracovníky vést pocity strachu a nedůvěry ve výzkumníka, obava z porušení anonymity informantů či možného předání jednotlivých rozhovorů vedení zařízení. Důležité je zmínit, že získaná data nelze zobecnit na ostatní domovy pro seniory, neboť se zjištěné výsledky týkají subjektivního vnímání řešené problematiky osmi pracovníků zvoleného domova pro seniory. Dle Dismana (2011) jsou výsledky společenskovedních výzkumů vždy platné jen pro prostředí, ve kterém byly výzkumy prováděny.

Ke zkreslení výzkumu mohlo dojít i během kódování výpovědí informantů, neboť jde o výpovědi jednotlivých pracovníků, tj. ze sociálního, zdravotního a pečovatelského úseku v domově pro seniory. Konkrétně se jednalo o sociálního pracovníka, aktivizačního pracovníka - pracovníka v sociálních službách, sociálně-právního poradce - pracovníka v sociálních službách, pracovníka v sociálních službách - terapeuta, všeobecné sestry - vedoucí úseku, všeobecné sestry a pracovníka v sociálních službách - přímá obslužná péče. Je nutné také reflektovat, že sociální pracovnice je bývalou studentkou ZSF JU, která se svým zaměřením specializuje na koncept koordinované rehabilitace. V této diplomové práci však nejde o objektivizaci dat, ale o uvedení pohledu na koordinovanou rehabilitaci v domově pro seniory ze strany dotazovaných pracovníků.

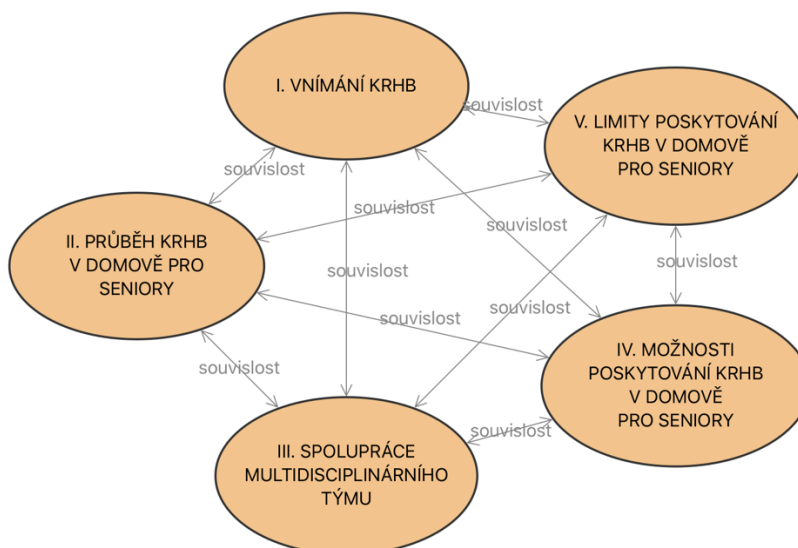
4. Výsledky

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumu zjištěny prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníci sociálního, zdravotního a pečovatelského úseku ve zvoleném domově pro seniory. Rozhovory probíhaly s 8 pracovníci domova pro seniory, pro zachování jejich anonymity jsou tyto pracovníce označovány jako informanti s přiděleným číslem od 1 do 8. Zjištěná data jsou prezentována písemnou formou, doplněnou o přímé citace informantů a grafickým zpracováním schémat a tabulek. Na konci této kapitoly budou výsledky výzkumu shrnuty dle výzkumných otázek. Jak již bylo zmíněno, zjištěné informace jsou pouze subjektivním projevem tázaných informantů, proto se zjištěná data nedají zobecnit na ostatní domovy pro seniory.

4.1 Analýza polostrukturovaných rozhovorů

Na základě zpracování dat bylo zjištěno pět oblastí (schéma 1), které jsou detailněji popsány v níže uvedených kapitolách:

- I. Vnímání koordinované rehabilitace (str. 50)
- II. Průběh koordinované rehabilitace v domově pro seniory (str. 52)
- III. Spolupráce multidisciplinárního týmu v domově pro seniory (str. 58)
- IV. Možnosti poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory (str. 62)
- V. Limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory (str. 64)



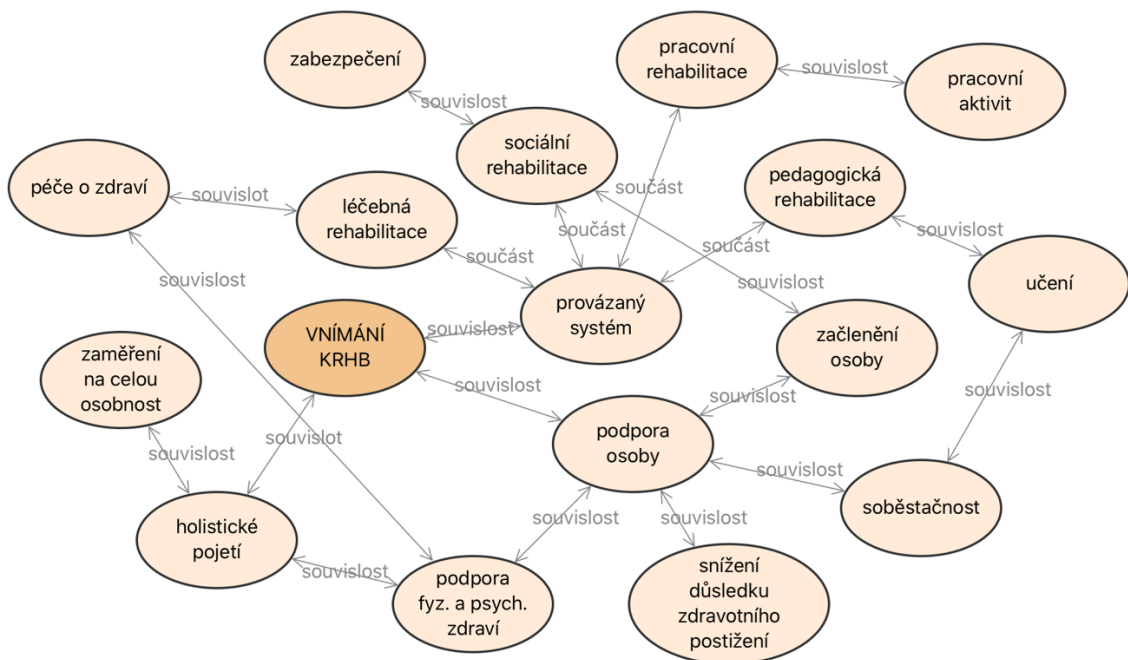
Vysvětlivky ke schématu: KRHB – koordinovaná rehabilitace

Schéma 1: Zjištěné oblasti výzkumu

Zdroj: vlastní výzkum

I. Vnímání koordinované rehabilitace

Tato oblast reflektuje, jakým způsobem vnímají informanti koncept koordinované rehabilitace. Vnímání koordinované rehabilitace ovlivňuje také znalost tohoto konceptu. V případě neznalosti koordinované rehabilitace je zjevné nepřesné vnímání koordinované rehabilitace. Odpovědi informantů, plynoucí z této otázky, jsou zaneseny ve schématu 2.



Vysvětlivky ke schématu: KRHB – koordinovaná rehabilitace

Schéma 2: Vnímání koordinované rehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že informant 1, informant 2 a informant 3 zná pojem koordinované rehabilitace. Pouze informant 1 dokáže vyjmenovat také jednotlivé složky koordinované rehabilitace: „znám, jde o provázaný systém léčebné, pedagogické, pracovní a sociální rehabilitace. Cílem je snížit důsledky postižení a návrat do normálního života, udržet stupeň soběstačnosti a zapojit člověka do komunity“. Informant 3 uvádí: „koordinovanou rehabilitaci znám, dělí se na několik složek a zaměřuje se na celou osobnost klienta“, nicméně nedokáže vyjmenovat složky koordinované rehabilitace stejně jako informant 2, který popisuje koordinovanou rehabilitaci jako přístup, který podporuje fyzické a duševní zdraví.

Informant 4, informant 5, informant 6, informant 7 a informant 8 uvedli, že pojem koordinované rehabilitace neznají. Informant 8 uvádí: „*Tak to nevím, co by to mohlo být, nikdy jsem to neslyšela, nic mi to neříká*“. Informant 4, informant 5, informant 6 a informant 7 si myslí, že koordinovaná rehabilitace spočívá ve cvičení s klienty. „*Tenhle pojem vůbec neznám, ale když je rehabilitace cvičení, tak je to nějaký speciální cvičení s lidma?*“ (informant 4). Informant 5 uvádí: „*když to vezmu logicky, rehabilitace je cvičení, ne? A koordinovaný jako třeba zaměřený na nějakou oblast*“.

Vnímání léčebné rehabilitace

Všichni informanti (informant 1, informant 2, informant 3, informant 4, informant 5, informant 6, informant 7, informant 8) si léčebnou rehabilitaci představují jako aktivity na podporu a udržení zdraví.

Vnímání sociální rehabilitace

Dle výzkumu si informant 1 pod sociální rehabilitací představuje zajištění klienta, které působí proti sociální izolaci klienta. Začlenění klienta do kolektivu uvádí i informant 2, informant 7 a informant 4, který doplňuje ještě zajištění kontaktu s rodinou. Informant 3 mluví o zabezpečení sociálního zázemí klienta: „*takže se staráme, aby měl místo, kde se cítí dobře, peníze z čeho si platit služby, takže důchod, příspěvek na péči, aby se dobře adaptoval a začlenil mezi ostatní, to všechno je sociální rehabilitace, podle mě*“. Sociální rehabilitace je spojována také s vyřizováním záležitostí klientů na úřadech (informant 3) či zajišťování důchodů (informant 6). Informant 5 a informant 8 uvedli, že neví, co si mají pod pojmem sociální rehabilitace představit.

Vnímání pedagogické rehabilitace

Pod pojmem pedagogická rehabilitace si všichni informanti (informant 1, informant 2, informant 3, informant 4, informant 5, informant 6, informant 7, informant 8) shodně vybavili vzdělávání a učení. Informant 1 navíc vnímá vzdělávání seniorů jako potřebnou aktivitu, díky které si klienti mohou udržet a rozvíjet své dovednosti a schopnosti.

Vnímání pracovní rehabilitace

Dle výzkumu si všichni informanti (informant 1, informant 2, informant 3, informant 4, informant 5, informant 6, informant 7, informant 8) spojují pracovní rehabilitaci s prací

a zaměstnáváním. Informant 1, informant 2 a informant 3 uvádějí také přípravu na zaměstnání.

II. Průběh koordinované rehabilitace v domově pro seniory

V této oblasti se zabývám samotným průběhem jednotlivých složek koordinované rehabilitace ve zvoleném domově pro seniory z pohledu informantů. Informanti byli také dotazováni, zda si myslí, že ve zvoleném domově pro seniory koordinovaná rehabilitace probíhá. Jejich odpovědi jsou pro přehlednost zaznamenány v následující tabulce 2. Informanti jsou v tabulce označeni jako Inf. 1 – Inf. 8.

Tabulka 2: Využití koordinované rehabilitace v domově pro seniory

	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3	Inf. 4	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8
ANO, probíhá	X	X	X		X	X		
NE, neprobíhá								
ČÁSTEČNĚ probíhá				X			X	X

Zdroj: vlastní výzkum

Dle informanta 1, informanta 2, informanta 3, informanta 5 a informanta 6 je ve zvoleném zařízení uplatňován koncept koordinované rehabilitace. Informant 4, informant 7 a informant 8 uvádějí, že koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory probíhá jen částečně a neuplatňují se všechny její principy, jako je spolupráce týmu a předávání informací v rámci týmu.

Průběh léčebné rehabilitace v domově pro seniory

Výzkum ukázal, jakým způsobem probíhá v zařízení léčebná rehabilitace. Ve schématu 3 jsou zaneseny prováděné činnosti léčebné rehabilitace ve zvoleném domově pro seniory, které dle výzkumu informanti uváděli.

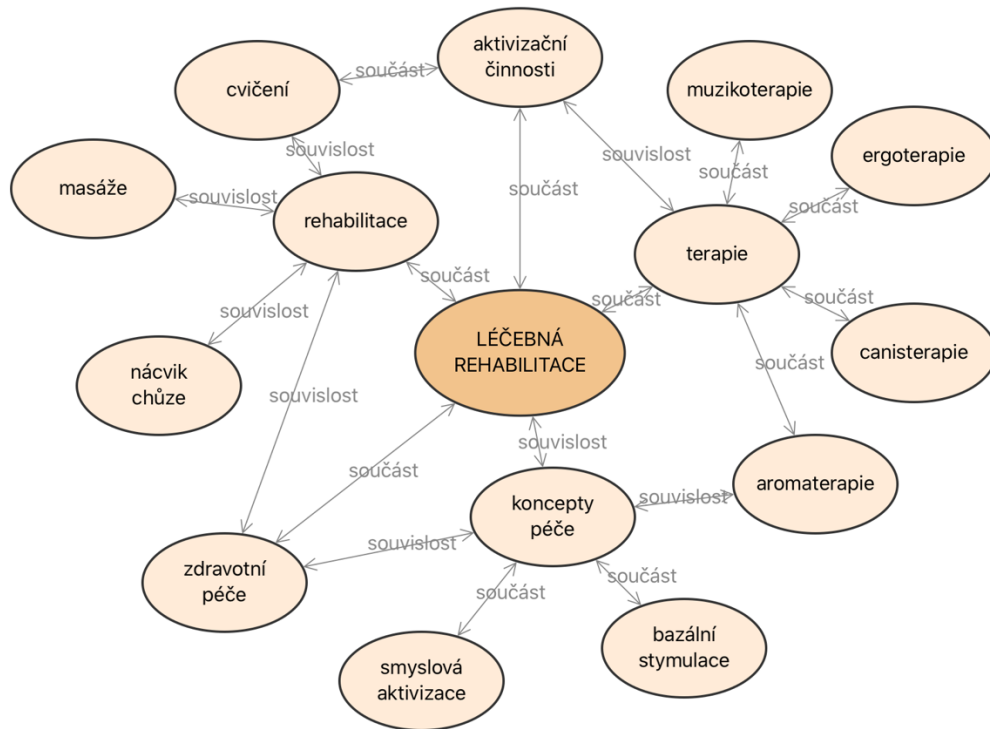


Schéma 3: Léčebná rehabilitace v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukázal, že informanti uváděli ve spojitosti s léčebnou rehabilitací prováděnou v domově pro seniory cvičení s klienty (informant 2, informant 3, informant 7, informant 8) a samotnou rehabilitací (informant 1, informant 4, informant 5, informant 6, informant 8). Všichni informanti také shodně uvedli, že do činností v rámci léčebné rehabilitace patří poskytování zdravotní péče. Dle informanta 1, informanta 2, informanta 5, informanta 6, informanta 7 a informanta 8 zdravotní péče obsahuje činnosti jako podávání léků, převazy a podávání injekcí.

