

**Osobnostní a profesní role pracovníků zajišťujících
výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
v pobytové sociální službě
domov se zvláštním režimem**

Bc. Jana Tesařová, DiS.

Diplomová práce
2022/2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Tesařová, DiS.**
Osobní číslo: **H21323**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Osobnostní a profesní role pracovníků zajišťujících výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti v pobytové sociální službě domov se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti domova se zvláštním režimem v kontextu profese pracovníků vykonávajících výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti s cílovou skupinou seniorů žijících s demencí.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, shrnutí závěrů a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

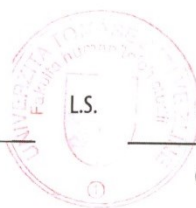
- FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. Demence nefarmakologické aktivizační postupy. Praha: Grada. ISBN 978-80.271-2479-4.
- HELM, Anita, 2015. Die Bedeutung der Sozialer Arbeit für Menschen mit Demenz. Hamburg: disserta Verlag. ISBN 978-3-95425-158-2.
- HOLMEROVÁ, Iva, 2018. Case management v péči o lidi žijící s demencí. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7571-031-4.
- JIRKOVSKÁ, Blanka, 2022. Nefarmakologické cesty k lepšímu životu s demencí. Praha: Česká alzheimerská společnost. ISBN 978-80-86541-66-2.
- PELIKÁN, Jiří, 2007. Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7184-569-0.
- PTÁČKOVÁ, Hana, Radek PTÁČEK a kolektiv, 2021. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.
- Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D., MBA.**

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**

Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně *21.4.2023*

.....



Univerzita Tomáše Bati Fakulta humanitních studií

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na pracovníky v sociálních službách zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti u seniorů s demencí, kteří jsou uživateli pobytových sociálních služeb domova se zvláštním režimem. Cílem práce je zjistit a popsat osobnostní a profesní role pracovníka zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a poskytnout souhrn nejdůležitějších předpokladů a kompetencí pro výkon této profese.

Teoretická část se věnuje vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti pobytové sociální služby domov se zvláštním režimem, cílové skupině seniorů s diagnózou demence, kvalitě života těchto seniorů, a dále oblasti osobnosti, osobnostních předpokladů, kompetencí i motivaci pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách se zaměřením na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnost. Praktická část má jasně vymezen výzkumný cíl, kterým je shrnout nejdůležitější osobnostní předpoklady a kompetence pro výkon této profese. Výzkum zahrnuje výsledky kvalitativního šetření realizovaného počátkem roku 2023 technikou polostrukturovaného rozhovoru s pěti pracovníky.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že profese pracovníka v sociálních službách, který zajišťuje u seniorů s demencí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti je velmi pestrá, rozmanitá, náročná a vyžaduje po pracovníkovi nejen splnění zákonné profesní kvalifikace, ale i zralou osobnost a celoživotní vzdělávání.

Klíčová slova: aktivizace, aktivizační pracovníci, demence, domov se zvláštním režimem, senior, stáří

ABSTRACT

The thesis focuses on social service workers providing educational, training and activation activities for seniors with dementia who are users of residential social services in a special care home. The aim of the thesis is to identify and describe the personal and professional roles of the worker providing educational, training and activation activities and to provide a summary of the most important prerequisites and competences for the performance of this profession.

The theoretical part is devoted to the definition of terminology and theoretical background in the field of residential social service home with special regime, the target group of seniors with a diagnosis of dementia, the quality of life of these seniors, as well as the area of personality, personal assumptions, competencies and motivation for the performance of the profession of social services worker with a focus on educational, educational and activation activities. The practical part has a clearly defined research objective, which is to summarize the most important personality assumptions and competences for the performance of this profession. The research includes the results of a qualitative investigation conducted in early 2023 using a semi-structured interview technique with five workers.

The results of the research show that the profession of a social services worker who provides educational, training and activation activities for seniors with dementia is very varied, diverse, demanding and requires the worker not only to meet the legal professional qualifications, but also to have a mature personality and lifelong learning.

Keywords: activation, activation workers, dementia, home with special regime, senior, old age

“Při vší hluboké úctě k minulosti, z oken zvládnutě a nedočkavě vzhlížejícím vstříc budoucnosti, nezapomínejme ani na okamžik, že ti kdož nás potřebují, jsou zde – právě teď!”

Leo P. Krall

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu Mgr. Lukáši Stárkovi, Ph.D., MBA, DBA za odborné vedení práce a poskytování cenných rad, vstřícný přístup, trpělivost a konzultace při zpracování mé diplomové práce. Poděkování patří také Ing. Michalu Velebovi, řediteli SeneCura SeniorCentra Šanov, za podporu a poskytnutí zpětné vazby. Taktéž děkuji všem respondentům aktivizačním pracovníkům, kteří byli při rozhovorech otevření, přímí a podělili se o cenné zkušenosti.

V neposlední řadě děkuji mé rodině, přátelům i kolegům za podporu při psaní závěrečné diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 TERMINOLOGIE A TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	14
1.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	14
1.2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM DLE ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	17
1.3 PERSONÁLNÍ A ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ SLUŽBY	19
1.3.1 Pracovníci v sociálních službách	21
1.3.2 Pracovníci v sociálních službách – základní výchovná nepedagogická činnost	22
1.3.3 Další profese: zdravotničtí pracovníci, ergoterapeut, muzikoterapeut, arteterapeut, fyzioterapeut, aj.	25
1.4 CELOSTNÍ POJETÍ V PÉČI O ČLOVĚKA	25
2 CÍLOVÁ SKUPINA KLIENTŮ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	27
2.1 DIAGNÓZA DEMENCE	27
2.1.1 Klasifikace demencí	29
2.1.2 Fáze demence	30
2.1.3 Zvláštnosti komunikace u seniorů s demencí.....	32
2.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	35
2.3 NEFARMAKOLOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ POSTUPY V LÉČBĚ DEMENCE Z POHLEDU HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU	38
2.4 ZÁKLADNÍ DRUHY AKTIVIT U SENIORŮ TRPÍCÍ DEMENCÍ.....	41
2.5 MĚKKÉ DOVEDNOSTI A DALŠÍ CHARAKTEROVÉ VLASTNOSTI AKTIVIZAČNÍHO PRACOVNÍKA	43
3 OSOBNOST	45
3.1 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	45
3.2 MOTIVACE A MOTIVY PRO VÝKON POVOLÁNÍ AKTIVIZAČNÍHO PRACOVNÍKA	47
3.3 KOMPETENCE AKTIVIZAČNÍCH PRACOVNÍKŮ.....	49
4 PODPORA PRACOVNÍKŮ, DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ A RIZIKA.....	52
4.1 SUPERVIZE A INTERVIZE	52
4.2 DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ A ZAŠKOLENÍ.....	55
4.2.1 Zaškolení nového aktivizačního pracovníka.....	57
4.3 SYNDROM VYHOŘENÍ A JEHO PREVENCE	57
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	60
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	61
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	61

5.2	STRATEGIE VÝZKUMU - KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	64
5.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	66
5.4	REALIZACE SBĚRU DAT	69
5.5	KÓDOVÁNÍ – METODA INTERPRETACE DAT.....	70
5.6	TABULKA KATEGORIÍ, SUBKATEGORIÍ, KÓDŮ A POZNÁMEK.....	72
5.7	ETIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÍKA	74
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	78
6.1	VYHODNOCENÍ OTÁZEK Z ROZHOVORU	78
6.2	VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	83
6.3	NÁVRHY A DOPORUČENÍ DO PRAXE A MOŽNOSTI NÁVAZNÉHO VÝZKUMU	86
	ZÁVĚR	90
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	92
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	97
	SEZNAM OBRÁZKŮ	98
	SEZNAM TABULEK.....	99
	SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

Diplomová práce s názvem „*Osobnostní a profesní role pracovníků zajišťujících výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti v pobytové sociální službě domov se zvláštním režimem*“ si vymezuje jako hlavní cíl popsat, kdo jsou pracovníci v sociálních službách, kteří zajišťují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti v kontextu pobytové sociální služby domov se zvláštním režimem. Objasňujeme, jaká by měla být jejich osobnost, kvalifikační i charakterové předpoklady pro naplnění odborně poskytovaných skupinových i individuálních činností.

V České republice je ke dni 28. 10. 2022 celkově registrováno 396 sociálních služeb domova se zvláštním režimem (Registr poskytovatelů sociálních služeb, online, cit. 2022-10-28). Z tak velkého počtu registrovaných služeb je zřejmé, že se jedná o velké množství pracovníků v sociálních službách. Do jejich profese se prolínají zákonné požadavky a osobnostní předpoklady. „Všeobecně je známo, že kvalifikace a vzdělání nejsou jedinými faktory garantujícími kvalitu určité činnosti, jsou ale jedním ze zásadních předpokladů a východisek“ (Holmerová, 2018, s. 29). Někteří odborníci z oblasti sociální péče (Jirkovská, 2022; Klevetová, 2017; Ondrušová, 2011; Ptáčková a Ptáček, 2021) apelují na dostatečnou nabídku volnočasových aktivit pro klienty domova se zvláštním režimem, především pak pro klienty s demencí. Aktivity u seniorů by měly být součástí kvalitní komplexní péče. Činorodost ve vyšším věku snižuje různé negativní důsledky stárnutí. Jak uvádí Suchá „Naopak nečinnost i zahálení mozkových funkcí působí na staršího člověka toxicky a vede ke stále větší nesoběstačnosti a závislosti na péči“ (2013, s. 13). „Cílem všech nefarmakologických intervencí je především podpora lidské důstojnosti osob žijících s demencí, stejně jako podpora těch, kteří o ně pečují“ (Jirkovská, 2022, s. 14).

Práce je rozdělena na dvě hlavní části, konkrétně na část teoretickou a navazující výzkumnou část. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole je vymezena terminologie a teoretická východiska z oblasti pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem v souvislosti s profesí pracovníků v sociálních službách, kteří poskytují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti včetně jejich předpokladů pro výkon činnosti v sociálních službách dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Druhá kapitola se věnuje cílové skupině klientů služby domova se zvláštním režimem, diagnóze demence, kvalitě života seniorů a jsou zde stručně popsány nefarmakologické aktivizační postupy z pohledu holistického přístupu. Problematika osobnosti, osobnostních

předpokladů a oblast motivace pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách je popsána ve třetí kapitole. Čtvrtá kapitola je věnována dalšímu vzdělávání pro zvyšování kvalifikace a kompetence těchto pracovníků. Dále je zde nastíněna podpora pracovníků ve formě supervize, intervize a práce v multidisciplinárním týmu. Výzkumnou část práce nalezneme v páté kapitole, která je zaměřena na popis přípravy a provedení výzkumného šetření.

Cílem výzkumu je zjistit a popsat osobnostní a profesní role pracovníka zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a poskytnout souhrn nejdůležitějších předpokladů a kompetencí pro výkon této profese. Výzkum je prováděn hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s pěti pracovníky v sociálních službách z domovů se zvláštním režimem.

Krátce je popsána i metoda kvalitativní výzkumné strategie zvolená pro výzkumné šetření, technika sběru dat a kritéria pro výběr výzkumného vzorku. Obsahem je i popis samotného průběhu výzkumu, sběru dat a následná interpretace pomocí metody kódování. V závěru kapitoly jsou ošetřeny etické aspekty výzkumu. Poslední kapitola je věnována výsledkům výzkumu, jejich interpretaci a zodpovězení výzkumných otázek. Také jsou zde uváděny návrhy a doporučení do praxe (onboarding – proces nástupu, adaptace a průběh integrace pro nově příchozího pracovníka) a další možnosti návazného výzkumu.

Diplomová práce může sloužit všem pracovníkům pomáhajících profesí jako zdroj informací o profesi pracovníka v sociálních službách zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, a to jak po stránce teoretické, tak praktické. Uvedená zjištění lze aplikovat i v oblasti personalistiky a může být nápomocna vedoucím pracovníkům pro účely přijímání nových zaměstnanců, což bylo i osobním motivem autorky diplomové práce. V rámci diplomové práce autorka též zúročila své profesní zkušenosti, jelikož více jak dvacet let působí v sociálních službách, z čehož deset let na pozici vedoucí sociální pracovnice. Převážnou část profesního života vede skupinu aktivizačních pracovníků v sociální službě domov se zvláštním režimem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TERMINOLOGIE A TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Tato kapitola se bude věnovat základní terminologii, definici sociálních služeb, charakteristice pobytové sociální služby domov se zvláštním režimem v kontextu jejich pracovníků. Rovněž jsou zde zmíněny předpoklady pro výkon činnosti pracovníků v sociálních službách dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

1.1 Sociální služby

Existuje mnoho definic sociálních služeb a jejich významů. Lze rozlišovat sociální služby v tzv. širším nebo užším pojetí. Podle Horeckého a Tajanovské (2011, s. 16) jsou sociální služby v České republice vnímány v užším pojetí a lze je definovat jako služby, které jsou vykonávány, garantovány a regulovány státem, respektive veřejnou správou a které vedou k udržení a získání lidské soběstačnosti a důstojnosti, předchází sociální exkluzi a vedou k sociální integraci. V širším pojetí jsou sociální služby chápány jako služby poskytované veřejnosti státem, tj. zahrnují např. i oblast školství, péče o děti, přidělení bytu tzv. byty zvláštního určení atp. Takového chápání sociálních služeb v širším pojetí je používáno Evropskou unií i ostatními jednotlivými evropskými státy.

Sociální služby jsou poskytovány v rámci Zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální služby spadají do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, nabyl účinnosti 1. 1. 2007, v něm jsou sociální služby definovány. Mezi další právní předpisy, které s poskytováním sociálních služeb souvisejí, patří vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách. Rovněž Etický kodex sociálních pracovníků a Bílá kniha jsou významné dokumenty související s naší problematikou. Současná právní úprava definuje sociální služby jako „*soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (Česko, 2006).

Zákon taxativně vyjmenovává nejen druhy sociálních služeb a jejich rozdělení do tří skupin – sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci, ale také v jakých zařízeních jsou služby poskytovány a jaké činnosti jsou určeny za služby základní. V tomto Zákoně nalezneme rovněž dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Jsou to služby terénní, ambulantní a pobytové.

Terénní služba je služba, která je poskytována klientům v přirozeném sociálním prostředí. Ambulantní služba je taková služba, za kterou klient dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb. V této službě se nenabízí ubytování.

Pobytová služba je službou spojenou s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. (Česko, 2006).

Podle Mahrové a Venglářové (2008, s. 41) jsou sociální služby specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Poskytnutí sociální služby má člověka podporovat v jeho aktivním řešení nepříznivé sociální situace a služba nemůže přebírat odpovědnost člověka za jeho vlastní osud nebo životní perspektivu.

Sociální služby zohledňují jak osobu klienta, tak jeho rodinu, sociální skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, 2013, s. 9).

Režim sociálních služeb je vyčleněn mimo živnostenské podnikání, i když nevyklučuje poskytování sociálních služeb právníky či fyzickými osobami, které podnikají. Pro poskytování sociálních služeb musí být vydána registrace ve správním řízení. Registračním orgánem je až na výjimky příslušný krajský úřad. Podmínky pro registraci musí poskytovatel splňovat po celou dobu registrace. Registrační orgán provádí kontroly dodržování registračních podmínek. Vedle registrační kontroly jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni dodržovat základní povinnosti poskytovatelů stanovené Zákonem. Poskytování sociálních služeb musí být prováděno v souladu se standardy kvality. Kontrolu těchto povinností provádí inspekce kvality, od 1. 1. 2015 je v dikci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016, s. 16-17).

Cílem sociálních služeb je:

- ✓ zachovávat lidskou důstojnost klientů,
- ✓ vycházet z individuálně určených potřeb klientů,
- ✓ rozvíjet aktivně schopnosti klientů,
- ✓ zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů,
- ✓ poskytovat služby v zájmu klientů a v náležitě kvalitě.

(Česko, 2006)

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování

nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví příslušný prováděcí předpis (Česko, 2006).