Informant 1 a informant 2 řadí do léčebné složky koordinované rehabilitace také provádění ergoterapie. V rámci ergoterapie se snaží personál zapojovat klienty do běžných denních činností a posilovat tak jejich soběstačnost (informant 1), informant 2

doplňuje: „*když to umí a zvládaj to, necháme je*“. Informant 2 také uvádí, že v rámci ergoterapie s klienty jako aktivizační pracovnice pečce a vaří nebo pracuje na zahradě. V rámci léčebné rehabilitace v zařízení je s klienty prováděn také nácvik chůze (informant 3, informant 7, informant 8). Informant 4 uvádí: „*Nácvik chůze, cvičení s lidma a klasický masáže*“. Informant 4 také uvádí využívání nožních masáží formou masážních van na nohy. Dále informanti do léčebné rehabilitace řadí aktivizační činnosti, v rámci kterých je klientům nabízeno výtvarné tvoření formou kreativního výroby předmětů (informant 2, informant 4, informant 5) a malování (informant 2), během kterého si klienti mohou procvičovat jemnou motoriku.

Dále se v zařízení koná každých 14 dní skupinová a individuální canisterapie (informant 1, informant 5, informant 7). Dle informanta 2 si klienti domova pro seniory oblíbili jógová cvičení. Senioři také dochází na pravidelné pondělní cvičení na židlích (informant 2, informant 4, informant 6, informant 7). „*Sednem si do kroužku, nejdřív se protáhneme, pak cvičíme s gumovými míčky, tam procvičujem rozsah pohybu, hrubou a jemnou motoriku, taky cvičíme podle básniček nebo si házíme míčkem, to je asi nejoblíbenější*“ (informant 2). Informant 2 uvádí, že v zařízení probíhala také muzikoterapie, ale již dlouho neprobíhá.

V rámci péče o seniory je v zařízení využíván také koncept smyslové aktivizace (informant 1, informant 2, informant 3, informant 4, informant 7). Informant 1 a informant 3 uvádí, že je zvláště pro klienty s demencí důležité zapojit do aktivizace všechny smysly. Smyslová aktivizace probíhá v zařízení individuálně nebo ve skupině maximálně 3 osob a je vždy tematicky zaměřena (informant 1). Dále dle informanta 1, informanta 2, informanta 3, informanta 4, informanta 7 a informanta 8 je v rámci ošetrovatelské péče využíván také koncept bazální stimulace, který se zaměřuje na podporu vnímání a komunikace. „*Bazální stimulace spočívá v tom že se snažíme klientům dávat různé podněty, ukazujeme obrázky, fotky, pouštíme jim hudbu, pracujeme s doteky, a tím vlastně stimulujeme jejich vnímání a komunikaci*“ (informant 1). Informant 2 ještě doplňuje, že v rámci smyslové aktivizace, bazální stimulace a masáží je využívána také aromaterapie.

Průběh sociální rehabilitace v domově pro seniory

Konkrétní činnosti, které jsou dle informantů ve zvoleném domově pro seniory realizovány při sociální rehabilitaci, jsou zaneseny ve schématu 4.

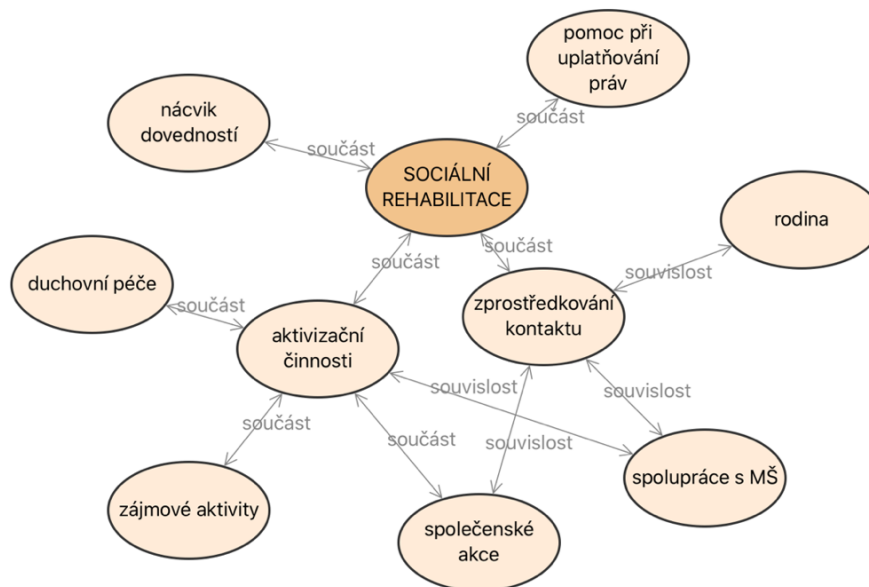


Schéma 4: Sociální rehabilitace v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Při nácviku dovedností a podpoře soběstačnosti se pracovníci přímé obslužné péče snaží za klienty nedělat nic, co by sami nezvládli (informant 2, informant 7), „ošetřovatelky jen dohlížejí, pomáhají a nebo řeknou jak se to dá udělat líp, ale snaží se jim dát prostor“ (informant 1). Nácvik dovedností probíhá každý den, například během hygieny nebo během jídla, pracovnice nechávají klienta provádět takové úkony, které sám zvládá, s ostatními mu samozřejmě pomohou (informant 3, informant 6).

Kontakt se společenským prostředím zprostředkovává zařízení prostřednictvím společenských akcí, „chodíme ven, pánové chodí pravidelně posedět do místní hospůdky, jak byli zvyklí ještě za mlada, pak mě napadají návštěvy rodiny, pokud rodina funguje, bere si seniora na víkend nebo jen na výlet do města“ (informant 1). Společenské akce jako koncerty či maškarní a besedy uvádí také informant 2, informant 3 a informant 6, který doplňuje: „jednou do měsíce k nám chodí dětičky ze školky, něco si připraví, básničku, zpívání nebo divadlo a pak si s klientama hází gumovýmá míčkama nebo si povídají, plno dětí tu má svoje babičky a dědečky“. Informant 2 a informant 1 dodává, že

klienti si každý den odpoledne mohou zahrát společenské hry ve společném prostoru u recepcce. Informant 3 uvádí, že s částí klientů několikrát do roka jezdí aktivizační pracovníce a další pracovníci do divadla. Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů probíhá komunikací s úřady (informant 1, informant 3, informant 8). „Když se klient třeba zhorší, žádáme o zvýšení příspěvku na péči, nebo když chce klient něco koupit nebo zařídit“ (informant 1).

Do sociální rehabilitace řadí informanti také aktivizační činnosti. Jednou z nabízených činností je trénování paměti, při kterém klienti s aktivizační pracovníci hrají hry na procvičení slovní zásoby a krátkodobé a dlouhodobé paměti (informant 1, informant 2, informant 4, informant 5). Dále je pro klienty ve společenské místnosti k dispozici kuchyňská linka, kde spolu s pracovníci mohou péct či vařit (informant 2, informant 4, informant 6), také byla vytvořena v zařízení knihovna, kde si klienti mohou vypůjčit knihy (informant 2, informant 5, informant 6, informant 7). „Klienti taky můžou cvičit na židlích nebo jógu, vyrábět (informant 4, informant 6), jo a jednou týdně hrají s aktivizačkou bingo“ (informant 1). Informant 5 a informant 7 doplňuje nabídku aktivit ještě o přednášky připravované pro klienty domova. V domově pro seniory je k dispozici také kaple (informant 1, informant 2, informant 3, informant 7, informant 8).

Průběh pedagogické rehabilitace v domově pro seniory

Schéma 5 zobrazuje činnosti, které jsou dle odpovědí informantů nabízeny klientům domova pro seniory v rámci pedagogické rehabilitace.

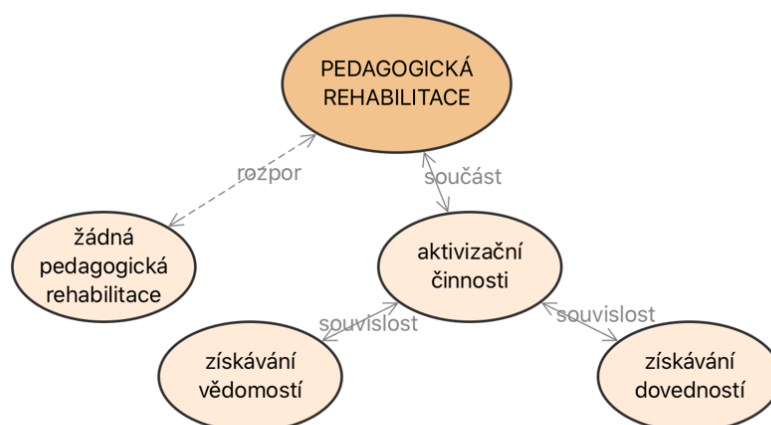


Schéma 5: Pedagogická rehabilitace v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Dle informanta 6 se klienti vzdělávají neustále, například na aktivizačních činnostech, kde se učí novým dovednostem jako jsou nové způsoby tvoření a vyrábění. Klienti se v zařízení mohou vzdělávat a získávat nové vědomosti prostřednictvím pořádaných besed a přednášek na různá témata, které pro ně připravuje aktivizační pracovníce nebo jiný přednášející či dobrovolník docházející do zařízení (informant 1, informant 7). Klienti si mohou také vypůjčit knihu v knihovně a vzdělávat se formou čtení (informant 6). Dle informanta 1 a informanta 2 se klienti vzdělávají i na hodinách trénování paměti, které vede aktivizační pracovníce, „na trénování paměti si klienti procvičují přísloví, básničky a zpívají písničky nebo se je rovnou učí, protože v tomhle věku, už člověk hodně zapomene. Co mě ještě napadá, že procvičují slovní zásobu, když hrají hry, třeba slovní fotbal, to si myslím taky patří k učení, zvlášť u klientů s demencí“ (informant 1).

Průběh pracovní rehabilitace pro seniory

Ve schématu 6 jsou zaneseny konkrétní činnosti, které jsou dle informantů prováděny v rámci pracovní rehabilitace v domově pro seniory.

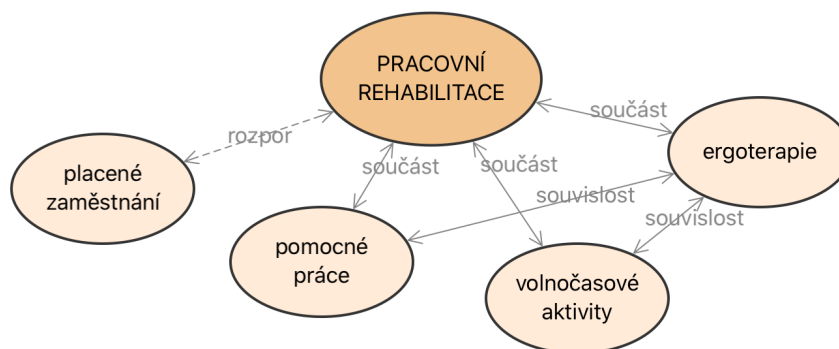


Schéma 6: Pracovní rehabilitace v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Dle výzkumu se všichni informanti shodli, že pracovní rehabilitace formou přípravy na zaměstnání či zaměstnávání za peníze není u osob v seniorském věku možná, a to jak z pohledu fyzického, tak mentálního zdraví klientů, kteří mohou trpět například demencí, nicméně je jim umožněno provádět pomocné práce, pokud mají zájem. „Do pracovního procesu naše klienty už opravdu nezařadíme, ale snažíme se jim nabízet aktivity, které byli zvyklí dělat doma, aby nám tu jen neleželi a neseďeli, ale taky se trochu hýbali, třeba hrabat listí nebo na zahradě sází zeleninu, květiny. Máme velkou výhodu, že tu máme velkou

zahradu, tady je tolik práce“ (informant 1). Klientům je umožněno provádět činnosti, které běžně dělali doma, proto klienti domova pro seniory mohou pracovat na zahradě organizovaně pod dohledem aktivizační pracovnice nebo sami dle svého uvážení (informant 2, informant 8). Tam mají k dispozici zahradní náčiní, záhony s květinami, zeleninou, ovocné a okrasné stromy a velký skleník (informant 2, informant 8). Informant 8 ještě doplňuje, že se klienti mohou zapojit do úklidu vlastních pokojů, pokud se na to cítí a jejich zdravotní stav jim to umožňuje. Do pracovní rehabilitace informant 3 a informant 6 dále řadí také ergoterapii, kterou definují jako léčbu prací, informant 3 uvádí: „*tak třeba můžou využívat ergoterapii, to je léčba prací, myslím*“.

Klienti mohou využít také volnočasové aktivity, například: „*s aktivizační pracovnicí třeba vyrábějí výrobky, na vánoce, velikonoce a tak*“ (informant 1). Dále je klientům umožněno skupinové pečení a vaření v kuchyňce ve společenské místnosti pod dohledem aktivizační pracovnice (informant 2, informant 8). Výrobu předmětů v rámci pracovní rehabilitace uvedli i informant 2, informant 5 a informant 8. Informant 2 uvádí, že pracovní náplň klienty může aktivizovat.

III. Spolupráce multidisciplinárního týmu v domově pro seniory

V této oblasti se zabývám spoluprací multidisciplinárního týmu ve zvoleném zařízení. Dle výzkumu práce v rámci multidisciplinárního týmu spočívá ve spolupráci členů týmu (informant 3, informant 6, informant 8) a vzájemné komunikaci, „*bez toho by to ani nešlo*“ (informant 6). Členové týmu se scházejí a domlouvají na postupech péče (informant 1, informant 2), probírají změny u klientů (informant 1), vyměňují si zkušenosti a předávají informace (informant 3). „*Sme tým, když je to potřeba, zastoupíme se nebo si pomůžem navzájem*“ (informant 8). Informant 7 uvádí, že sice každý má svou práci, ale navzájem si sdělují informace o klientech a společně řeší vzniklé situace.

Dále se v této oblasti zaměřuji na složení multidisciplinárního týmu ve zvoleném domově pro seniory a činnosti, které členové multidisciplinárního týmu provádějí. Tyto skutečnosti vyplývající z odpovědí informantů jsou uvedeny ve schématu 7.

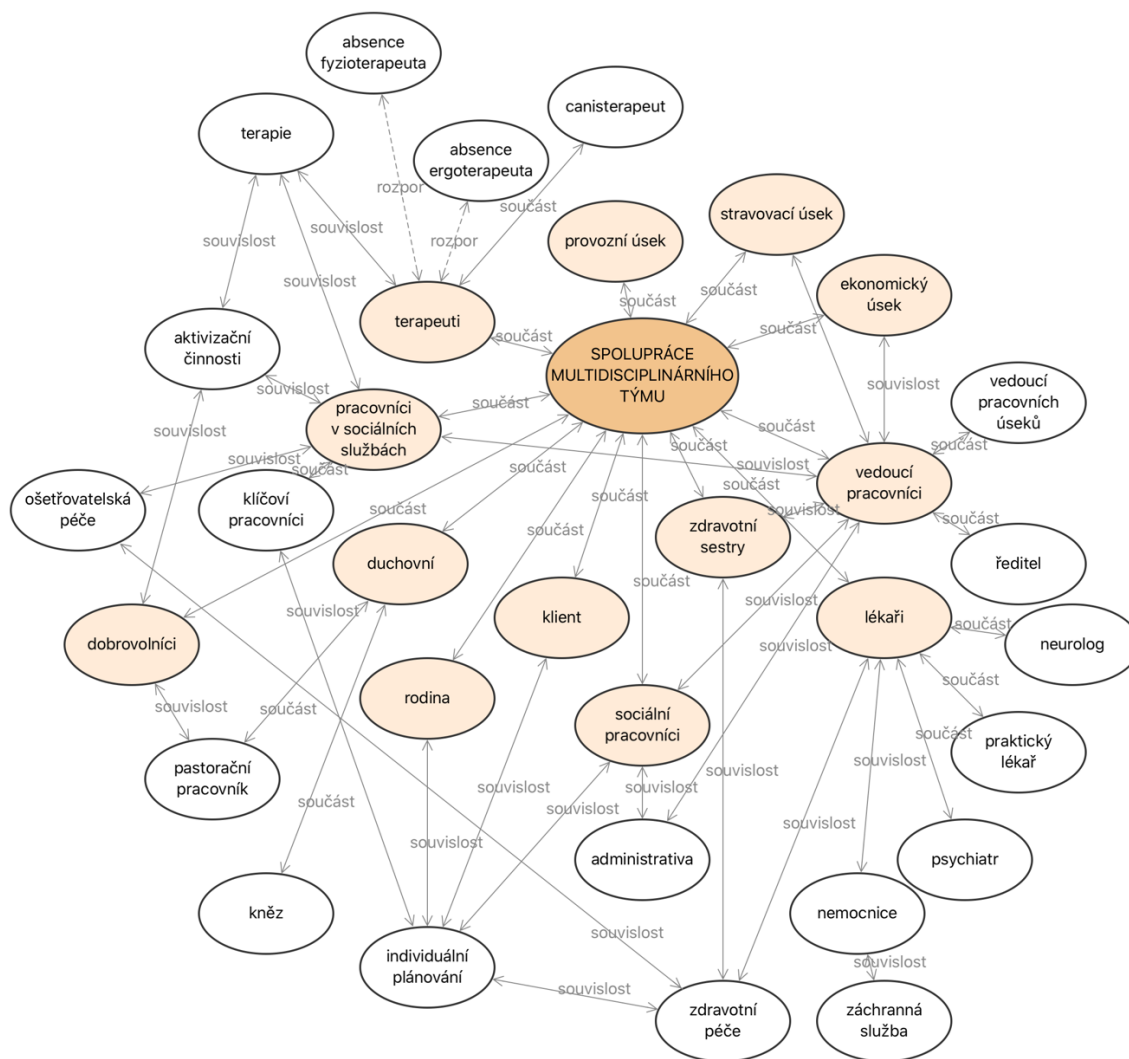


Schéma 7: Spolupráce multidisciplinárního týmu v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Dle informanta 1, informanta 2, informanta 5, informanta 6, informanta 7 a informanta 8 zdravotní péči zajišťuje smluvní praktický lékař, který do zařízení pravidelně dochází 1x týdně nebo dle potřeby, a zdravotní sestry, které mají na starost podávání léků a převazy. Dále zdravotní sestry podávají injekce (informant 1) a připravují vizity (informant 6). Dle informanta 4 „zdravotní péči tady zajišťují sestry“. Informant 1, informant 3, informant 5 a informant 6 uvádí, že domov pro seniory spolupracuje i s psychiatrem a neurologem, kteří do zařízení dojíždí pravidelně, a zmiňují také záchrannou službu, která se podílí na léčebné rehabilitaci v případech, kdy převáží klienta se zhoršeným zdravotním stavem do nemocnice, se kterou má zařízení navázanou spolupráci.

V rámci poskytování péče provádějí pracovníci v sociálních službách s klienty nácvik chůze (informant 3, informant 7, informant 8), dříve nácvik chůze probíhat pod vedením fyzioterapeuta (informant 1, informant 2, informant 4). Informant 4 uvádí: „*fyzioterapeutku jsme tu měli, ale odešla no, nemohli sem nikoho sehnat, tak sme bez*“. Pracovníci v sociálních službách vykonávají i ošetrovatelskou činnost (informant 2, informant 5, informant 6, informant 7, informant 8) a přímou obslužnou péči (informant 1, informant 3). Dále provádějí pracovníci v sociálních službách nácvik dovedností v rámci podpory soběstačnosti a snaží se za klienty nedělat nic, co by sami nezvládli (informant 2, informant 7, informant 8), „*ošetrovatelky jen dohlížejí, pomáhají a nebo řeknou jak se to dá udělat líp, ale snaží se jim dát prostor*“ (informant 1). Nácvik dovedností probíhá každý den, pracovnice nechají klienta provádět takové úkony, které sám zvládne, s ostatním mu mohou (informant 3, informant 7).

Pracovníci v sociálních službách zastávají pozici klíčového pracovníka, který s klientem při nástupu do domova pro seniory zpracovává individuální plán (informant 1, informant 2, informant 5, informant 7). Informant 1 uvádí: „*klíčový pracovník je tu pro klienta, je mu nejbliž, když něco klient potřebuje, řekne to svému klíčovému pracovníkovi*“. Klíčový pracovník s klienty sepisuje individuální plán, dbá na jeho vedení a následně dohlíží na plňování tohoto plánu (informant 2, informant 4, informant 6). Individuální plánování vychází ze zákona a obsahuje plán poskytované péče (informant 3) a osobní cíle klienta (informant 3, informant 4). Informant 8 uvádí: „*každý týden zapisujeme plnění plánu*“. Po měsíci se plnění plánu zhodnocuje (informant 1, informant 3). Dále všichni informanti shodně uvedli, že každého půl roku se individuální plán přehodnocuje. „*Novej cíl se stanovuje po půl roce nebo při změně zdravotního stavu*“ (informant 7).

Klíčového pracovníka ustanovuje sociální pracovník, dohlíží na jeho činnost a každé 3 měsíce společně konzultují individuální plány klientů (informant 1, informant 2, informant 5, informant 7). Sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník zajišťuje uplatňování práv a oprávněných zájmů klientů (informant 1, informant 2, informant 3, informant 5), provádí administrativní činnosti (informant 3, informant 7, informant 8) a komunikuje s úřady (informant 1, informant 3, informant 8). Sociální pracovnice sledují klientův stav a reagují na případně změny, „*když se klient zhorší, žádáme o zvýšení příspěvku na péči, nebo když chce klient něco koupit nebo zařídit řekne to buď nám (sociálním pracovnícím) nebo ošetrovatelkám, a my se pak*

domlouváme s rodinou nebo to zajistíme samy, vždycky podle situace a hlavně podle toho jak s náma spolupracuje rodina“ (informant 1).

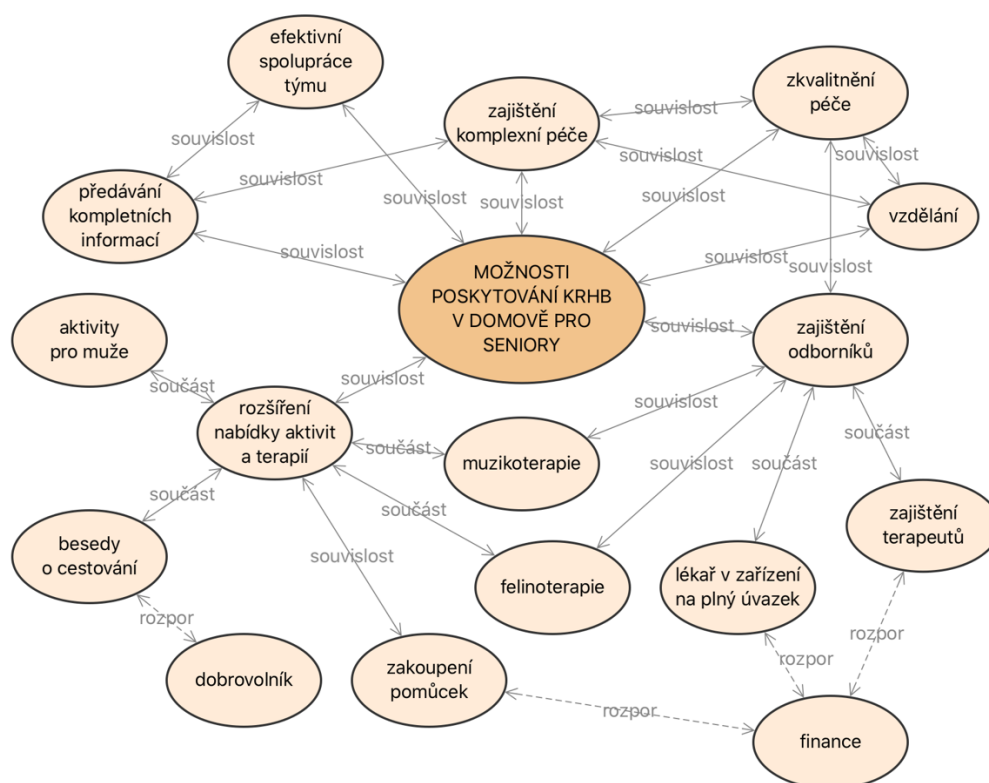
Dalším členem multidisciplinárního týmu je aktivizační pracovnice. Dle informanta 1, informanta 2, informanta 3, informanta 7 a informanta 8 aktivizační pracovnice realizuje aktivizační činnosti každý den a sestavuje plán aktivizací a společenských akcí, ze kterého si klienti zařízení mohou vybrat vhodnou aktivitu. Aktivizační pracovnice s klienty realizuje aktivizační a volnočasové činnosti, například výtvarné tvoření a výrobu předmětů (informant 2, informant 4, informant 5), cvičení na židlích (informant 2, informant 4, informant 6, informant 7) nebo trénování paměti (informant 1, informant 2). Dle odpovědí informanta 1, informanta 2, informanta 5, informanta 6 a informanta 8 zajišťuje aktivizační pracovnice i ergoterapii a vymýšlí s klienty různé aktivity a kreativní činnosti. Na ergoterapii se také podílí pečovatelky (informant 6, informant 8).

Dobrovolníci hrají podstatnou roli při zajištění všech potřeb klientů. Duchovní péči zajišťuje v domově pro seniory dle informanta 1, informanta 2, informanta 3, informanta 7 a informanta 8 kněz a dobrovolnice zabývající se pastorační činností, kteří docházejí do zařízení, kde pořádají bohoslužby a vedou rozhovory o víře s klienty na pokojích či v kapli, která je součástí zvoleného domova pro seniory. Dalším dobrovolníkem v zařízení je cvičitelka jógy, která přizpůsobuje jógová cvičení pohybovým možnostem seniorů (informant 1, informant 2, informant 4). Do zařízení dochází také canisterapeutka se svými psy a praktikuje skupinové aktivity či individuální na pokojích seniorů (informant 2, informant 7).

Vedoucí pracovníky a ředitelku zařízení jako součást týmu zmiňují informant 5, informant 8 a informant 2. Pracovníky ekonomického, stravovacího a provozního úseku uvedl informant 2 a informant 8. Informant 1 navíc uvádí: *„a taky spolupracujeme s rodinami. Na tom si hodně zakládáme, aby fungovala rodina.* Informant 8 doplňuje: *„když fungují rodiny, tak se s nima domlouváme co a jak nebo s nima řešíme třeba nějaký změny“.* Rodinu zmiňují také informant 2 a informant 3.

IV. Možnosti poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory

V této oblasti se zaměřuji na možnosti poskytování koordinované rehabilitace vnímané členy multidisciplinárního týmu. Pro účely diplomové práce je pojem možnosti vnímán jako příležitosti, okolnosti a podmínky, za kterých se může zlepšit poskytování koordinované rehabilitace v zařízení. Ve schématu 8 jsou zaneseny možnosti koordinované rehabilitace, které informanti subjektivně vnímají v rámci zvoleného domova pro seniory.



Vysvětlivky ke schématu: KRHB – koordinovaná rehabilitace

Schéma 8: Možnosti koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Dle informanta 1 a informanta 3 využívání konceptu koordinované rehabilitace zajišťuje komplexnost péče, která je zaměřena na všechny oblasti osobnosti a všechny potřeby klienta. Dle výzkumu koordinovaná rehabilitace znamená pro informanta 1, informanta 2 a informanta 3 příležitost pro zajištění kompletních a kvalitních informací o stavu klienta či průběhu péče a léčby, díky efektivní spolupráci (informant 1, informant 4). „Kdyby se pracovalo podle koordinované rehabilitace, tak by to zvedlo kvalitu péče si myslím,

protože by tu bylo víc specialistů, a když by byl nějaký problém tak by si to hned ohlídlí nebo to chytili včas, teď se jezdí do nemocnice až když je problém, že jo“ (informant 7).

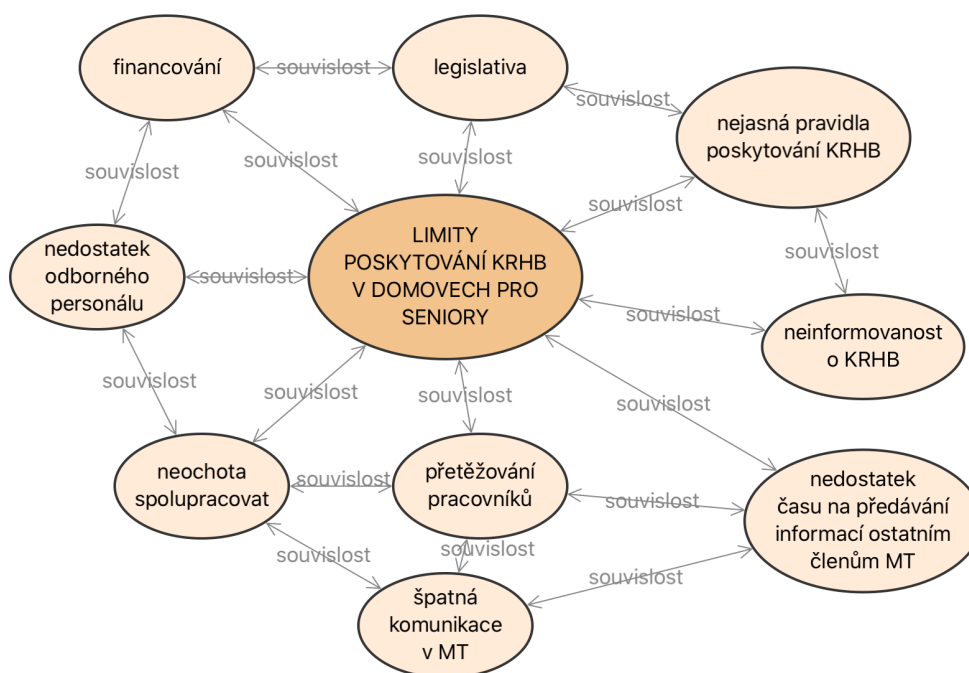
Zapojení více odborníků z různých oborů do péče o klienty uvádí i informant 4 a informant 5. Dle výzkumu také informant 3, informant 6 a informant 8 vnímá zavedení koordinované rehabilitace jako možnost zkvalitnění péče o klienty. Informant 5 a informant 6 uvedli, že by bylo lepší, kdyby byl praktický lékař v zařízení k dispozici celý týden. Informant 1, informant 3, informant 4, informant 5 a informant 6 uvedli, že by zařízení potřebovalo více odborníků jako jsou fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Informant 1, informant 3 a informant 5 se shodují, že by ergoterapii měl provádět ergoterapeut, nicméně v zařízení není pozice ergoterapeuta obsazena.