Zákon o sociálních službách (dále jen „ZSS“) definuje v § 2 základní **zásady**:

- bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství,
- zachování lidské důstojnosti,
- individuální přístup ke klientům,
- posilování sociálního začleňování,
- dobrovolnost a rovnoprávnost.

Z těchto základních zásad vychází poskytování péče pracovníků ve vztahu ke klientům i v domově se zvláštním režimem. Ať už se jedná o jakéhokoli pracovníka - sociální pracovníce, pracovníky v sociálních službách obslužná činnost, pracovníky přímé nepedagogické činnosti či pracovníky nepřímé péče, všichni musí tyto zásady ctít a snažit se je dodržovat. Každá sociální služba má vypracovány Standardy kvality sociálních služeb, v nichž jsou tyto zásady i níže uvedené cíle koncepčně zasazeny, jsou vedením vyžadovány a kontrolovány. Standardy kvality konkrétní sociální služby nejsou dokumentem neměnným, ale jedná se o tzv. „živý“ dokument, se kterým se pracuje, doplňuje se a mění se v závislosti na proměnách služby v rámci jejich zkvalitnění či doporučení nadřízených institucí.

Cíle sociálních služeb:

1. *"respektovat důstojnost uživatelů, podporovat jejich nezávislost a zvyšovat jejich společenskou a ekonomickou participaci,*
2. *zajistit, že uživatelé budou chráněni proti nízké úrovni sociálních služeb,*
3. *umožnit žít uživatelům bezpečným plným a pokud možno normálním životem v jejich vlastním domově, kdykoliv je to proveditelné,*
4. *zajistit, aby zranitelné skupiny uživatelů byly chráněny před citovým, fyzickým, sexuálním zneužíváním a nedbalostí, a to jak v přirozeném prostředí, tak v institucích,*

5. *zajistit, aby uživatelům sociálních služeb v produktivním věku, byly poskytovány tyto služby způsobem, který maximalizuje jejich možnost i schopnost nastoupit do zaměstnání, zůstat v něm nebo se do něj vrátit,*
6. *včasným rozpoznáním potřeb obcí, měst, regionů a zabezpečením odpovídajících služeb chránit a tím předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivých osob nebo skupin,*
7. *svým působením napomáhat k odstranění znevýhodnění jednotlivců nebo skupin a podporovat jejich zapojení do života nebo komunity,*
8. *maximalizovat prospěšnost služeb pro uživatele vytvořením dostatečně pestré a dostupné nabídky a umožnění volby, která bude reagovat na individuální potřeby a okolnosti." (Průša, 2007 in Novotný a Lukeš, 2008, s. 96)*

Mezi sociální služby řadíme například služby osobní asistence, tísňovou péči, pečovatelské služby, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, centra denních služeb, služby chráněného bydlení, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a také služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (Česko, 2006).

V dalších podkapitolách se budeme již zabývat užší tematikou, která má souvislost se sociálními službami pro cílovou skupinu seniory, které se dál budeme věnovat.

1.2 Domov se zvláštním režimem dle Zákona o sociálních službách

Abychom správně uchopili pojem domov se zvláštním režimem, je třeba si nejprve objasnit, co se rozumí zvláštním režimem, pro koho je služba určena a jak je tato služba legislativně ukotvena.

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 65) uvádí, že typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou domovy pro seniory. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku. Rovněž jejich zdravotní stav již vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Současně existují zařízení pro seniory s názvem domov se zvláštním režimem. Co si lze představit pod tímto pojmem? Senioři (klienti), kterým se zde poskytují pobytové sociální služby, mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, dále pak osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Z důvodu těchto

onemocnění tito klienti vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto domovech je přizpůsoben specifickým potřebám těchto klientů.

Holmerová, Horecký a Hanuš (2016, s. 26) doplňují, že domovy se zvláštním režimem nejsou vždy samostatná pracoviště, ale poskytovatelé sociální služby mají většinou registrovanou i službu domov pro seniory. Tyto služby se tedy mohou a poskytují u většiny poskytovatelů souběžně. Ve stávajícím legislativním rámci jsou stejně jako u domova pro seniory poskytovány klientům tzv. hotelové služby (ubytování, úklid, praní prádla, drobné opravy ošacení, žehlení). Je poskytována nutričně vyvážená celodenní strava dle potřeby klienta upravená v různých formách (běžná, krájená, mixovaná aj.), minimálně v rozsahu třech hlavních jídel. Doplňuji, že většina domovů má k těmto hlavním jídlům podávány ještě dopolední a odpolední svačinu a klientům s diabetem je podávána druhá večeře. Z hlediska péče o vlastní osobu poskytuje domov se zvláštním režimem pomoc při oblékání, svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko či invalidní vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, polohování. Dále pomoc při podávání stravy a pití, prostorové orientaci, samostatném pohybu v prostorách zařízení i mimo něj, pomoc při úkonech osobní hygieny i při použití toalety.

ZSS (§50) hovoří i o dalších činnostech domova se zvláštním režimem jako například zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, podpoře a pomoci při využívání běžně dostupných služeb (např. návštěvy knihoven, kadeřnice, obchodů), pomoci při udržování kontaktu s rodinou a dalšími kontakty klienta. V rámci činností domova se zvláštním režimem se poskytují i sociálně terapeutické činnosti, které jsou zaměřené na udržení osobních a sociálních schopností a dovedností. Aktivizační činnosti jsou dle Zákona poskytovány ve smyslu volnočasových a zájmových aktivit a aktivit k udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím (Česko, 2006).

Podrobné základní činnosti služby domova se zvláštním režimem i maximální výše úhrady nalezneme v provádějící vyhlášce 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, §16 (Česko, 2006). Poslední změna je dána vyhláškou č.440/2022 Sb., která upravuje maximální výše úhrad a reaguje tak na aktuální ekonomickou situaci, růst energií i zdražování základních životních potřeb.

1.3 Personální a organizační zajištění služby

„Dát se dohromady je začátek, zůstat spolu je pokrok a pracovat společně je úspěch.“

Henry Ford

Každá sociální služba, ať již terénní, ambulantní či pobytová, je přímo závislá na personálu, prostřednictvím nichž je služba poskytována. Ať se jedná o personál odborný/kvalifikovaný (např. zdravotní sestry, sociální pracovníci, kuchaře, administrativní pracovníci, pracovníky v sociálních službách) či nekvalifikovaný (např. pracovníky v úklidu, prádelně, pomocná síla v kuchyni), všichni tito zaměstnanci jsou součástí těch, kteří poskytovanou službu utvářejí a ovlivňují.

V příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. nalezneme obsah Standardů kvality sociálních služeb. Standard č. 9 se věnuje Personálnímu a organizačnímu zajištění služeb. Dále je personálu věnován i následující standard č. 10 s názvem Profesní rozvoj zaměstnanců.

SQ 9. Personální a organizační zajištění sociální služby (Česko, 2006)

Kritérium
<i>a) „Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v §115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;</i>
<i>b) Poskytovatel má písemně zpracovány vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;</i>
<i>c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;</i>
<i>d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.“</i>

SQ 10. Profesní rozvoj zaměstnanců (Česko, 2006)

Kritérium
<i>a) „Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace; podle tohoto postupu poskytovatel postupuje;</i>
<i>b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje;</i>
<i>c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;</i>
<i>d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;</i>
<i>e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.“</i>

Krutilová, Čámský a Sembder (2008, s. 185) uvádí, že struktura, počet pracovníků i jejich vzdělání a dovednosti by měly odpovídat potřebám uživatelů služeb. Personální zajištění služby a organizační struktura, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců, jsou vždy řešeny před začátkem poskytování služby. Tedy řeší se v procesu registrace poskytované služby. Písemně stanovená struktura, počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců, organizační struktura (organigram) a počty zaměstnanců má na základě rozhodnutí o registraci sociální služby odpovídat ZSS. Počty zaměstnanců mají být přiměřené druhu poskytované sociální služby, kapacitě, počtu a potřebám osob, kterým je služba poskytována, tzv. cílové skupině. Především je nutné vycházet ze z potřeb cílové skupiny a rovněž z celkového počtu uživatelů.

V domovech se zvláštním režimem se v přímé péči setkáváme jak s personálem zdravotnickým (pracovníci zdravotnických profesí – zdravotní sestry, rehabilitační sestry či fyzioterapeuté), tak s nezdravotnickým personálem (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách).

I dnes přetrvává v praxi označení určitých pracovních týmů jako např. pečovatel/ka, aktivizační pracovník/pracovnice. Taková označení však nemají oporu v ZSS.

ZSS i katalog prací (nařízení vlády č. 222/2010 Sb.) však pracuje s pojmoslovím „pracovník v sociálních službách“.

Podle Malíkové (2011, s. 86) participují na poskytování sociální služby pracovníci různých oborů. Spolupůsobení všech těchto profesí je charakteristickým rysem sociální služby.

§115 ZSS definuje, kdo v sociálních službách vykonává odbornou činnost. Patří sem:

1. Sociální pracovníci
2. Pracovníci v sociálních službách – přímá obslužná péče, základní výchovná nepedagogická činnost
3. Zdravotničtí pracovníci
4. Pedagogičtí pracovníci
5. Manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby (Česko, 2006).

Tento paragraf rovněž uvádí i další osoby, které působí při poskytování sociálních služeb a to dobrovolníky. Jejich působení je dále stanoveno zvláštním právním předpisem. (pozn. Zákon č. 198/ 2002 Sb. o dobrovolnické službě).

1.3.1 Pracovníci v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává:

- **Přímou obslužnou péči** o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Základem jejich činnosti je pomoc a podpora v nácviu jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně, oblékání, svlékání, manipulaci s kompenzačními pomůckami a přístroji, udržování čistoty, pomoc s prádlem, úklidem, podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření a podpora sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.
- **Základní výchovnou nepedagogickou činnost**, jejichž obsah spočívá v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, vytváření či rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti i pracovní aktivity. Rovněž sem řadíme volnočasové aktivity zaměřené na rozvíjení osobnosti, podpora zájmů, znalostí, dovedností a tvořivých schopností formou hudební, výtvarné, pohybové, pracovní výchovy včetně zajištění zájmové a kulturní činnosti.

- **Pečovatelskou činnost v domácnosti osoby**, jejichž činnosti spočívají ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými omezeními. Zajišťují komplexní péči o domácnost, dále poskytují pomoc při vytváření sociálních a společenských kontaktů i aktivizaci. Rovněž zabezpečují organizaci a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádí osobní asistenci.
- **Pod dohledem sociálního pracovníka** vede výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dále činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

Zákon 108/2006 Sb. stanovuje **podmínky výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách**. Jedná se o taxativně definované podmínky:

- Způsobilost k právním úkonům
- Bezúhonnost (§79, odst. 2. a 3.)
- Zdravotní způsobilost (lékařský posudek)
- Odborná způsobilost (základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kurzu se nevyžaduje u osob, které upravuje zvláštní právní předpis (§110 odst. 4 a 5, §116 odst. 5 a §117).

1.3.2 Pracovníci v sociálních službách – základní výchovná nepedagogická činnost

Pro účely této diplomové práce budeme uvádět pojem **aktivizační pracovník¹** (dále jen „AkP“) místo zákonného pojmosloví pracovník v sociálních službách – základní výchovná nepedagogická činnost. Tento pojem je používán v praxi a již předurčuje hlavní zaměření pracovní činnosti.

AkP působí na klienta v oblasti vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti, nabízí pracovní a volnočasové aktivity zaměřené na rozvíjení osobnosti, zájmů, zálib, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti a akce, případně vykonává osobní asistenci klienta u jednoduchých sebeobslužných činností.

^{pozn.} S názvem pracovní pozice: „aktivizační pracovník“ pracujeme v textu jako s genderově neutrálním pojmem. Jsme si vědomi, že se jedná o pracovní pozici, která je v naší společnosti značně feminizována.

Pro kvalitní vedení aktivizačních činností je důležitá pečlivá příprava. K té patří i zajištění místa, pomůcek a materiálů ke konkrétní aktivitě. Je nutné volit citlivě takové množství podnětů, které příliš nepřehlcují a na druhé straně odpovídají mentálním i tělesným schopnostem seniorů s demencí. Je též nutné zvážit velikost skupiny, pokud se jedná o skupinovou aktivitu. Důležitým kritériem, které ovlivňuje aktivitu, je časový rámeček. Vždy je třeba počítat s určitým časovým harmonogramem aktivity, má svůj začátek (včetně motivace), průběh (vlastní aktivita) a závěr (vyhodnocení aktivity a poděkování za účast).

Odbornou způsobilostí u AkP dle §116, odst. 5, uvedeného v odstavci 1 písm. b) je střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu, způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem (Česko, 2006).

Na aktivizaci seniorů ve větších zařízeních se většinou podílejí aktivizační pracovníci. Pokud v zařízení není AkP, podílejí se na aktivizaci sociální pracovníci, nebo pracovníci v sociálních službách (obslužná péče). V odborné literatuře nenajdeme mnoho informací o profesi AkP. Jsou popsány spíše obsahy volnočasových aktivit, nefarmakologické aktivizační postupy, motivační prvky, hry a činnosti pro klienty v různých stupních demence.

Je třeba si uvědomit, že nelze zcela oddělovat profesi AkP od ostatních pečujících (zdravotních sester, sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách obslužná péče).

Hlavním společným cílem při péči o seniory je podpora schopností se o sebe postarat a zachovat si stálý zájem o aktivitu (Pokorná, 2010, podle Holczerové a Dvořáčkové, 2013). Nejedná se tedy jen o cíl činnosti AkP, ale všech, kteří péči o klienty na službě domova se zvláštním režimem poskytují.

Haškovcová (2010, s. 179) konstatuje, že senioři již nemají čas, nemohou svůj čas „prošustrovat“ nebo jej nevyužívat kvalitně. Hovoří o důležitosti jasně strukturovaného programu, nikoli nahodilého. Vítané jsou i společné aktivity, protože plní socializační funkci.

Setkávání s ostatními seniory i společná práce koordinovaná AkP, zapojování jednotlivců do činností, to vše jsou podněty, které jsou v těchto domovech velmi potřeba. Senior může cítit sounáležitost s druhými, je nově součástí společnosti, kde sdílí nejen své bydlení a stravování, ale volný čas a společné prostory. Dochází k vzájemnému setkávání, seznamování, navazování bližších kontaktů a nakonec nezřídka i přátelství. I s touto oblastí, která je záležitostí socializace, se v domovech setkáváme a pracujeme s ní.

AkP je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu a jimi nabízené aktivizační programy by měly být ve znamení celkového procesu plánování sociálních služeb. Dvořáčková (2013, s. 34) upozorňuje na to, abychom si uvědomovali hodnotu a význam aktivizačních programů, znali potřeby a přání jednotlivých klientů a respektovali je. Aktivita mobilizuje psychickou a fyzickou stránku osobnosti člověka. Nečinnost seniorů vést k úpadku, depresím, urychlení fyziologických procesů stárnutí a rozpadu osobnosti.

Aktivizační programy pro seniory na domově se zvláštním režimem mají být činnostmi smysluplnými, příjemnými, s dobrovolnou účastí a mají mít jasně určený účel a cíl. Aktivizace seniorů má zahrnovat smysluplné a uspokojující trávení volného času či udržování a rozvíjení pohybových aktivit, včetně vytrvalostní kondice (Dvořáčková, s. 34). Suchá (2013, s. 13) vyzdvihuje rovněž nutnost volby individuálního přístupu ke každému staršímu člověku. Na paměti je dobré mít, že co baví jednoho, nemusí nutně bavit druhého. Proto je vhodná nabídka širší škály různých činností. AkP pracuje s různými činnostmi a nabízí aktivity pro klienty s různými omezeními, ať již fyzickými (mobilní, částečně mobilní, plně imobilní) nebo mentálními (různé stupně demence, následky po cévních mozkových příhodách aj.). Vliv na výběr aktivity může mít u seniora i špatná zkušenost, která může vést k odmítání účasti a zapojení se do aktivity. V tomto hraje zásadní roli osobnost aktivizačního pracovníka. Jeho schopnost komunikace, vstřícného jednání, empatie i motivace k činnosti a profesionální „diplomacie“ při možných nepříjemných či ne zcela komfortních situacích.