Informant 1, informant 2 a informant 4 by rádi posílili nabídku volnočasových a vzdělávacích aktivit: *„byla bych ráda, kdyby se nám podařily zrealizovat besedy o cestování, s cestovatelem, ideálně dobrovolníkem, no uvidíme“* (informant 1). Další možností, kterou informanti navrhují je vytvořit více aktivit pro muže, kterých je sice v zařízení menší počet nežli žen, ale vařením a pečením se tato část komunity domova pro seniory neuspokojí, proto informant 1 navrhuje zřízení malé dílny či alespoň zařazení takových aktivit, které se nebudou týkat výroby dekorativních předmětů, ale třeba práce se dřevem. Informant 4, informant 5, informant 6 a informant 8 vidí možnost v rozšíření vybavení pro aktivity v rámci léčebné rehabilitace, *„mě by se líbilo víc těch masážních vaniček na nohy, máme na baráku jen dvě, to je fakt málo, bylo by to lepší aby se nemusely dělat pořadníky“* (informant 4). *„Já bych hrozně chtěla zařídit tu muzikoterapii a zkusit felinoterapii, podle mě by kočka měla u klientů úspěch“* (informant 2).

Informant 2 uvádí jako podmínku pro zavedení a efektivní využívání koordinované rehabilitace doplnění vzdělání a doplňuje, že by se měl alespoň jeden školící seminář věnovat právě koordinované rehabilitaci, což by zkvalitnilo poskytované služby. Podobně vnímá situaci také informant 1, informant 3 a informant 5.

V. Limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Tato oblast je zaměřená na definování limitů poskytování koordinované rehabilitace, které informanti vnímají jako překážky či omezení při poskytování koordinované rehabilitace nebo zavádění tohoto konceptu do praxe. Ve schématu 9 jsou zaneseny limity při poskytování koordinované rehabilitace, které informanti subjektivně vnímají v rámci zvoleného domova pro seniory.



Vysvětlivky ke schématu: KRHB – koordinovaná rehabilitace

Schéma 9: Limity koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Dle informanta 1, informanta 2, informanta 3 a informanta 4 je problémem koordinované rehabilitace absence legislativního vymezení, díky kterému nejsou jasně stanovena pravidla, kompetence pracovníků ani forma pro poskytování koordinované rehabilitace. Dalším významným limitem při využívání konceptu koordinované rehabilitace je neinformovanost pracovníků o existenci a principech tohoto konceptu (informant 1, informanta 2, informanta 4, informant 5, informant 7, informant 8). „Hlavně kdyby to bylo třeba v zákoně nebo někde napsané, tak by to lidi museli dělat, ale když to třeba někdo ani nezná, tak je těžký tu mít nějaký pravidla a dodržovat to, když ani nevim co a jak, ne“ (informant 4).

Informant 1 a informant 4 se dále shodují na nedostatečných finančních prostředcích, kterými by rádi přilákali specializované lékaře a terapeuty, kteří by zkvalitnili péči o klienty domova pro seniory, protože v současnosti si toto zařízení nemůže dovolit finanční ohodnocení, které tito odborníci požadují, a proto je spolupráce navázaná se smluvním lékařem, který dojíždí ordinovat do zařízení na několik hodin týdně, psychiatrem a neurologem, „byla tu fyzió, šikovná pani, hodně mě toho naučila, ale tý se asi nelíbily peníze, tak šla jinam, to asi taky moc nepomůže“ (informant 4). Navíc by dle informanta 1 při zákonné úpravě koordinované rehabilitace vznikl prostor pro dotace na zavedení tohoto konceptu do zařízení.

Jako další limit koordinované rehabilitace shledávají informant 3, informant 4, informant 6, informant 7 a informant 8 neochotu pracovníků spolupracovat. „Myslím, že každéj má svoje starosti a prostě nechce řešit ještě cizí věci“ (informant 7). Informant 8 navíc poukazuje na nedostatek času: „jak sem už říkala, myslím, že si ani nemůžem všechno říkat, sotva stíham svoje věci, ještě kdybych se měla starat o něco jinýho, to bych tu musela spát“. Časovou tíseň zmiňuje i informant 4, který si nedokáže představit, že by měl nad rámec svých pracovních povinností ještě sdělovat svým kolegům detailní informace z průběhu dne. Informant 3 popisuje riziko přetěžování pracovníků, kteří nestíhají vlastní práci a z toho důvodu nejsou schopni soustředit se a kvalitně spolupracovat při schůzi týmu. Informant 3 uvádí příklad: pokud dotyční pracovníci budou chvátat a předčasně odejdou z týmové schůzky, nemusí v roztržitosti předat všechny důležité informace, se kterými by ostatní členové týmu měli být seznámeni, což může zapříčinit pochybení v dalším průběhu péče.

Dalším uváděným limitem při provádění koordinované rehabilitace je špatná komunikace mezi pracovníky, díky neefektivnímu předávání informací může docházet ke komplikacím při vykonávání práce jiného pracovníka (informant 2, informant 3, informant 8). „Někdy se stane, že třeba holky z péče nemají svůj den nebo toho mají hodně a klient jim něco řekne nebo je o něco požádá a oni nám to neřeknou, pak jsou akorát zmatky a nepříjemnosti, ale nestává se to moc často, naštěstí“ (informant 3). Informant 8 uvádí úskalí při komunikaci s externími pracovníky: „když přijde doktor tak asi nejmíc komunikuje se sestrama a ty to pak zas řeknou nám z péče. Chodí sem z nemocnice, nemá čas s náma schůzovat“. Výše zmíněné faktory pak ovlivňují efektivitu spolupráce multidisciplinárního týmu, která se stává nefunkční.

4.2 Shrnutí výsledků výzkumu

HVO: „Jak vnímají členové multidisciplinárního týmu poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory?“

Z výzkumu vyplynulo, že informanti pracující v sociálním úseku koordinovanou rehabilitaci znají a vnímají ji jako provázaný systém několika složek, který cílí na snížení důsledků zdravotního postižení a psychické i fyzické zdraví osob, na začlenění do běžné společnosti a zaměřuje se na celou osobnost. Informanti ze zdravotního a pečovatelského úseku uvedli, že koncept koordinované rehabilitace neznají a vnímají ho jako samotnou rehabilitaci vykonávanou prostřednictvím cvičení.

DVO1: „Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování léčebné rehabilitace v domově pro seniory?“

Členové multidisciplinárního týmu vnímají léčebnou rehabilitaci hlavně jako samotnou rehabilitaci a cvičení, které praktikuje personál zdravotnického nebo pečovatelského úseku. V zařízení je dle informantů prováděna léčebná rehabilitace prostřednictvím zdravotní péče a volnočasových aktivit jako je výtvarné tvoření v rámci procvičení jemné motoriky, cvičení na židlích a jóga. Dále je léčebná rehabilitace uplatňována prostřednictvím terapií jako canisterapie, či aromaterapie. Informanti také uvedli provádění nácviku chůze s klienty, klasické masáže, cvičení s klienty a ergoterapii, nicméně z výzkumu vyplynulo, že v zařízení momentálně chybí fyzioterapeuti a ergoterapeuti, kteří by tyto aktivity odborně vedli. V zařízení jsou využívány také koncepty smyslové aktivizace a bazální stimulace, které informanti řadí do léčebné rehabilitace a považují je za významnou složku v péči o seniory.

DVO2: „Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování sociální rehabilitace v domově pro seniory?“

Informanti vnímají sociální rehabilitaci jako způsob sociálního zajištění či zabezpečení seniora a jako prevenci proti sociálnímu vyloučení klientů. Dle informantů probíhá nácvik běžných denních činností a podpora samostatnosti v zařízení každodenně tím, že personál nechává klienty dělat vše, co vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládnou sami. Kontakt se společenským prostředím je klientům zajišťován pořádanými akcemi v rámci zařízení nebo mimo něj, představeními tamní mateřské školy, návštěvami rodiny či hraním společenských her s ostatními klienty. Pomoc při uplatňování práv klientů

informanti shledávají v komunikaci pracovníků domova pro seniory s úřady a v zajišťování osobních záležitostí klientů. Za výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti informanti označili volnočasové aktivity, konkrétně trénování paměti, cvičení, vyrábění či pečení a vaření, hru bingo, pořádané přednášky a čtení. K dispozici jsou klientům i duchovní aktivity. Na zajištění sociální rehabilitace se dle výzkumu podílejí pracovníci pečovatelského úseku a sociálního úseku, konkrétně pak aktivizační a sociální pracovníci. Pro zlepšení sociální rehabilitace bylo navrženo rozšíření nabídky aktivit pro klienty.

DVO3: „Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování pedagogické rehabilitace v domově pro seniory?“

Informanti vnímají pedagogickou rehabilitaci jako vzdělávání a učení, dle některých informantů však pedagogická rehabilitace v zařízení vůbec neprobíhá. Do pedagogické rehabilitace informanti zařadili aktivity, prostřednictvím kterých se klienti mohou naučit a dozvědět něco nového, například trénování paměti, aktivizační činnosti, sledování filmů a dokumentů nebo účast na přednáškách a besedách. Ke vzdělávání je seniorům k dispozici také knihovna. Pedagogickou rehabilitaci v zařízení realizuje aktivizační pracovníci, externí pracovníci nebo dobrovolníci. Pro zlepšení realizace pedagogické rehabilitace bylo navrženo, aby došlo k zajištění většího počtu cestopisných besed přímo s cestovateli.

DVO4: „Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování pracovní rehabilitace v domově pro seniory?“

Dle informantů se v domově pro seniory pracovní rehabilitace ve smyslu přípravy na placené zaměstnání neprovádí. Informanti nicméně vnímají pracovní rehabilitaci jako činnosti, které podněcují klienty k aktivitě a pomáhají jim udržet si pracovní návyky. Mezi tyto činnosti řadí informanti práci na zahradě, tvoření a výrobu v rámci volnočasových aktivit a provádění ergoterapie, kterou informanti popisují jako terapii prací. Dle některých informantů však pracovní rehabilitace v zařízení vůbec neprobíhá. Pracovní rehabilitaci personálně zajišťuje aktivizační pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ergoterapeut v zařízení zaměstnán není. Pro zlepšení pracovní rehabilitace informanti navrhuje, aby došlo k vytvoření většího počtu aktivit pro klienty mužského pohlaví.

5. Diskuze

V předkládané diplomové práci jsem se snažila nahlédnout do problematiky využívání koordinované rehabilitace v rámci poskytování péče v konkrétním domově pro seniory tak, jak jej subjektivně vnímají členové multidisciplinárního týmu působící v tomto zařízení. Cílem diplomové práce bylo zjistit možnosti a limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory z pohledu multidisciplinárního týmu. K výzkumnému cíli byla definována hlavní výzkumná otázka, ke které byly vytvořeny čtyři dílčí výzkumné otázky.

Je důležité zmínit, že zjištěné výsledky výzkumu jsou subjektivním projevem členů multidisciplinárního týmu, jež hodnotili využívání koordinované rehabilitace ve zvoleném domově pro seniory, a proto je nelze zobecňovat. Nicméně v této diplomové práci nejde o objektivizaci dat, ale o předložení pohledu dotazovaných pracovníků na problematiku koordinované rehabilitace v domově pro seniory. Při výzkumu jsem se setkala s jistou neochotou personálu podílet se na mém výzkumu, proto velmi oceňuji spolupráci těch pracovníků, kteří se dobrovolně výzkumu účastnili.

Možnosti poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Dle výzkumu informanti vnímají koordinovanou rehabilitaci jako možnost zkvalitnění poskytované péče, která je zajišťována multidisciplinárním týmem složeným z odborníků z různých oborů. Domnívám se, že pro úspěšné zavádění konceptu do zařízení či jeho poskytování je klíčová efektivní spolupráce multidisciplinárního týmu. Dle informantů jsou využíváním konceptu koordinované rehabilitace zajištěny kompletní a kvalitní informace o klientech, právě díky komunikaci v rámci multidisciplinárního týmu. Také Vévoda (et al., 2013) poukazuje na důležitost týmové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu pro zajištění kvalitní péče.

Do multidisciplinárního týmu ve zvoleném domově pro seniory informanti zařadili praktického lékaře, psychiatra a neurologa, pracovníky zdravotního, sociálního a pečovatelského úseku, ředitele zařízení, klienta a jeho rodinu, ale i pracovníky ekonomického, provozního a stravovacího úseku. Kodymová (2015) popisuje multidisciplinární tým jako skupinu odborníků, kteří spolupracují v rámci řešení případu nebo péče dané osoby. Je tedy otázkou, jakým dílem v péči o klienty přispívá pracovník

údržby či pracovnice v prádelně a zda by i tito pracovníci měli být skutečně informanty započítávání do multidisciplinárního týmu.

Jako podmínku pro zlepšení poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory informanti uvedli zajištění dalších odborníků, konkrétně si uvědomují potřebu ergoterapeuta, fyzioterapeuta a praktického lékaře na plný úvazek. Dle zjištěných informací nebyly v době provádění výzkumu pozice ergoterapeutů a fyzioterapeutů v zařízení zastoupeny. Domnívám se však, že pouze odborní pracovníci jako jsou ergoterapeut a fyzioterapeut mohou zajistit určitou úroveň kvality poskytovaných terapií a také mohou plány činností individuálně sestavovat a upravovat dle specifických potřeb seniorů, na což neodborný pracovník nemá kompetence, a proto využívá pouze obecnou rovinu těchto terapií.

Z výzkumu dále vyplynulo, že informanti vnímají koordinovanou rehabilitaci jako možnost zajištění komplexní péče pro své klienty. Dle Mojžíšové (et al., 2016) je však pro zajištění komplexní péče nutné využívat principy koordinované rehabilitace. Informanti tuto komplexnost vidí v uspokojení všech potřeb klientů a vytvoření sítě návazných služeb. Klientovy potřeby a cíle reflektuje individuální plán, který je vytvořený klíčovým pracovníkem ve spolupráci s klientem, je neustále zhodnocován a dle potřeby upravován. Dle Emmerové (2012) je důležité přizpůsobit poskytování péče individuálním potřebám klienta. Dle mého názoru však komplexnost péče nezahrnuje pouze zdravotní, sociální a ošetrovatelskou péči. Já vnímám v kontextu zajištění komplexní péče pro seniory navíc potřebu péče psychologické, psychoterapeutické, ergoterapeutické, fyzioterapeutické, aktivizační, pastorační a nutriční. Informanti ve výzkumu zmínili pouze zapojení stravovacího úseku v rámci multidisciplinárního týmu, z čehož se dá usuzovat, že reflektují potřebu nutriční péče, nicméně v zařízení se nutriční terapeut ani nutriční asistent nenachází.