AkP si je vědom **pozitivního přínosu nabízených aktivit:**

- Seberealizace, smysluplnost, potěšení, radost, zábava
- Kontakt s druhými lidmi, vzájemná komunikace, sebezpřijetí, pocit sounáležitosti
- Pomoc v udržení fyzických i psychických schopností a soběstačnosti
- Jasně strukturovaný harmonogram, který dělí den do určitých úseků (Suchá, 2013, s. 14).

1.3.3 Další profese: zdravotničtí pracovníci, ergoterapeut, muzikoterapeut, arteterapeut, fyzioterapeut, aj.

V domovech se zvláštním režimem pracují i další pracovníci, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu, patří k nim např. zdravotničtí pracovníci (vrchní sestra nebo vedoucí ošetrovatelské péče), všeobecné sestry, ergoterapeut, muzikoterapeut, arteterapeut, fyzioterapeut, zooterapeut, canisterapeut aj.

Podle Malíkové (2011, s. 97) musí nelékařští zdravotničtí pracovníci splňovat podmínky zákona č.96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Dále pak se řídí souvisejícími zákony (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb. a vyhlášky 424/20004, dále také dle již zmiňovaného ZSS. Tito pracovníci pracují na základě smluvních ujednání a norem stanovených zdravotními pojišťovnami.

Odbornosti jako např. arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie může vykonávat i AkP, pokud je v nich vzdělán, případně mohou do zařízení vstupovat další odborníci na základě smluvního závazku. Jsou to tzv. externisté.

Co se týká fyzioterapie, v některých domovech se zvláštním režimem jsou fyzioterapeuté (rehabilitační sestry) zaměstnáni na pracovní úvazky a spadají do skupiny zdravotnického personálu. Malíková (2011, s. 108) uvádí obecnou charakteristiku práce fyzioterapeuta, z nich nejzásadnější jsou tyto: zajišťuje a provádí odbornou rehabilitační péči, zná koncepci oboru rehabilitace, provádí individuální fyzioterapii, zajišťuje poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek, provádí skupinová zdravotní cvičení, nácviky chůze s využitím kompenzačních pomůcek, kondiční cvičení, léčebnou tělesnou výchovu, vede dokumentaci rehabilitačního plánu, edukuje klienta a jeho příbuzné, taktéž provádí školení ostatního personálu v oblasti rehabilitace apod. Pokud zařízení takovou pracovní pozici má v organigramu, je tento odborník členem multidisciplinárního týmu a je žádoucí jeho úzká spolupráce s ostatními zaměstnanci.

1.4 Celostní pojetí v péči o člověka

Základem profesionální dlouhodobé péče je nahlížení na člověka v jeho celostním pojetí. Ne jinak je tomu právě v profesionální péči o klienty s demencí, kteří jsou cílovou skupinou sociální služby domova se zvláštním režimem. Podstatou pro celostní pojetí člověka je tzv. holismus. Holismus je filosofické myšlení, názor či směr, podle něhož se všechny formy

existence na světě snaží být celkem. Holismus tvrdí, že celek je důležitější než jeho části. Tvoří základ pro uvažování o člověku v celostním pojetí, jehož části jsou ve vzájemném vztahu mezi sebou, k celku a okolnímu světu. Holistický neboli celostní přístup se vyznačuje i tím, že organismům, skupinám a systémům přisuzuje takové vlastnosti celku, které nelze odvodit jen z jeho jednotlivých částí. Tyto jednotlivé části systému „člověk“ se mohou z důvodu lepšího pochopení vnímat odděleně, ale jinak je nutno na tyto části nahlížet jako na jednotku ve vzájemném vztahu (Hurling a Seel, 2003, s. 2).

Nahlížet na člověka jako na celek, se svou životní historií, znalostí primární rodiny, osobním příběhem, sociálními vztahy, profesní kariérou, se zdravotními omezeními, to patří už i dnes k základním pojetím a přístupům domova se zvláštním režimem.

Celostní přístup zohledňuje člověka jako bio-psycho-socio-spirituální jednotu zahrnující všechny tyto oblasti, která je v neustálé interakci s okolím. Podstatným úkolem či cílem novodobé dlouhodobé péče je zachování důstojnosti člověka až do konce jeho života. Právě tento celostní přístup nám v praxi umožňuje takto na člověka do konce jeho dnů nejen nahlížet, ale přiblížit se mu a být mu oporou v těžkých chvílích.

Důležitost pozitivního bezprostředního prostředí pro člověka trpící demencí a vědomí, že všichni klienti mají stejné základní životní potřeby, popisuje ve své knize i německá autorka Anita Helm. Ukazuje na potřebu blízkosti, bezpečí, důvěry, aktivit, identity, lásky i útěchy právě u klientů trpících demencí. V rámci bio-psycho-socio-spirituální jednoty nelze tyto části od sebe oddělovat. Vždy je tedy nutné přistupovat k člověku komplexně v celé své jednotě (Helm, 2015, s. 9).

2 CÍLOVÁ SKUPINA KLIENTŮ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Jak je již zmíněno v kapitole 1.2, dle ZSS 108/2006 Sb. v domově se zvláštním režim se poskytují pobytové sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Česko, 2006). Cílovou skupinou tedy rozumějme právě tyto osoby. Takto specifikované cílové skupině je v domovech se zvláštním režimem přizpůsoben režim dne s přihlédnutím k individuálním specifickým potřebám.

V Registru poskytovatelů sociálních služeb pak nalezneme registrované sociální služby i jejich konkrétní cílové skupiny. Co se týká věku cílové skupiny domova se zvláštním režimem, zde je možné konstatovat, že každá tato pobytová sociální služba má definovanou jinou věkovou hranici. V některých zařízeních domova se zvláštním režimem je to věková hranice 55 let, jinde 40 let a jsou i zařízení, kde je věková hranice klientů již od 18 let.

Cílová skupina konkrétní sociální služby je vždy uvedena příloha č. 2, vyhlášky 505/2006Sb. prováděcího předpisu k ZSS v platném znění, ve Standardech kvality sociálních služeb (kritérium 1a) a je zveřejněna rovněž na webových stránkách i propagačních materiálech zařízení.

2.1 Diagnóza demence

„Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ (Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2023)

Termín demence vznikl spojením dvou latinských slov, a to *de* – bez a *mens* – mysl, což doslovně znamená bez myslí (Vavrušková, 2012, s. 10).

Holmerová, Jarolímová a Suchá (2009, s. 9) definují demenci jako „skupinu duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“

Dušek, Večeřová-Procházková (2015, s. 145) popisují syndrom demence, který „vzniká na základě difuzního poškození mozku. Postupně se rozvíjejí poruchy paměti, orientace, intelektu, myšlení, emocí a sociálních funkcí. Syndrom se rozvíjí pozvolna podle toho, jak je postižena mozková hmota.“

„Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického a didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme A-B-C:

- narušení kognitivních funkcí (C – cognition)
- narušení aktivit denního života (A – activities of daily life)
- poruchy chování (B – behavior)“ (Pidrman 2007, s. 9)

Za příčiny vzniku demence jsou považovány například neurodegenerativní změny, poruchy cévního zásobení mozku, infekční činitelé, metabolické a výživové faktory (diabetes, poruchy příjmu bílkovin, nedostatek vitamínů), endokrinní poruchy, intoxikace alkoholem, drogami, úrazy hlavy, nádory, cysty, krvácení do mozku a také behaviorální poruchy (Ondriášová, 2005, s. 93).

Fertaľová a Ondriová se zmiňují o demenci, která se nejčastěji vyskytuje ve vyšším věku a její četnost se zvyšujícím věkem roste. Existují však i demence, které se objevují dříve, dokonce i v dětském věku. Zde se jedná spíše o vzácný výskyt (2020, s. 10).