Další možnost vedoucí ke zlepšení koordinované rehabilitace vidí informanti v rozšíření nabídky aktivit a terapií. Tuto skutečnost vnímám pozitivně, neboť jsem toho názoru, že je vhodné seniorům nabídnout pestrou škálu volnočasových a aktivizačních činností, aby všichni měli možnost výběru. Dle mých zkušeností jsou v některých domovech nabízeny pouze aktivity typu ručních prací, což neuspokojí potřeby ani některých žen, natož mužů, proto si myslím, že by multidisciplinární tým měl brát v úvahu i fakt, že některý z klientů není manuálně zručný, a naopak ho tyto aktivity mohou uvádět do depresí z neúspěchu.

Z výzkumu vyplynulo, že informanti by v zařízení chtěli vytvořit aktivity zaměřené na mužskou práci nebo zřízení malé dílny. Potřebu pánských aktivizačních činností vnímá i Kolevová (2018).

Dalším návrhem bylo realizovat besedy o cestování, které však závisí na dobrovolnosti některého z cestovatelů věnovat svůj čas seniorům. Dle Klevetové (2017) jsou dobrovolníky v domovech pro seniory mladší i starší lidé, kteří ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu navštěvují seniory, povídají si s nimi nebo realizují připravené aktivity. Zavedení muzikoterapie a felinoterapie souvisí také s další podmínkou zajištění odborníků. Ondrušová (et al., 2019), Gerlichová (2014) a Galajdová (et al., 2011) vyzdvihují pozitivní vliv hudby nejen na psychiku seniorů. Dle informantů by mohla být nabídka aktivit a terapií rozšířena zakoupením vybavení pro tyto činnosti, konkrétně například pořízením dalších masážních vaniček na nohy.

Další podmínkou pro zavedení a efektivní využívání koordinované rehabilitace je vzdělání. Dle Malíkové (2011) je celoživotní vzdělávání pracovníků v pobytových zařízeních klíčové, neboť se seznamují s novými metodami a technikami práce. Mezi těmito novými poznatky může být právě koncept koordinované rehabilitace. Proto si myslím, že pracovníci domova pro seniory by měli absolvovat minimálně jeden seminář zaměřený na koordinovanou rehabilitaci a nahlédnout do této problematiky.

Limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Ve výzkumu jsem se také zaměřila na limity poskytování koordinované rehabilitace z pohledu členů multidisciplinárního týmu. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce informantů vidí limit koordinované rehabilitace v neinformovanosti pracovníků o konceptu koordinované rehabilitace, kteří nevědí, co koordinovaná rehabilitace znamená a obsahuje. Informanti uvedli, že z tohoto důvodu koordinovaná rehabilitace není a ani nemůže být realizována ve svém plném rozsahu. Tento nedostatek spočívající v nízké informovanosti uvádí i Duda (2010). Emmerová (2012) upozorňuje na fakt, že koordinovaná rehabilitace není dosud zcela využívána ve všech zdravotnických či nezdravotnických zařízeních z důvodu nízkého povědomí poskytovatelů o konceptu koordinované rehabilitace, kteří o možnosti návazných služeb v rámci tohoto konceptu mnohdy ani své pacienty či klienty neinformují, a tím ohrožují včasnost a cílenost rehabilitace dané osoby.

Dalším uváděným limitem je nedostatečné zajištění odborníků v rámci péče o klienty. Tento problém popisuje Holmerová (et al., 2014), jež poukazuje na negativní vliv nedostatečného personálního zajištění na kvalitu poskytovaných služeb. Tuto skutečnost spojuje mimo jiné také s nedostatečným financováním sociálních služeb, které může zapříčinit až nedostatečné zajištění sociální a zdravotní péče. Dle Dudy (2010) může ohrožovat poskytování koordinované rehabilitace také lokální nedostupnost služeb. Nedostatečné personální obsazení odborných profesí v zařízení může mít za vinu i finanční náročnost ohodnocení práce odborníka, což ve svém výzkumu zmiňuje i Panská (2018), nicméně v případě zvoleného domova pro seniory je dle mého názoru jedním z faktorů také umístění zařízení, které se nachází v malé obci s nedostatečnou sítí sociálních a zdravotních služeb.

Dále informanti uváděli jako překážku v poskytování koordinované rehabilitace také neochotu pracovníků spolupracovat. Na důležitost vzájemné spolupráce pracovníků v rámci efektivního fungování koordinované rehabilitace odkazuje i Jankovský (2015), který uvádí nutnost definovat společné cíle a principy spolupráce, se kterými by souhlasili všichni členové multidisciplinárního týmu a vytvořili tak fungující a rovnocenné pracovní vztahy, díky kterým by se dalo předcházet soupeření pracovníků na pracovišti, a tím i neefektivitě práce. Dle Vévody (et al., 2013) může dominance jednotlivých oborů opravdu zapříčinit nefunkčnost multidisciplinárního týmu. Ta může podle Markové (2010) vyústit až k zadržování důležitých informací před ostatními členy multidisciplinárního týmu. Nedostatečnou komunikaci mezi pracovníky multidisciplinárního týmu vnímají informanti jako další limit koordinované rehabilitace. Domnívám se, že neshody na pracovišti a boje mezi pracovníky v rámci hierarchie pracovního zařazení mohou způsobit až úplný rozpad multidisciplinárního týmu, a ohrozit tak poskytování kvalitní péče o klienta. V tomto případě musí zasáhnout koordinátor týmu či vedení zařízení. Informanti také uvádějí spojitost mezi neochotou spolupracovat a nedostatkem času. Z mého pohledu však vyvstává otázka, kdo by měl být koordinátorem multidisciplinárního týmu, zda rehabilitační lékař, který v domově momentálně zaměstnán není nebo sociální pracovník jako tzv. case manager. Touto otázkou se zabývá i Prášková (2018) a přiklání se k vedení case managera, jehož pracovní náplní by bylo vytváření a revidování individuálních plánů s klientem a jeho rodinou, zajišťování návazné spolupráce, domlouvání schůze a supervize multidisciplinárního týmu, vedení elektronické evidence průběhu rehabilitace a hodnocení spolupráce a péče.

Dle výzkumu je dalším podstatným limitem uváděným informanty chybějící legislativní vymezení koordinované rehabilitace, které by jasně definovalo koncept koordinované rehabilitace a provázanost jednotlivých složek rehabilitace. Koordinovaná rehabilitace jako celek není v České republice zatím zakotvena v žádném právním předpisu i přesto, že na konceptu koordinované rehabilitace v rámci péče o osoby se zdravotním postižením pracuje Ministerstvo práce a sociálních věcí již od roku 1999 (Čeledová et al., 2018). Povinnost vytvořit legislativní úpravu koordinované rehabilitace vyplývá z „Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020“, který byl schválený usnesením vlády ČR dne 25. května 2015 a v kapitole 4. 12. obsahuje cíl *Nastavit podmínky a pravidla pro koordinaci rehabilitace osob se zdravotním postižením – Vypracovat právní úpravu zajišťující koordinaci rehabilitace a nástroje jejího financování* (Vláda ČR, 2015).

Hlavním důvodem absence legislativního vymezení koordinované rehabilitace v České republice je dle Čeledové (et al., 2011) zacílení koordinované rehabilitace pouze na osoby se zdravotním postižením a její zařazení pod správu Ministerstva práce a sociálních věcí, nikoli pod Ministerstvo zdravotnictví. Také Merhautová (2015) udává jako důvody nezdaru mezirezortní charakter problematiky a dosavadní orientaci pouze na osoby se zdravotním postižením. Čevela (et al., 2012) uvádí, že nelze cílit pouze na jednu cílovou skupinu příjemců rehabilitačních služeb, protože každá osoba po úrazu, nemoci nebo senior potřebuje koordinované a ucelené rehabilitační služby.

Dle mého názoru je legislativní úprava koordinované rehabilitace stěžejní jak pro informovanost a všeobecné povědomí, tak by, podle mě, znamenala pozitivní krok vedoucí k efektivnímu využívání všech složek koordinované rehabilitace a jejího financování. S tímto tvrzením se ztotožňuje také Emmerová (2012). Otázkou však zůstává, zda bude koordinovaná rehabilitace legislativně ukotvena v novém samostatném zákoně, nebo bude provedena pouze dílčí úprava zákonů v rámci jednotlivých resortů. Tato možnost dílčí legislativní úpravy byla zmíněna na zasedání Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením dne 19. června 2019 (Vláda ČR, 2019). Merhautová (2015) uvádí příklady úpravy legislativ ze zahraničí, kdy Německo, Velká Británie, Švédsko a Francie vytvořili nový jednotný zákon o koordinované rehabilitaci, zatímco Belgie, Dánsko a Rakousko provedli pouze dílčí úpravy již stávajících zákonů. Mojžíšová (et al., 2016) nabádá, aby se neopomíjely zkušenosti zahraničních zemí a jejich poznatky o provádění koordinované rehabilitace, které lze využít při tvorbě konceptu koordinované

rehabilitace pro Českou republiku. Asociace ucelené rehabilitace vznikla v roce 2019 mimo jiné jako reakce na chybějící legislativní ukotvení koordinované rehabilitace (AURCR, 2020). Tato asociace má za cíl sdružovat organizace realizující nebo usilující o provádění koordinované rehabilitace za účelem vzájemné podpory, rozvíjení kvality, deklarace potřeby koordinované rehabilitace a sdílení principů a společných cílů (AURCR, 2020).

Diskuze k hlavní výzkumné otázce: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory?

Výzkum ukázal, že pět z osmi informantů provádějící péči o seniory ve zvoleném domově pro seniory pojem koordinované rehabilitace neslyšelo a o této problematice nemá žádné povědomí. Pouze jeden informant dokázal koordinovanou rehabilitaci popsat i s jejími složkami jako „*provázaný systém léčebné, pedagogické, pracovní a sociální rehabilitace, který cílí na snížení důsledků postižení a návrat do běžného života, také se zaměřuje na udržení soběstačnosti a zapojení osoby do komunity*“. Dále byla koordinovaná rehabilitace popisována jako přístup zaměřený na podporu fyzického a psychického zdraví či přístup zabývající se všemi oblastmi osobnosti. Dle Jankovského (2015) je v rámci koordinované rehabilitace člověk vnímán jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost, toto nahlížení na člověka se nazývá holistické pojetí.

S neznalostí koordinované rehabilitace se setkala také Panská (2018). Ta uvádí, že žádný člen výzkumného souboru skládajícího se z pracovníků ambulantních a pobytových služeb pro osoby trpící Alzheimerovou nemocí se dosud s koordinovanou rehabilitací neseťkal. Myslím si, že neznalost koordinované rehabilitace není v domovech pro seniory ojedinělým jevem. Tato domněnka vyplývá z mých zkušeností z odborných praxí, které jsem absolvovala v domovech pro seniory v rámci Jihočeského kraje. Nicméně vnímám jistou odchylku v zařízeních, ve kterých pracují sociální pracovníci absolvující ZSF JU, jež se na koordinovanou rehabilitaci zaměřuje.

Výzkum ukázal, že informanti si pod pojmem koordinované rehabilitace vybaví mnohdy pouze léčebnou rehabilitaci a cvičení. Dle Emmerové (2012) je koordinovaná rehabilitace veřejností i odbornými pracovníky stále vnímána jako fyzioterapie. Podobně Trojan (2005) uvádí, že v České republice je rehabilitace chápána převážně jako léčebný tělocvik, nikoli jako koordinované využití léčebné, sociální, pracovní a pedagogické složky koordinované rehabilitace. V rámci výzkumu však bylo zjištěno, že po vysvětlení

základních principů koordinované rehabilitace většina informantů dokázala prováděné činnosti popsat a zařadit do jednotlivých složek koordinované rehabilitace. Z výzkumu také vyplynulo, že informanti vnímají příslušnost aktivit k jednotlivým složkám koordinované rehabilitace odlišně a na zařazení se mnohdy neshodují. Bruthansová (et al., 2012) uvádí, že jednotlivé složky koordinované rehabilitace se navzájem překrývají a navazují na sebe.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 1: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování léčebné rehabilitace v domově pro seniory?

V rámci výzkumu jsem se zaměřila také na poskytování léčebné rehabilitace. Zabývala jsem se tím, jak je léčebná složka pracovníky vnímána a jakým způsobem je prováděna. Dle Čevely (et al., 2012) je léčebná rehabilitace stěžejní pro další rehabilitační proces v rámci koordinované rehabilitace. Výzkum ukázal, že informanti uváděli na otázku, co vnímají pod pojem léčebné rehabilitace, jako první cvičení a samotnou rehabilitaci. Dále pak informanti uváděli poskytování zdravotní péče, kterou zajišťují hlavně zdravotní sestry, praktický lékař, psychiatr či neurolog. Návazná zdravotní péče je pak klientům domova pro seniory zajištěna díky spolupráci s nemocnicí.

Koláčková (et al., 2010) mezi činnosti léčebné rehabilitace uvádí operační nápravy, medikamentózní léčbu, ergoterapii a fyzioterapii, do které zahrnuje například léčebný tělocvik, elektroléčbu či balneoterapii. Z výzkumu vyplynulo, že ve zvoleném domově pro seniory je v rámci léčebné rehabilitace prováděna perličková masáž nohou s využitím nožních masážních lázní, klasické masáže, léčebný tělocvik a nácvik chůze. Ergoterapii a fyzioterapii informanti uváděli jakou součást prováděné léčebné rehabilitace. V rámci ergoterapie ve zvoleném domově pro seniory jsou klientům nabízeny aktivity jako pečení, vaření či práce na zahradě. Dle Svěčené (et al., 2014) využívá ergoterapie k zachování či k navrácení schopností právě provádění smysluplných činností.

Dle výzkumu informanti zařazují do léčebné rehabilitace také aktivity jako vyrábění a výtvarné tvoření, během kterého si senioři procvičují jemnou motoriku, dále cvičení na židlích s gumovými míčky formou protahování celého těla v sedě nebo cvičení jógy. Dle Klevetové (2017) přispívá jóga k udržení fyzické a psychické pohody seniora, protahuje zkrácené svalstvo, čímž dochází ke zvětšení kloubní hybnosti a pružnosti svalstva. Jako terapie poskytované ve zvoleném domově pro seniory informanti uváděli canisterapii, která probíhá jednou za 14 dní. Dle Galajdové (et al., 2011) canisterapie přispívá ke

zlepšení kvality života seniora a rozvoji sociální komunikace. Nerandžič (2006) navíc uvádí, že zvířata mohou pozitivně ovlivňovat adaptační proces seniorů. To potvrzuje i Zatloukalová (2018), dle samotných seniorů žijících v domově pro seniory je v průběhu adaptačního procesu nejvíce ovlivnila právě canisterapie, během které pocítovali radost z bezprostředního kontaktu se zvířetem a nezištný zájem o ně samé. Informanti také uvedli, že v zařízení probíhala muzikoterapie, v době výzkumu však tato aktivita nebyla v zařízení obnovena. Dle Ondrušové (et al., 2019) je muzikoterapie u seniorů oblíbená a mají k ní kladný vztah. Gerlichová (2014) uvádí, že prostřednictvím hudby mohou senioři vyjádřit pocity radosti, ale i bolesti. Dle mého názoru je důležité, že aktivizační pracovnice reflektuje potřeby klientů a je si této skutečnosti vědoma a chtěla by muzikoterapii opět zařadit do nabízených aktivit v domově pro seniory.

Z výzkumu dále vyplynulo, že v rámci péče o seniory jsou využívány také koncepty smyslové aktivizace a bazální stimulace. Dle informantů je smyslová aktivizace stěžejním konceptem zvoleného domova pro seniory, proto prvky tohoto konceptu musí respektovat každý pracovník zařízení. V zařízení se využívá hlavně při práci s velmi starými seniory nebo seniory, jež trpí demencí. Smyslová aktivizace si zakládá na respektu k seniorům, jejich aktivizaci prostřednictvím smysluplných činností, zapojení všech zachovaných smyslů seniorů a také se snaží o omezení nadměrné péče, prostřednictvím které se seniorovi odírá podíl na sebeobsluze a vede ho k nesoběstačnosti (Smyslová aktivizace®, © 2020). Bazální stimulace je dle Friedlové (2020) pedagogicko-ošetrovatelským konceptem, využívaným u širokého spektra cílových skupin prostřednictvím jednotlivých stimulačních technik. Tento koncept dle Veverkové (et al., 2019) cílí na podporu vnímání, komunikace a pohybových schopností a napomáhá tak zvyšovat kvalitu života. Dle výzkumu je během smyslové aktivizace a bazální stimulace prováděna také aromaterapie. Dle Kelnarové (et al., 2014) je využití esenciálních olejů široké, ty mohou být inhalovány pro zmírnění úzkosti a stresu nebo v rámci relaxace. Oleje lze také využít k provonění místnosti, což podporuje dobrou náladu, a navíc dle autorky působí antibakteriálně.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 2: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování sociální rehabilitace v domově pro seniory?

Dále jsem se ve svém výzkumu zabývala problematikou poskytování sociální rehabilitace ve zvoleném domově pro seniory. Sociální rehabilitace je popsána v zákoně č. 108/2006

Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších zákonů, jako soubor činností, které vedou k maximální možné úrovni soběstačnosti a samostatnosti osob prostřednictvím rozvoje dovedností a schopností. V rámci výzkumu jsem se zaměřila na čtyři oblasti sociální rehabilitace, a to konkrétně na nácvik dovedností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv.

Jak Švestková (et al., 2017) uvádí, sociální rehabilitace cílí na podporu nezávislosti a samostatnosti osob, dále pak na pomoc při uplatňování práv a podporu začlenění do společnosti. Z výzkumu vyplynulo, že informanti vnímají sociální rehabilitaci jako soubor činností, které vedou k sociálnímu zabezpečení seniora a k jeho sociálnímu začlenění do komunity v domově pro seniory. Dle výzkumu Kolevové (2018) si pracovníci domova pro seniory nejčastěji sociální rehabilitaci spojují se začleňováním se do společnosti, seznamováním a sociální integrací. Domnívám se, že právě začlenění nově příchozích seniorů do kolektivu podpořené nabídkou volnočasových aktivit pozitivně ovlivňuje schopnost adaptace seniorů na nové prostředí a předchází tak maladaptaci. S tím také souhlasí Arnoldová (2015), která uvádí důležitost sociální rehabilitace nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale také právě pro seniory, kteří se potřebují po příchodu do domova pro seniory začlenit do komunity již stávajících klientů a pracovníků tak, aby nedošlo k sociální izolaci nově příchozího klienta.

Dle Francové (2014) se sociální rehabilitace zaměřuje na fungování osoby v běžných denních situacích. Emmerová (2012) blíže uvádí, že sociální rehabilitace zahrnuje podporu soběstačnosti v běžném životě, zvládnání hygieny, oblékání a dalších činností. V rámci nácviku běžných denních činností jsou dle informantů klienti vedeni k soběstačnosti tak, že provádí samostatně všechny činnosti v rámci hygieny, oblékání či stravování, které jsou schopni provést. V případě, že činnost klient není schopen zvládnout, pomůže mu personál pečovatelského úseku nebo činnost provede za něj. Dle Kolevové (2018) by nadměrná péče pracovníků negativně ovlivnila stávající soběstačnost klientů. Tento přístup vyžaduje určitou ohleduplnost a trpělivost personálu, neboť doba provedení úkonu samotným seniorem může být znatelně delší než doba, za kterou by tento úkon provedla pracovnice. Ovšem někteří informanti uvádějí, že provádějí za klienty všechny aktivity a žádný nácvik neprobíhá.

Z výzkumu dále vyplynulo, že zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím je klientům domova pro seniory zajištěno neomezenou návštěvní dobou, přijímané návštěvy však nesmí rušit spolubydlící nebo ostatní klienty domova pro seniory, a výjimkou jsou pak mimořádné situace jako chřipková epidemie, kdy jsou všechny návštěvy z preventivních důvodů zakázány. Návštěvy rodiny však nejsou jediným kontaktem klientů, do zařízení pravidelně docházejí děti z tanní mateřské školy a předvádějí seniorům nacvičená představení, házejí s gumovými míčky nebo společně se seniory tvoří. Dle Holczerové (et al., 2013) je mezigenerační solidarita a kontakt s mladší generací pro seniory velmi důležitý, zvláště u klientů, kde rodina seniora selhává nebo úplně chybí. Dále mají senioři možnost navštěvovat společenské akce pořádané v domově pro seniory jako jsou besedy, přednášky, maškarní nebo koncerty. Aby byl kontakt se společenským prostředím zajištěn i imobilním klientům, vozí je pracovníci na křeslech do jídelny, kde se tyto akce zpravidla konají. Výzkum ukázal jako další možnosti kontaktu s okolím vycházky klientů z areálu domova pro seniory, společenské akce mimo zařízení, například návštěva divadla či koncertu. Klienti se také mohou potkávat v společenském prostoru u recepce, dát si občerstvení a zahrát si s ostatními klienty společenskou hru, a tím rozvíjet a upevňovat mezilidské vztahy.

Výzkum ukázal, že informanti pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a vyřizování osobních záležitostí vnímají v komunikaci a spolupráci s úřady, také jako přebírání důchodů, vyřizování příspěvku na péči či jiných dávek, hospodaření s penězi nebo zajišťování drobných nákupů klientům, kteří nemají možnost požádat rodinu nebo si věci obstarat sami. Také dle Koláčkové (et al., 2010) jsou dávky formou finančních příspěvků jedním z prostředků sociální rehabilitace. Ve své publikaci Kořínková (2015) uvádí, že sociální pracovníci nejčastěji klientům pomáhají s vyřizováním korespondence. Dopis klientovi přečtou a pokud jde o úřední dopis, pracovníce klientovi vysvětlí problematiku a navrhnou vhodná řešení.

Jako výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti vnímají informanti nabídku volnočasových aktivit. Dle výzkumu informanti nejčastěji zmiňovali možnost trénování paměti, které Formánková (et al., 2010) označuje za vhodnou aktivitu pro vyplnění volného času klientů, která navíc podporuje sociální interakce a udržuje seniory v dobrém psychickém stavu. Dále je klientům zvoleného domova pro seniory nabízeno cvičení na židlích s gumovými míčky pod vedením aktivizační pracovníce a cvičení jógy s odbornou instruktorkou. Klevetová (2017) řadí jógu mezi oblíbené aktivity vhodné pro

všechny věkové kategorie. Dle výzkumu jsou pro klienty připraveny také aktivity jako vyrábění předmětů, pečení či vaření, hra bingo nebo přednášky. Seniorům je navíc k dispozici také knihovna. Dle mého názoru si senioři dokáží sami zvolit aktivitu, která pro ně bude zajímavá a smysluplná. V tomto ohledu zvolené zařízení dává svým klientům svobodu volby a nenutí je navštěvovat aktivity a společenské akce povinně. Zařízení informuje své klienty o nadcházejících aktivitách vyvěšením týdenního plánu aktivit na nástěnkách, který si klienti mohou prostudovat, a navíc personál každé ráno na snídani klienty ještě ústně obeznámí s programem aktivit pro daný den. Dle Ondrušové (et al., 2019) má každý klient právo si zvolit, jak bude trávit svůj volný čas.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 3: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování pedagogické rehabilitace v domově pro seniory?

V rámci svého výzkumu jsem se dále informantů dotazovala na pedagogickou rehabilitaci poskytovanou ve zvoleném domově pro seniory. Dle Švestkové (et al, 2017) je pedagogická rehabilitace proces, který cílí na dosažení maximálního možného vzdělání a samostatnosti osob se zdravotním postižením a začlenění těchto osob do společnosti. Všichni informanti si shodně spojili pedagogickou rehabilitaci s učením a vzděláváním, nicméně někteří informanti uvedli, že v zařízení vzdělávání seniorů neprobíhá a zazněl i názor, že jsou tyto aktivity pro osoby v seniorském věku zbytečné. Jankovský (2014) uvádí, že i přestože je vzdělávání nejzásadnější u dětí a mládeže, jedná se o celoživotní proces. Přístup ke vzdělání pro všechny věkové skupiny, tedy i pro seniory, propaguje i Mühlpachr (2009). Dle Tomczyka (2015) navíc senioři mohou prostřednictvím nových informací a dovedností ovlivnit kvalitu svého života. Dle výzkumu někteří informanti učení v seniorském věku podporují. Senioři se v domově pro seniory neustále učí novým věcem, ať už novým aktivitám v rámci aktivizačních činností či novým postupům práce díky moderním technologiím. Díky vzdělávání a získávání nových informací mohou senioři udržovat a rozvíjet své dovednosti či obnovit již zapomenuté.

Možnosti vzdělávání jsou omezeny věkem a zdravotním stavem klientů domova pro seniory. Z výzkumu vyplynulo, že je v domově pro seniory v rámci pedagogické rehabilitace nabízena aktivita trénování paměti, při které nepedagogický pracovník, zpravidla aktivizační pracovnice trénuje s klienty slovní zásobu a krátkodobou a dlouhodobou paměť. Špatenková (et al., 2015, s. 101) označuje trénování paměti jako „*komplexní proces specializované geragogické intervence*“, který je známou a typickou

aktivitou v rámci vzdělávání seniorů, s čímž souhlasí i Holczerová (et al., 2013). Při trénování paměti nejde pouze o procvičování paměti, senioři se v rámci jednotlivých lekcí také učí mnemotechnikám pro lepší zapamatování číselných řad, seznamů slov nebo jmen. Využívání těchto mnemotechnik pomáhá seniorům nejen proti zapomínání, ale také podporuje jejich sebevědomí a soběstačnost. Stenger (2011) uvádí jako pozitiva trénování paměti rozvíjení vnímání, kreativity, zlepšení koncentrace a zvýšení motivace a sebedůvěry člověka.

Dle Emmerové (2012) může být pedagogická rehabilitace zaměřena na vzdělávání ve výpočetní technice. Ve zvoleném domově pro seniory však není nabízena výuka informatiky a klientům nejsou k dispozici ani počítače, které by mohli využívat a vzdělávat se samostatně. Vlastní počítač mohou mít klienti na svém pokoji, nicméně se zdá, že o výše zmíněnou aktivitu senioři nejeví zájem. Tuto domněnku potvrzuje i výzkum Štramberské (2013). Dle autorky jsou v domově pro seniory Kaplice klientům počítače k dispozici, nicméně zájem o jejich využívání není. Dle autorky nevyužili klienti ani možnost vzdělávání prostřednictvím univerzity třetího věku. Na možný nezájem seniorů o znovuzaražení do procesu vzdělávání upozorňuje i Špatenková (et al., 2015) a odůvodňuje to tím, že senioři vnímají vzdělávání jako aktivitu, která vyvolává stresové situace. Podle mého názoru si senioři dovedou sami zvolit vzdělávací aktivity, a to na základě svého vlastního zájmu a momentálního zdravotního stavu či nálady. Nicméně si myslím, že získání nových znalostí a dovedností v rámci technologií může seniory přiblížit k mladším generacím, například ke svým vnoučatům.

Dále z výzkumu vyplynulo, že ve zvoleném domově pro seniory probíhá pedagogická rehabilitace formou přednášek a besed, promítání filmů a dokumentů. Klienti se mohou v domově pro seniory vzdělávat samostatně v knihovně zapůjčením některé z knih. Špatenková (et al., 2015) uvádí, že jednou mohou ke vzdělávání seniorů sloužit právě i knihovny. Senioři jeví zájem o přednášky či besedy na zajímavé téma, po které mohou s přednášejícím diskutovat a doptávat se. Zvýšený zájem o přednášky a besedy ze strany seniorů v domově pro seniory zmiňuje i Štramberská (2013) a Rathová (2018). Proto se domnívám, že by bylo vhodné v zařízení zajistit více cestopisných přednášek a besed, jež by byly doplněné fotkami či videi, s možností následné diskuze. Nicméně zajištění těchto aktivit stojí také na ochotě či dobrovolnosti přednášejících věnovat svůj čas seniorům.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 4: Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají poskytování pracovní rehabilitace v domově pro seniory?

Výzkum byl dále zaměřen na pracovní rehabilitaci a na to, jak ji vnímají pracovníci zvoleného domova pro seniory. Pracovní rehabilitace je v zákoně o zaměstnanosti definována jako soubor činností, kterými jsou osoby se zdravotním postižením podporovány v získávání a zachování zaměstnání (Zákon č. 435/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Dle Holczerové (et al., 2013) je pracovní rehabilitace zaměřena na obnovu a zvýšení pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením. Z výzkumu vyplynulo, že se všichni informanti shodují na názoru, že pracovní rehabilitace ve smyslu přípravy seniorů na zaměstnávání není v zařízení prováděna, neboť to není možné s ohledem na zdravotní stav a věk klientů. Jak Šesták (2014) uvádí, pracovní rehabilitace je zacílena na mladistvé až dospělé osoby se zdravotním postižením, které se chtějí uplatnit na trhu práce.