Holmerová (2018, s. 77) doplňuje, že demenci je třeba chápat jako komplexní problém. Zmiňuje se také o managementu syndromu demence, který musí být holisticky zaměřen na daného člověka, má respektovat nejen jeho zdravotní stav a potřeby, ale i kognitivní, emoční, psychologické a sociální potřeby. Je nutné mít na paměti, že se potřeby navíc mění i časem a s progresí syndromu demence. Důležitou roli hraje nejen praktický či jiný ošetřující lékař (geriatr, psychiatr), který zajistí komplexní vyšetření, nastaví či zkontroluje medikaci, ale i ostatní pečující personál, který dokáže zvládat i další příznaky způsobené či

přímo související s demencí, jako např. neuropsychiatrické příznaky – agitovanost, deprese, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, úzkosti, apatii aj. a to v první řadě nefarmakologickými přístupy a následně farmakoterapií.

Dle Helm (2015, s. 24) duševní onemocnění také ovlivňuje úsudek a schopnost reflexe, schopnost rozpoznávání objektů navzdory existujícím smyslovým orgánům, má vliv na schopnost pohybu, s výjimkou pár stereotypů. V průběhu demence dochází k poruchám chování a změnám osobnosti, což se může projevovat motorickým neklidem, depresemi a úzkostmi.

2.1.1 Klasifikace demencí

Demenci lze rozdělit dle Jiráka, Holmerové a Borzsové (2009, s. 19) do dvou skupin a to podle příčiny nemoci:

- I. Demence zapříčiněné atroficko-degenerativními procesy mozku (tzv. primární degenerativní demence)
- II. Demence symptomatické zapříčiněné např. celkovým onemocněním, infekcí, intoxikací, úrazy, nádory, cévními poruchami, metabolickými změnami a jinými poruchami postihující mozek (tzv. sekundární a smíšené demence)

Primární degenerativní demence se dělí:

- Alzheimerova demence (cca 60% všech demencí)
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

Sekundární a smíšené demence se dělí:

- Vaskulární demence (asi 20% všech demencí)
- Metabolické demence
- Toxické demence
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Demence u Huntingtonovy nemoci
- Poúrazové demence
- Demence při nádorech

- Demence při infekcích, a další (Fertařová a Ondřiová, 2020, s. 10-11).

2.1.2 Fáze demence

Pro lepší pochopení onemocnění demence je třeba znalost a rozlišení jednotlivých fází. V odborné literatuře můžeme nalézt různá označení jednotlivých fází. Jedná se však pouze o rozdílnou terminologii, ne však o popis příznaků v jednotlivých fázích.

Hauke (2017, s. 54) uvádí, že demenci zpravidla předchází mírná kognitivní porucha. Tato porucha však zásadně nenarušuje soběstačnost a jedinec je schopen žít běžný způsob života. Vypomáhá si drobnými pomůckami jako je zápisník či kalendář, kam si zaznamenává důležité úkoly, plány či činnosti. Občasně potřebuje připomenutí či podporu druhé osoby, která mu připomene důležité události. Zde plně dostačuje občasný dohled.

Hauke (2017, s. 54) **rozděluje demenci do tří fází:**

a) První fáze - mírná demence

Počínající demence např. u Alzheimerovy choroby charakterizuje především porucha paměti, která se projevuje zapomětivostí. Postupně je narušována paměť, člověk se přestává orientovat v novém prostředí, má potíže se zapamatováním si nových lidí, hůře si osvojuje nové dovednosti. Také si hůře vybavuje některá slova a myšlení je těžkopádné. V této fázi jsou však vcelku zachovány soběstačnost a stereotypy. V této první fázi má senior ztížený demencí tendenci k sociální izolaci. Uvědomuje si své potíže, zažívá první selhání, dělá chyby, prožívá své neúspěchy a snaží se rozhodování a zodpovědnosti za sebe přesouvat na druhé. V tomto období se objevuje často deprese. Okolí si začíná všimnout změn. Díky podpoře druhých osob, častému dohledu i dopomoci v některých činnostech, může zůstat i nadále v domácím prostředí. Rodina může v této fázi využít terénní či ambulanci sociální služby (např. domovinky, denní stacionáře, pečovatelskou službu).

b) Druhá fáze - rozvinutá demence

Je narušena jak krátkodobá, tak i dlouhodobá paměť, která vede k částečné či celkové dezorientaci místem a časem, nepoznává známá místa, odchází z domu, vzpomíná na místa ze svého mládí. Senior s demencí v této fázi již není schopen

vykonávat aktivity denního života, jako např. vaření, uklízení, telefonování, placení a manipulace s penězi, nakupování. Přestává rovněž zvládat samostatně základní sebeobslužné činnosti jako je osobní hygiena, oblékání, svlékání, používání toalety, užívání léků apod. Jeho verbální projev je značně narušen, obtížně hledá slova, nerozumí obsahu sdělení druhých osob. Je mnohdy neschopen vykonávat základní motorické činnosti- používání příboru při stravování, mýdla při sprchování, šamponu při mytí vlasů, nezapne si knoflíky, zip. Jeho sebeobsluha je onemocněním značně omezena, až nakonec dochází k jeho naprosté ztrátě.

Objevují se poruchy chování a ztráta společenských zábran a nedodržování běžných sociálních norem. Nemocný ztrácí schopnost kontroly nad sebou i svých emocí. Ve druhé fázi se často objevuje inkontinence a neschopnost udržet osobní hygienu. Senior v této fázi demence již nemůže žít sám, je potřeba stálé přítomnosti další osoby. Je potřeba stálého dohledu a trvalé pomoci. Pomoc potřebuje nejen nemocná osoba, ale i pečující rodina. V této fázi rodina často vyhledává umístění v pobytovém zařízení – v domově se zvláštním režimem.

c) Třetí fáze - těžká demence

Senior v této fázi onemocnění již většinou není schopen vykonávat sebeobslužné činnosti a je zcela odkázán na pomoc druhých osob. V péči se zaměřujeme na naplnění základních životních potřeb a zajištění bezpečí, jistoty a plné podpory. Verbální komunikace je již velmi omezená, mnohdy vymizí úplně. Seniory s demencí již nerozumí slovům a ani je již nezvládá používat. Mohou se objevovat poruchy příjmu potravy či potíže s polykáním. Upravuje se tak forma stravy, která je podávána druhou osobou. Postižená osoba je většinou plně inkontinentní. Také se může objevovat bezcílné bloudění či stereotypní pohyby (Hauke, 2017, s. 56).

Na konci poslední fáze nemoci je senior prakticky upoután na lůžko, je plně imobilní, většinou nenavazuje kontakt běžným způsobem, vytrácí se mimika i reakce na vizuální a sluchové podněty. Osoba se uzavírá do svého vnitřního světa, většinu dne může prospat. Nemocný je zcela závislý v ošetrovatelské péči na druhých osobách. Tato poslední fáze může trvat několik týdnů, ale i měsíců, ve výjimečných případech i několik let.

2.1.3 Zvláštnosti komunikace u seniorů s demencí

Jedním ze základních pilířů v práci se seniory s demencí je komunikace. Je dobré mít na paměti několik důležitých zásad.

Při komunikaci se seniorem trpící demencí je důležité mít trpělivost, vnitřní klid a nechat mu dostatek času pro předávání informace. Neméně důležitým prvkem je ujištění, které sdělují klientovi, že ho slyším a rozumím tomu, co mi sděluje. Jedním ze stěžejních a zásadních prvků ve vzájemné komunikaci je postoj pomáhajícího k seniorovi.

Nevhodný je soucit, protože ten vzbuzuje a snad i zvyšuje nepříjemné pocity seniora. Pocit závislosti na druhých osobách si mnozí ze seniorů uvědomují a tím si utvrzují svou neschopnost zajistit si některé ze základních sebeobslužných činností. Komunikace s takovým seniorem je vždy velmi individuální. Rodinní příslušníci mohou v mnohém seniora podpořit, mohou být oporou, ale mnohdy to může mít pro něj opačný efekt. Někdy to může znamenat, že rodina je spíše rušivým elementem, který vyvolává u seniora úzkost, pláč a výkyvy nálad.

Mahrová a Venglářová (2008, s. 115) poukazují na respektování osobních rituálů a zvyklostí, komplexní zájem o člověka, práce s minulostí a životním příběhem, zájem o jeho status, vztahy, zvyky, zájmy a záliby, to vše by měl pomáhající zohledňovat. Vnímat individuální rozdíly, hovořit pomalu a srozumitelně, s jednodušším obsahem sdělení. Ovšem na paměti je nutné mít i to, že většina seniorů si nepřeje, aby nedostatky v jejich komunikaci byly znát, což může vést k jejich zastírání. Je dobré se držet toho, že klademe jednoduché, otevřené otázky a dopřejeme seniorovi dostatek času na odpověď v prostředí, které je klidné a bez dalších rušivých vlivů. Vedení otevřené a jasné komunikace vede k tomu, že se senior orientuje a ujistí se v pocitu, že nám může důvěřovat.

Komunikace s osobou s demencí je specifická především tím, že jsou postiženy kognitivní funkce. Senior ztrácí paměť, má potíže s pozorností, soustředěností, přestává rozumět mluvenému slovu, někteří mají potíže v orientaci v čase, místě, prostoru, přestávají poznávat osob ze svého okolí a to i ty nejbližší. Dochází i k různým poruchám motoriky, ale také ke snížení abstraktních operací, úsudku a vhledu. Osoba ztížená demencí sama o sobě nehovoří nesmyslně. Chce sdělit něco, co má pro něj nějaký význam a je na posluchači, aby se mu snažil porozumět. Neporozumění obsahu sdělení vede u seniora s demencí ke zmatkům a frustracím, což může často pociťovat i druhá strana. Dalším důležitým prvkem v komunikaci je dodržování pravidelnosti a čitelnosti. Dodržovat určitý režim, který seniorovi vyhovuje a nalézt činnosti, jež zvládá a ty se pokusit zachovat. Např.

utírání nádobí, sklizení ze stolu, skládání prádla, okrajování jablek atd. V těchto činnostech jej nechat pracovat samostatně. Dodržování režimu přispívá k čitelnosti. Nedoporučuje se zastírání nebo vynechání určitých informací (např. o smrti rodinného příslušníka) (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 116).

Klevetová (2017, s. 116-118) zmiňuje neméně důležitý způsob komunikace a to techniky aktivního naslouchání. Jedná se o reflexi (zrcadlení), parafráze (opakuji sdělení jinými slovy), povzbuzení (přikyvujeme, podpoříme slovně), drobné zdvořilosti (slovní spojení vyjadřující uctivost, partnerství), mlčení, pohled, doteky (pohlazení, stisk ruky), shrnutí sděleného atd.

Dle Stárka (2022, s. 101) nástrojem úspěchu je vhodný komunikační klíč, volba vhodných komunikačních technik, rozpoznání a respektování staršího věku a demence. Pomáhající má mít na paměti, že komunikace probíhá s lidskou bytostí, ke které přistupujeme s úctou a respektem. Hovoříme s člověkem, který prožil profesní a společenský život, plnil si různé sociální role a naplňoval si tak své životní cíle a plány.

Zásady pro komunikaci se seniory žijící s demencí, dle Philipp-Metzen (2015, s. 62-63), která sem řadí: interakci, konzultaci a instruktážní způsobilost. Dále:

- Vstřícnost, laskavost a trpělivost
- Mluvit pomalu a srozumitelně
- Názornost – ukazovat směr, konkrétní věci, o kterých mluvíme
- Vytvářet jednoduché a krátké věty
- Postoj – blízká vzdálenost a oční kontakt
- Dostatek času na reakci
- Uznání, ocenění a projev pochopení
- Prostředí bez rušivých faktorů (omezit hluk)
- Projevit toleranci a respekt ke kulturně utvářeným hodnotám a zvykům (př. jídlo)

Hauke (2017, s. 69) informuje o zvláštích komunikace, která vychází ze samotného průběhu demence:

- Dezorientace
- Zapomětlivost
- Narušení krátkodobé a dlouhodobé paměti

- Porucha pozornosti
- Narušení abstraktivního myšlení
- Zhoršení logického uvažování
- Narušení přijímání, zpracování informací a adekvátnost reakcí na ně
- Zhoršení porozumění textu a sdělenému slovu
- Ztráta schopnosti verbální komunikace
- Emoční nestabilita
- Pasivnější přístup ke všem činnostem

Hauke dále popisuje důležitost pochopení problematiky demence, empatický přístup, aktivní naslouchání pomáhajících a ochranu důstojnosti osob s demencí. Důležité je nemluvit o seniorovi v jeho přítomnosti ve třetí osobě. (Mluvit před ním a o něm.) Značí to nerespektování jeho osobnosti. Případné slovní výpady a osočování seniorem si nebrat osobně (2017, s. 70).

Několik dalších **zásad a postřehů z praxe** doplňuje Stárek (2022, s. 108):

- Při komunikaci znát a používat slovník, kterým senior rozumí a přijímá
- Nepřesvědčovat a nevyvracet některé informace, který by mohli vyvolat konflikt
- Přizpůsobit tón hlasu. Hauke doplňuje: „*Tón hlasu, jeho intonaci, melodii vnímá do poslední chvíle – dává mu pocit bezpečí a jistoty, je-li klidný, přiměřeně tichý, laskavý.*“ (Hauke, 2017, s. 72).
- Vysvětlování a popisování činností, co a proč děláme, nabídka možných alternativ
- Komentujeme činnosti a běžné situace
- Respektujeme soukromí
- Nenutíme seniora ke komunikaci, pokud se mu hovořit nechce, necháme mu prostor
- Vnímáme a reagujeme na emoční rozpoložení seniora, rozlišujeme, zda se jedná o strach, obavy, úzkost, halucinace, náladovost, podrážděnost
- Vyhýbáme se naléhání a konfrontaci
- Využíváme neverbální techniky – doteky; varujeme se prudkých gest a pohybů

- Podporujeme důstojnost a respektujeme seniorovo rozhodnutí
- Motivujeme k aktivitám a činnostem, avšak nemanipulujeme
- Sdílíme se seniorem jeho radosti i smutky. Mnohdy naprosto beze slov, pouze sdílíme stejný prostor a čas.
- Nehovoříme před seniorem o svých osobních problémech, starostech či nespokojenosti. Neřešíme před ním osobní ani pracovní problémy.

2.2 Kvalita života seniorů

Jak kvalita života seniorů souvisí s tématem diplomové práce? Abychom mohli nabízet kvalitní péči o seniory s demencí kvalifikovanými a kvalitními pracovníky, je třeba porozumět a správně uchopit tento pojem. Všichni pečující (zdravotní sestry, pečovatelé, aktivizační pracovníci, sociální pracovníci) chtějí svoji práci odvádět kvalitně a zajistit tak tu nejlepší péči o seniory s demencí. Co však znamená kvalita života? Kvalitu života hodnotí každý jedinec na základě mnoha faktorů. Jedná se o subjektivní pocity, hodnocení a náhled na svůj osobní život, z pozice vlastních zkušeností a v kontextu již prožitého. Problematice kvality života je potřeba věnovat náležitou pozornost. U každého jedince je uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb plně individuální, vnímá každý jinak i kvalitu života.

Ptáčková a Ptáček (2021, s. 52) hovoří o tom, že při hodnocení kvality života ve stáří se nestačí zaměřit pouze na stanovené diagnózy nemocí, na délku života, ale je třeba zacílit i na zhodnocení psychických, sociálních a behaviorálních parametrů lidského života. Rovněž tak se na kvalitě života podílí i úroveň osobní pohody (well-being), zvládnutí sebeobsluhy, mobility, nezávislosti na druhých a schopnost ovlivňovat svůj vlastní život.