Pracovní rehabilitace se ve zvoleném domově pro seniory provádí formou zapojování klientů do běžných denních a pracovních činností. Informanti si spojují pracovní rehabilitaci s ergoterapií, kterou popisují jako terapii prací. Důvod zkreslené představy o ergoterapii jako o terapii prací si Svěčená (et al., 2014) vysvětluje doslovným řeckým a anglickým překladem do češtiny. Dle Motlové (2018) se ergoterapie v domovech pro seniory zaměřuje na podporu, rozvoj a udržení již získaných dovedností a schopností seniorů. Klienti se v zařízení mohou realizovat úklidem svého pokoje či prací na zahradě, jako je sázení květin a zeleniny, okopávání záhonů, zalévání nebo hrabání listí. Dle mého názoru má zařízení velkou výhodu v tom, že součástí areálu domova pro seniory je i velká zahrada se skleníkem, záhony, ovocnými i okrasnými stromy. Díky tomu může domov pro seniory nabídnout svým klientům prostor pro trávení volného času, odpočinek či již zmíněnou pracovní náplň. Dále mohou senioři v zařízení také vyrábět výrobky a předměty s aktivizační pracovníci nebo mají možnost příležitostného pečení a vaření s ostatními klienty pod dohledem pracovníka. Ondrušová (et al., 2019) doplňuje, že senioři mohou kromě práce na zahradě, kterou uvádí i Štramberská (2013), také pomáhat se zametáním nebo v jídelně. Činnosti v rámci pracovní rehabilitace jsou v zařízení prováděny formou organizovaných aktivit, které provádí skupina klientů s aktivizační pracovníci nebo jednotlivě podle momentální nálady a chuti seniora.

Z výzkumu vyplývá, že zařízení se v rámci pracovní rehabilitace klientům snaží nabízet činnosti, které byli klienti zvyklí realizovat doma tak, aby neztratili pracovní návyky a měli podněty k aktivitě. Dle Arnoldové (2015) je jakákoli pracovní náplň šancí pro seberealizaci a následné pozitivní sebehodnocení. Domnívám se, že senioři tak při práci mohou uplatnit své získané dovednosti a vědomosti a dokázat především sami sobě, že ještě dokáží tyto činnosti provést a znovu tak mohou pocítit uspokojení z odvedené práce a seberealizace. Klienti domova pro seniory nicméně nejsou do žádné z pracovních aktivit nuceni, jejich zapojení záleží čistě na dobrovolnosti jednotlivých klientů.

Závěr

V rámci diplomové práce na téma „Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory“ jsem se v teoretické části zabývala základními pojmy souvisejícími s tématem předkládané práce. Konkrétně jsem se snažila přehledně popsat koncept koordinované rehabilitace, její charakteristiky spolu s využitím holismu. Dále jsem se zabývala jednotlivými složkami koordinované rehabilitace, a to léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitací. Další kapitola se věnovala multidisciplinárnímu týmu v domově pro seniory, zde jsem se zaměřila na definování multidisciplinárního týmu a popis sociální služby domova pro seniory. Také jsem se zabývala výčtem možných členů multidisciplinárního týmu v domově pro seniory a snažila jsem se osvětlit problematiku individuálního plánování. V praktické části byl popsán samotný výzkum práce.

Cílem diplomové práce bylo zjistit možnosti a limity poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory z pohledu členů multidisciplinárního týmu. Vzhledem k cíli byla definována hlavní výzkumná otázka: Jak vnímají členové multidisciplinárního týmu poskytování koordinované rehabilitace v domově pro seniory? V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku byly vytvořeny čtyři dílčí výzkumné otázky, kterými jsem zjišťovala, jak členové multidisciplinárního týmu vnímají jednotlivé složky koordinované rehabilitace v domově pro seniory.

Výzkum ukázal, že dotazovaní pracovníci sociálního úseku mají povědomí o koordinované rehabilitaci, na rozdíl od pracovníků zdravotního a pečovatelského úseku, kteří koordinovanou rehabilitaci neznali a definovali ji pouze jako léčebnou rehabilitaci. Po základním objasnění pojmu koordinované rehabilitace dokázali i tito pracovníci vyjmenovat a zařadit aktivity a činnosti prováděné ve zvoleném domově do jednotlivých složek koordinované rehabilitace.

Z výzkumu lze usuzovat, že informanti vnímají jako možnosti, příležitosti a podmínky pro poskytování koordinované rehabilitace zkvalitnění péče, zajištění komplexní péče a s tím související efektivní spolupráci multidisciplinárního týmu a předávání kompletních informací o klientech. Výzkum ukázal, že mezi možnostmi pro zlepšení poskytování koordinované rehabilitace patří zajištění odborníků a rozšíření nabídky aktivit a terapií. Další možností pro poskytování koordinované rehabilitace a jejího zavedení do organizace je vzdělání pracovníků. Z výzkumu dále vyplynulo, že hlavními limity při poskytování koordinované rehabilitace jsou neinformovanost personálu o tomto

konceptu, absence pravidel a finančních prostředků k provádění koordinované rehabilitace. To pramení z chybějícího legislativního ukotvení koordinované rehabilitace v České republice. Informanti mezi limity koordinované rehabilitace řadí také neochotu členů multidisciplinárního týmu ke spolupráci, přetížení pracovníků, nedostatek času na předávání informací a nedostatečné zajištění odborníků ve zvoleném domově pro seniory.

Vzhledem k tomu, že mě zařízení samo oslovilo, budou zjištěné výsledky výzkumu předány a prodiskutovány s vedením zvoleného domova pro seniory. Námětem na zlepšení situace v zařízení může být zajištění odborného školení na téma koordinovaná rehabilitace pro všechny zaměstnance zvoleného domova pro seniory a navázání spolupráce s odborníky, kteří by měli být neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu v domově pro seniory, tedy s fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Diplomovou práci může zvolený domov pro seniory využít jako podklad pro zkvalitnění poskytované péče s využitím konceptu koordinované rehabilitace. Zjištěná data mohou zároveň sloužit jako kritický vhled do fungování mezioborové spolupráce v rámci zvoleného zařízení a definovat prvky, které způsobují neefektivnost této spolupráce, která je klíčová pro poskytování koordinované rehabilitace, a tím je pomoci odstranit. Domnívám se však, že tato diplomová práce není přínosem pouze pro zvolený domov pro seniory, ale také pro mě samotnou. V průběhu výzkumného šetření jsem mohla nahlédnout do problematiky realizace koordinované rehabilitace, a tím získala cenné zkušenosti pro svou budoucí profesi.

Na závěr bych chtěla uvést, že zjištěné výsledky výzkumu jsou subjektivním projevem členů multidisciplinárního týmu hodnotícího využívání koordinované rehabilitace ve zvoleném domově pro seniory, z tohoto důvodu nelze zjištěné informace zobecnit pro všechny domovy pro seniory. Je to kvůli specifickým přístupům jednotlivých zařízení v rámci poskytování péče seniorům a seniorkám.

Seznam použité literatury

- 1) ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-9898-1.
- 2) AURCR, 2020. O co nám jde. [online]. [cit. 2020-5-11]. Dostupné z: <http://www.aurcr.cz/>
- 3) BELL, A. P., 2017. Music Therapy. In: KING, A., HIMONIDES, E., RUTHMANN, A. (eds.). *The Routledge Companion to Music, Technology, and Education*, NY: Routledge, 347-356 p. DOI 10.4324/9781315686431.
- 4) BELZ, H., SIEGRIST, M., 2011. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Portál. 375 s. ISBN 978-80-736-7930-9.
- 5) BENEŠ, J., et al., 2015. *Základy fyziky pro lékařské a zdravotnické obory: pro studium i praxi*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-4712-5.
- 6) BENÍČKOVÁ, M., 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada. 155 s. ISBN 978-80-247-3520-7.
- 7) BRAUN, MM., JOHNSON, R., 2010. Human/animal interaction and successful aging. In: FINE, A. H. (ed.). *Handbook on Animal-Assisted Therapy*. 3. edition, USA: Elsevier, 283-299 p. DOI 10.1016/B978-0-12-381453-1.10015-7.
- 8) BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. [online]. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.. [cit. 2019-12-29]. ISBN 978-80-7416-102-5. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf
- 9) CABANEL, N. et al., 2017. Multiprofessional inpatient psychotherapy of depression in old age. *Nervenarzt*. 88(11). 1221-1226. DOI 10.1007/s00115-017-0406-z.
- 10) CZMTA, © 2020. *Objevte muzikoterapii*. [online]. [cit 2020-04-16]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie>
- 11) ČAA, © 2020a. *Arteterapie*. [online]. [cit 2020-04-16]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>
- 12) ČAA, © 2020b. *Profese arteterapeut*. [online]. [cit 2020-04-18]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/profese-arteterapeut/kvalifikace-arteterapeuta>
- 13) ČAP, 2016. *Kritéria pro zapsání do seznamu*. [online]. [cit. 2020-4-19]. Dostupné z: <https://czap.cz/pro-verejnost/kriteria-pro-zapsani-do-seznamu>

- 14) ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praga:Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-6608-9.
- 15) ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2011. Koordinovanost ucelené rehabilitace. *Praktický lékař*. 91(11). 653-656. ISSN 0032-6739.
- 16) ČELEDVÁ, L., HOLČÍK., J., a kolektiv, 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-246-3809-6.
- 17) ČERMÁK, Z., 2016. *Uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory*. Praha. Rigorózní práce. PEDF CUNI.
- 18) ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, © 2008–2020. Co je ergoterapie. [online]. [cit. 2020-04-16]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>
- 19) ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 20) ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., 2012. Koordinovaná rehabilitace v uceleném pojetí. In: MPSV ČR. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR, s. 13-15. ISBN 978-80-7421-052-5.
- 21) ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., ZVONÍKOVÁ, A. 2010. *Posudkové lékařství*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-3285-5.
- 22) ČPtS, 2013. *Profesionální kompetence evropského psychoterapeuta*. [online]. [cit. 2020-4-19]. Dostupné z: <http://www.psychoterapeuti.cz/pro-odborniky/evropska-asociace-psychoterapie>
- 23) DANELOVÁ, E., 2020. *Psycholog, psychiatr, psychoterapeut...* [online]. [cit. 2020-4-19]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/psycholog-psychiatr-psycho-terapeut/>
- 24) DEMIRCI, O., 2017. Ergotherapy: A job field that can be the job of future. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 20(1). p. 59-65. DOI 10.5505/kpd.2017.41636.
- 25) DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
- 26) DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
- 27) DOMÍNGUEZ-TOSCANO, P.M., et al., 2017. Evaluation of the effect of an arteterapy program applied to persons with Alzhemimer disease or other sense

- dementities. *Arte, Individuo y Sociedad*. 29(Special Issue). 255-278. DOI 10.5209/ARIS.55013.
- 28) DRAGOMIRECKÁ, E., et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
- 29) DUBA, P., 2010. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. *Sociální služby*. 12(11). 33 s. ISSN 1803-7348
- 30) DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 31) DVOŘÁK, R., 2003. *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 104 s. ISBN 80-244-0609-8.
- 32) DYLEVSKÝ, I., JEŘÁBEK, J., MAVAV, M., 2019. Fyzikální léčebné metody. In: NAVRÁTIL, L., a kolektiv. *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. Praha: Grada. s 35-46. ISBN 978-80-271-0478-9.
- 33) EFAT, © 2018. *Art Therapy*. [online]. [cit 2020-04-16]. Dostupné z: [https:// www.arttherapyfederation.eu/art-therapy.html](https://www.arttherapyfederation.eu/art-therapy.html)
- 34) ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. 264 s., ISBN 978-80-271-0080-1.
- 35) EMMEROVÁ, M., 2012. Úvod – Co je to koordinovaná rehabilitace? In: MPSV ČR. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR, s. 5-12. ISBN 978-80-7421-052-5.
- 36) ESAAT, 2020. *Akreditierte Aus- und Weiterbildungen*. [online]. [cit 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.esaat.org/akreditierte-aus-und-weiterbildungen/>
- 37) FAJFROVÁ, J., 2010. *Kvalita v praxi českých muzikoterapeutů*. Praha. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií Univerzita Karlova v Praze.
- 38) FINE, A. H., BECK A. M., 2015. Understanding our kinship with animals: input for health care professionals interested in the human/animal bond. In: FINE, A. H. (ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy*. 3. edition, USA: Elsevier, 5-13 p. DOI: 10.1016/B978-0-12-381453-1.10001-7.
- 39) FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L., 2010. Přínos kurzů tréninku paměti v domovech pro seniory v okrese Strakonice z pohledu seniorů. *Kontakt*. 12(3). 307-314. ISSN 1212-4117.

- 40) FRANCOVÁ, H., 2014. Sociální rehabilitace. In: PFEIFFER, J., a kolektiv, *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 149-156. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 41) FRIEDELLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 204 s. ISBN 978-80-907053-1-9
- 42) GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z., 2011. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 978-80-736-7879-1.
- 43) GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. s. 136. ISBN 978-80-247-9171-5.
- 44) GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora - praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- 45) GUIDE, G., JONG, N., 2009. *Gilbert Guide To Senior Housing*. New York: Penguin Group. 288 s. ISBN 978-1-101-15138-9.
- 46) GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada Pedagogika. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
- 47) GULOVÁ, L., 2013. Zakotvená teorie podle Strausse a Corbinové. In: GULOVÁ, L., ŠÍP, R. (eds.). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. s. 45-71. ISBN 978-80-247-4368-4.
- 48) HABRCETLOVÁ, L., 2013. Sociální záležitosti. In: HOLMEROVÁ, I. et al. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. s. 177-194. ISBN 978-80-204-3119-6.
- 49) HÁTLOVÁ, B., 2003. *Kinezioterapie pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum. 167 s. ISBN 80-246-0719-0.
- 50) HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
- 51) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 52) HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
- 53) HOUSLEY, W., 2017. *Interaction in Multidisciplinary Teams*. Routledge. 147 p. ISBN 978-13-517-5275-6.

- 54) HURLEY, M., V., WOOD, J., et al., 2020. The feasibility of increasing physical activity in care home residents: Active Residents in Care Homes (ARCH) programme. *Physiotherapy*. 107(2020). p. 50-57. DOI 10.1016/j.physio.2019.06.007.
- 55) CHLOUPKOVÁ, S., 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.
- 56) IAHAIO, 2018. *The IAHAIO Whitepaper 2014, updated for 2018*. [online]. [cit 2020-04-16]. Dostupné z: https://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2019/01/iahaio_wp_updated-2018-19-final.pdf
- 57) ING-RANDOLPH, A. R., et al., 2015. Group music interventions for dementia-associated anxiety: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*.52(11). DOI 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.014.
- 58) JANEČKOVÁ, H., KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I., 2004. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: KALVACH, Z., a kol., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 436-456. ISBN 80-247-0548-6.
- 59) JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
- 60) JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J., a kolektiv, *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 49-120. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 61) JANKOVSKÝ, J., 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: KODYMOVÁ, P. (ed). *Sešit sociální práce*. 3. číslo. MPSV, s. 7-13. ISBN 978-80-7421-088-4.
- 62) JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2007. *Koncept oboru ergoterapie*. © Česká asociace ergoterapeutů. [online]. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
- 63) JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- 64) JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

- 65) JINDROVÁ, I., 2019. Duchovní aktivity. In: SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I., *Praktický rádce pro život seniora*. Albatros Media. s. 104-106. ISBN 978-80-264-2709-4.
- 66) JUHÁSOVÁ, A., ŠMEHILOVÁ, A., AJDARIOVÁ, P., 2012. *Sociální rehabilitácia l'udí so zdravotným postihnutím*. Nitra. 288 s.. ISBN 978-80-558-0081-3.
- 67) KALVACH, Z., a kolektiv, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 978-80-2477-038-3.
- 68) KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., a kolektiv, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 69) KANTOR, J., a kolektiv. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- 70) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-2479-347-4.
- 71) KLECH, P., 2014. Zooterapie (animoterapie). In: MÜLLER, O. (ed) a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice: 2. přepracované vydání*. Praha: Grada, s. 449-494. ISBN 978-80-247-4172-7.
- 72) KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-9568-8.
- 73) KLIMENTOVÁ, E., 2018. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Univerzita Palackého v Olomouci. 106 s. ISBN 978-80-244-5436-8.
- 74) KOČOVÁ, H., a kolektiv, 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-2719-639-5.
- 75) KODYMOVÁ, P., 2015. *Sešit sociální práce. 3. číslo. MPSV. 55 s.* ISBN 978-80-7421-088-4.
- 76) KOLÁČKOVÁ, J, KODYMOVÁ, P., 2010. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, D. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. s. 89-110. ISBN 978-80-7367-818-0.
- 77) KOLEVOVÁ, T., 2018. *Využití konceptu koordinované rehabilitace v domově pro seniory*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.

- 78) KOŘÍNKOVÁ, J., 2015. *Sociální rehabilitace u seniorů*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
- 79) KRAUSE-PARELLO, C., GULICK, E., BASIN, B., 2019. Loneliness, Depression, and Physical Activity in Older Adults: The Therapeutic Role of Human–Animal Interactions. *Anthrozoos*. 32(2). p. 239-254. DOI 10.1080/08927936.2019.1569906.
- 80) KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- 81) KUBALČÍKOVÁ, K., 2011. Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace Pečovatelské služby. *Sociální práce*. 11(3). 56-66. ISSN 1213-6204.
- 82) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 83) KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-8582-0.
- 84) LEVITOVÁ, A., HUŠÁKOVÁ, M., 2018. *Bechtěrevova nemoc: Návod na aktivní život a průvodce cvičením*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-2712-008-6.
- 85) LOUČKA, R., 2007. Farmingterapie. In: Velemínský, M. (ed.). *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. s. 305. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 86) MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M, a kolektiv 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 87) MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 88) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1151-5.
- 89) MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 90) MASTNAK, W., KANTOR, J., 2014. Muzikoterapie. In: MÜLLER, O. (ed.) a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice: 2. přepracované vydání*. Praha: Grada. s. 269-333. ISBN 978-80-247-4172-7.
- 91) MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, D. (eds.). 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

- 92) MERHAUTOVÁ, I., 2015. *Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče*. [online] [cit 2020-02-05]. Dostupné z: <https://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000>
- 93) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 94) MOJŽÍŠOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2016. Role sociálního pracovníka v systému koordinované rehabilitace. *Rehabilitácia*. 53(2). 141-150. ISSN 0375-0922.
- 95) MOTLOVÁ, L., 2018. *Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
- 96) MOTLOVÁ, L., et al., 2019. Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice. *Praktický lékař*. 99(2). 68-73. ISSN 0032-6739.
- 97) MPSV, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: výkladový slovník pro poskytovatele. Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. [online]. [cit. 2020-04-07]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykladovy_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9
- 98) MPSV, 2019. *Kvalita sociálních služeb – standardy, podpora*. [online]. [cit. 2020-4-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/kvalita-socialnich-sluzeb-standardy-podpora>
- 99) MÜHLPACHR, P., 2009. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
- 100) MÜLLER, H., 2013. *Myšlenkové mapy: Jak zlepšit své myšlení, paměť, koncentraci a kreativitu*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-2478-872-2.
- 101) NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
- 102) NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K., 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vydání. Gaudeamus. 134 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
- 103) NHS ENGLAND, 2017. *Multi-disciplinary Team Handbook*. [online]. NHS England [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/01/mdt-dev-guid-flat-fin.pdf>

- 104) ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., a kolektiv, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 370 s., ISBN 978-80-246-4383-0.
- 105) PANSKÁ, J. 2018. *Možnosti realizace konceptu koordinované rehabilitace u osob s Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.
- 106) PAVLÍČKOVÁ, J., 2011. Nutriční terapeuté a nutriční poradenství. In: KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., a kolektiv, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 240-245 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 107) PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R., 2004. *Gerontagogika : úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého. 92 s. ISBN 978-80-2440-879-8.
- 108) PFEIFER, J., a kolektiv. 2014a. *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 109) PFEIFFER, J., et al., 2014b. Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. In: MÜLLER, O. (ed.) a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice: 2. přepracované vydání*. Praha: Grada. s. 400-448. ISBN 978-80-247-4172-7.
- 110) PODĚBRADSKÝ, J., PODĚBRADSKÁ, R., 2009. *Fyzikální terapie: Manuál a algoritmy*. Praha: Grada. 218 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
- 111) POSKOCIL, R., 2012. *Katzenhaltung in Alters- und Pflegeheimen: Ethologische Strategien, Effizienz für die Senioren, tierschutzrelevante Aspekte*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, 130 p. ISBN 978-3-339-06503-2.
- 112) POTMĚŠILOVÁ, P., 2014. Arteterapie. In: MÜLLER, O. (ed.) a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice: 2. přepracované vydání*. Praha: Grada. s. 77-131. ISBN 978-80-247-4172-7.
- 113) PRÁŠKOVÁ, A. 2018. *Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.
- 114) PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-2479-341-2.
- 115) PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-2479-341-2.
- 116) RATHOVÁ, L., 2018. *Využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.

- 117) RICHTROVÁ, B., 2017. *Kompetence klinického logopeda a speciálního pedagoga*. [online]. © Asociace klinických logopedů České republiky. [cit. 2019-12-19]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--novinky-zajimavosti&aid=1287>
- 118) ROKYTA, R., a kolektiv, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 119) ROZTOČIL, A., a kolektiv. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-7109-0.
- 120) SEIDL, Z., 2008. *Neurologie: Pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-6653-9.
- 121) SCHATZMAN, M., 2002. *Numerical Analysis: A Mathematical Introduction*. Clarendon Press. 496 p. ISBN 978-0198508526.
- 122) Smyslová aktivizace®, © 2020. O konceptu. [online]. [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: <https://smyslovaaktivizace.cz/o-konceptu/>
- 123) STAŇKOVÁ, M., 2011. Role klíčového pracovníka v domově pro seniory. *Sociální práce*. 11(3). 44-55. ISSN 1213-6204.
- 124) STENGER, CH., 2011. *Jak si vybudovat fantastickou paměť*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-3776-8.
- 125) SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I., 2019. *Praktický rádce pro život seniora*. Albatros Media. 164 s. ISBN 978-80-264-2709-4.
- 126) SVĚCENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. Ergoterapie. In: PFEIFFER, J., a kolektiv. *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 121-129. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 127) ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E., 2012. *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.
- 128) ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s.157-163. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 129) ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- 130) ŠTRAMBERSKÁ, I., 2013. *Uplatňování forem ucelené rehabilitace v domově pro seniory*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.

- 131) ŠVESTKOVÁ, O. et al., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
- 132) TAHAL, J., et al., 2017. *Marketingový výzkum: Postupy, metody, trendy*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-2719-867-2.
- 133) TAJANOVSKÁ, A., 2015. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti. In: KODYMOVÁ, P. (ed). *Sešit sociální práce*. 3. číslo. MPSV, s. 7-13. ISBN 978-80-7421-088-4.
- 134) TARAKCI, E., UYANIK, M., 2012. Comparison of effectiveness of ergotherapy in different types of multiple sclerosis. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 32(2). p. 316-323. DOI 10.5336/medsci.2011-22633.
- 135) THELENOVÁ, K., 2018. Zooterapie v profesionální sociální práci. *Fórum sociální práce*. 15(2). 84-88. ISSN 2336-6664.
- 136) TOMCZYK, Ł., 2015. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR Praha. 240 s. ISBN 978-80-904531-9-7.
- 137) TROJAN, S., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1296-3.
- 138) URBÁNEK, T., 2019. Specifika metod sociální psychologie. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., SOLLÁROVÁ, E., (eds.). *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Praha: Psyché (Grada). 286-296 s. ISBN 978-80-247-5775-9.
- 139) VALENTA, M., a kolektiv, 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
- 140) VALENTA, M., a kolektiv, 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9.
- 141) VEVERKOVÁ, E., a kolektiv. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-2712-417-6.
- 142) VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- 143) VLÁDA ČR, 2015. *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020*. [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020_2.pdf

- 144) VLÁDA ČR, 2019. *Zápis ze zasedání Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením (VVOZP)*. [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/zasedani-vyboru/zapis-VVZPO-2019-06-19.pdf>
- 145) VORLÍČEK, L., 2008. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- 146) VOTAVA, J., a kolektiv, 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 147) Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, 2005. [online]. [cit. 2020-2-22]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 5654-5674. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=317/2005%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- 148) Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů, 2005. [online]. [cit. 2019-12-19]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 8, s. 189-211. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2005&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=19>
- 149) Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006. [online]. [cit. 2019-12-29]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7021-7048. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- 150) Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, 2004. [online]. [cit. 2020-04-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 178, s. 9935-9942. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=518/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- 151) VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie: 3., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-2476-989-9.

- 152) WEBER, P., a kolektiv, 2000. *Minimum z klinické gerontologie : pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- 153) WFMT, 2011. *What is music therapy?* [online]. [cit 2020-04-16]. Dostupné z: <https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- 154) ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči -2., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada. 542 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
- 155) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006. [online]. [cit. 2019-12-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=za kon&What=Rok&stranka=16>
- 156) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, 2004. [online]. [cit. 2020-01-04]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 8270-8316. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- 157) Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 2004. [online]. [cit. 2020-2-22]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 190, s. 10262-10324. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=563/2004% 20&type Law=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=563/2004%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- 158) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, 2004. [online]. [cit. 2019-12-19]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004 &typeLaw=zakon&what=Ro k&stranka=21](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=21)
- 159) ZATLOUKALOVÁ, T., 2018. *Vliv aktivizačních činností na adaptační proces seniorů a seniorek v domově pro seniory*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
- 160) ZEMAN, M., 2013. *Základy fyzikální terapie*. ZSF JU v Českých Budějovicích. 106 s. ISBN 978-80-7394-403-2.

- 161) ZEMAN, M., 2014. Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace. In: PFEIFER, J., a kolektiv. *Koordinovaná rehabilitace*. s. 131-148. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 162) ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-2477-668-2.
- 163) ZLÁMALOVÁ, S., 2011. *Aktivizace seniorů v rezidenčním zařízení sociálních služeb*. Zlín. Diplomová práce. FHS UTB.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas

Příloha č. 3 - Seznam použitých tabulek

Příloha č. 4 - Seznam použitých schémat

Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory

Sociodemografické údaje

- pohlaví
- nejvyšší dosažené vzdělání
- pracovní pozice
- zařazení do pracovního úseku

Koordinovaná rehabilitace

- Znáte pojem koordinovaná rehabilitace?
- Co se Vám vybaví pod pojmem koordinovaná rehabilitace?
- Jaké znáte složky koordinované rehabilitace?
- Je ve všem zařízení využívána koordinovaná rehabilitace?
- Jakým způsobem se ve vašem zařízení provádí koordinovaná rehabilitace?
- Jaké jsou možnosti poskytování koordinované rehabilitace ve vašem zařízení?
- Jaké jsou limity poskytování koordinované rehabilitace ve vašem zařízení?

Léčebná rehabilitace

- Co se Vám vybaví pod pojmem léčebná rehabilitace?
- Jaké činnosti spadají do léčebné rehabilitace ve vašem zařízení?
- Jaké terapie spadají do léčebné rehabilitace ve vašem zařízení?
- Kdo provádí činnosti v rámci léčebné rehabilitace ve vašem zařízení?
- Jakým způsobem probíhá ve vašem zařízení léčebná rehabilitace?
- Co byste zlepšila na provádění léčebné rehabilitace ve vašem zařízení?

Sociální rehabilitace

- Co si představíte pod pojmem sociální rehabilitace?
- Jaké činnosti spadají do sociální rehabilitace ve vašem zařízení?
- Kdo provádí činnosti v rámci sociální rehabilitace ve vašem zařízení?
- Jakým způsobem se provádí individuální plánování?
- Co byste zlepšila na provádění sociální rehabilitace ve vašem zařízení?

Pedagogická rehabilitace

- Co si představíte pod pojmem pedagogická rehabilitace?
- Jaké činnosti spadají do pedagogické rehabilitace?
- Jaké možnosti vzdělávání mají klienti ve vašem zařízení?
- Kdo provádí činnosti v rámci pedagogické rehabilitace ve vašem zařízení?
- Co byste zlepšila na provádění pedagogické rehabilitace ve vašem zařízení?

Pracovní rehabilitace

- Co si představíte pod pracovní rehabilitace?
- Jaké činnosti spadají do pracovní rehabilitace?
- Jaké možnosti realizace mají klienti ve vašem zařízení?
- Kdo provádí činnosti v rámci pracovní rehabilitace ve vašem zařízení?
- Co byste zlepšila na provádění pracovní rehabilitace ve vašem zařízení?

Multidisciplinární tým

- Co si představíte pod pojmem multidisciplinární tým?
- Kdo je součástí multidisciplinárního týmu?
- Jakým způsobem členové multidisciplinárního týmu ve vašem zařízení pracují?

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

Jméno informanta: _____

Informovaný souhlas o účasti na výzkumu k diplomové práci na téma „Koordinovaná rehabilitace v domově pro seniory“.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím s využitím získaných dat pro diplomovou práci Bc. Taťány Zatloukalové, studentky 2. ročníku navazujícího oboru Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Byl/a jsem poučen/a, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita, v průběhu výzkumu mohu odstoupit a poskytnuté údaje budou použity pouze pro účely této diplomové práce.

.....

datum

podpis informanta

Příloha č. 3

Seznam použitých tabulek

Tabulka 1: Sociodemografické údaje

Tabulka 2: Využití koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Příloha č. 4

Seznam použitých schémat

Schéma 1: Zjištěné oblasti výzkumu

Schéma 2: Vnímání koordinované rehabilitace

Schéma 3: Léčebná rehabilitace v domově pro seniory

Schéma 4: Sociální rehabilitace v domově pro seniory

Schéma 5: Pedagogická rehabilitace v domově pro seniory

Schéma 6: Pracovní rehabilitace v domově pro seniory

Schéma 7: Spolupráce multidisciplinárního týmu v domově pro seniory

Schéma 8: Možnosti koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Schéma 9: Limity koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Seznam použitých zkratk

AURCR – Asociace ucelené rehabilitace

CZMTA – Muzikoterapeutická asociace České republiky

ČAA – Česká arteterapeutická asociace

ČAP – Česká asociace pro psychoterapii

ČPtS – Česká psychoterapeutická společnost

DVO – dílčí výzkumná otázka

EFAT – European Federation of Art Therapy

ESAAT – European Society for Animal Assisted Therapy

HVO – hlavní výzkumná otázka

IAHAIO - International Association of Human-Animal Interaction Organization

KRHB – koordinovaná rehabilitace

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

WFMT – World Federation of Music Therapy

WHO - Světová zdravotnická organizace