Dle Dvořáčkové (2012, s. 69) je nutné na kontext kvality života nahlížet jak z hlediska subjektivního, tak i objektivního. Dnes se i většina odborníků v různých vědních oborech výrazně přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. Objektivní kvalita života sleduje například materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Obecně ji lze vymezit jako soubor ekonomických, sociálních, zdravotních a přírodních podmínek, které ovlivňují lidský život. Naopak subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání vůči společnosti, jeho kultuře či jeho hodnotovému systému. Objektivní i subjektivní hodnocení je však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje kvalitu života jako proces vnímání jedince a jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotovému systému ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Podle Pipekové (2006, s. 88) **WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života:**

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (bolest, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat, výživa, cvičení, péče o vzhled a oblečení, osobní hygiena aj.)
- Psychické zdraví a duchovní stránka (myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, sebepojetí, vnímání, pocity, sebehodnocení, osobní standard chování, vyznání aj.)
- Sociální vztahy (sociální podpora, sexuální aktivita, rodina, přátelé, spolupracovníci, společenské dění aj.)
- Prostředí (svoboda, bezpečí, domácí prostředí, práce/škola, zdravotnické a sociální služby, finanční zdroje, fyzikální prostředí, adaptace na změny aj.)

Kvalitu života a průběh stáří ovlivňují úspěchy v pracovním životě, v osobním životě, celoživotní styl, zdravotní problémy, které prožívá jedinec v produktivním věku. Pro to, abychom vyhodnotili, že žijeme kvalitní život i ve stáří (a to nejen ve stáří) je důležité vytvořit si smysluplný program pro volný čas. Aktivity jsou prevencí nesoběstačnosti a nezávislosti. Dvořáčková (2012, s. 27) se v kontextu kvality života dotýká oblastí udržování a navazování nových kontaktů, klade důraz na společná setkávání s vrstevníky i prohlubování mezigeneračních vazeb. Tyto oblasti dle Dvořáčkové mají velký význam pro prožívání kvalitního stáří. Znamená to udržovat se v aktivitě, snažit se o rovnováhu mezi odpočinkem a činností, uspořádat si životní náplň, která obsahuje jak fyzickou tak i duševní činnost, udržovat si pozitivní vztahy a snažit se o navázání nových vztahů. Nesmíme však opomenout, že při aktivizaci seniorů je třeba plně respektovat individuální možnosti a přání každého jednotlivce. Langmeier a Krejčířová (1998, s. 194-195) píší o aktivitě sociální, psychické a fyzické. Jakákoli smysluplná aktivita dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění.

„Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka.“
(Křivohlavý, 2011, s. 124)

Dle Dvořáčkové (2008, s. 116) se mění s odchodem z pracovního procesu do důchodu prožívání, vnímání i chování. Po letech pravidelných pracovních povinností nastává radost a uvolnění, avšak brzy je vystřídána poznáním a novými otázkami, jak prožít a smysluplně naplnit získaný volný čas. Je třeba zmínit, že se senioři mezi sebou podstatně liší a to odlišným zdravotním, psychickým i funkčním stavem, zájmy, hodnotami, vzděláním, rodinnou situací, životními i pracovními zkušenostmi, finančními možnostmi atd.

Značný vliv na hodnocení kvality života seniorů mají i stále nově vznikající technologie, pomůcky a nabízené zdravotní a sociální služby. Moderní, kvalitní a dostupná zdravotní péče velmi přispívá ke zlepšení zdraví a ovlivňuje velkou měrou i zdraví seniorů.

Stárek (2022, s. 78) se zaměřuje na kvalitu života v kontextu sociální práce a její podstatu každodenních dovedností a činností seniora ztíženého demencí, což pojímá jako měřítko nezávislosti. Demence má vliv nejen na samotného seniora, ale i na život jeho rodiny a pečujících osob. Kvalita života je, dle Stárka, osobní otázkou. Hodnocení kvality života je možno pojmut z pohledu vlastních životních etap. Pouze samotná osoba může posoudit, zda považuje svůj život za kvalitní či méně kvalitní. Obecně se hovoří o tom, co má vliv na kvalitu života.

Stárek (2022, s. 79) vyjmenovává několik faktorů, které mají vliv na kvalitu života v dnešní době. Je to například:

1. Určení sebe sama
2. Osobní vývoj a přisouzení smyslu – tvoření identity, sebevědomí, sebeúcty.
3. Fyzická spokojenost – zdraví, výživa, pohyb
4. Emocionální spokojenost – oblast bezpečí, ochrany
5. vztahy k druhým lidem – s rodinou, přáteli; patří sem sounáležitost, teplo, láska, přátelství, partnerství
6. Životní klima – oblast bydlení, životní okolí
7. hmotná spokojenost – finanční zajištění, majetek
8. společenská pozice – pozice ve společnosti

Helm (2015, s. 76) nahlíží na kvalitu života jako na vícerozměrný koncept, jehož součástí jsou materiální i nemateriální, objektivní i subjektivní, individuální i kolektivní aspekty

blahobytu. Je to žádoucí kombinace dobrých životních podmínek, pozitivní emocionální pohody a osobní spokojenosti.

Šáteková a kol. (2021, s. 125) nahlíží na kvalitu života odlišně. Hovoří o tom, že kvalita života je posuzována běžně přímým dotazem na jednotlivce. U klientů s pokročilou demencí je však složité nebo spíše nereálné získat adekvátní odpověď. Takový jedinec není schopen porozumět otázkám či si vzpomenout na požadované situace. Posuzování je omezeno mnohdy pouze na pozorování a následnou interpretaci chování, rozbor neverbální komunikace a projevy emocí.

2.3 Nefarmakologické aktivizační postupy v léčbě demence z pohledu holistického přístupu

Onemocnění demence vyžaduje holistický (celostní) a multidisciplinární přístup více než jiná onemocnění vzhledem k behaviorálním a psychotickým syndromům demence (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 35).

Dle Stárka (2022, s. 91) rozlišujeme farmakologickou léčbu (tzv. farmakoterapie demence), ta spočívá v léčbě medikamenty, která je v kompetenci zdravotnické instituce a lékaře. Tato léčba může snížit nepříjemné příznaky demence, jako jsou např. deprese, úzkost. Existují však i nové či staronové metody a techniky, které seniora s demencí podpoří. Jedná se například o pravidelný režim a denní strukturu, opakující se činnosti, stejné věci, stejná místa, rituály a smysluplné aktivity. I toto nabízí seniorovi s demencí pocit bezpečí, jistoty, ochrany a orientace. Takové metody nazýváme nefarmakologické.

„Cílem nefarmakologické léčby je zachování, případně zlepšení úrovně hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Zároveň cíle je smysluplné vyplnění volného času a ovlivnění příznaků demence a aktivit denního života, zlepšení verbální a neverbální komunikace nemocného s příbuzným, případně sestrou, sociálním pracovníkem, pečovatelem.“ (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 35) Cílem tedy není jedince vyléčit, ale zpomalit progresi onemocnění.

Jirkovská (2022, s. 80) ve své publikaci podrobně popisuje 32 nefarmakologických přístupů používaných společně s farmakologickou léčbou demence. Hovoří o nejpřínosnějších intervencích pro zlepšení stavu osob s demencí, za což považuje různorodé fyzické aktivity a skupinové kognitivní stimulační. Skupinové aktivity různého druhu mají prokazatelný vliv na sociální integraci seniorů s demencí.

Jednotlivé nefarmakologické intervence dle Jirkovské (2022, s. 22):

1. Aromaterapie
2. Arteterapie
3. Bazální stimulace
4. Ergoterapie
5. Fototerapie
6. Fyzické cvičení – pohybové aktivity
7. Informační a komunikační technologie (ICT), virtuální realita, telemedicína
8. Kognitivně-behaviorální terapie
9. Kognitivní intervence – trénink a rehabilitace
10. Life review
11. Maieutický přístup
12. Masáže a dotekové terapie
13. Milieu terapie
14. Montessori přístup
15. Multisenzorická stimulace, terapie snoezelen
16. Muzikoterapie
17. Nemasté péče
18. Orientace v realitě
19. Péče o pečující
20. Psychobiografický model péče
21. Reminiscence
22. Režimová úprava spánku
23. Sebeudržovací terapie
24. Smyslová aktivizace
25. Taneční terapie

26. Terapie prostřednictvím simulované přítomnosti
27. Terapeutické vaření
28. Úprava prostoru a prostředí
29. Validace
30. Vztahová péče
31. Zahradní terapie
32. Zooterapie

Stárek (2022, s. 94) doplňuje nefarmakologické přístupy ještě o bibliografii, dramaterapii, preterapii a psychomotorickou terapii. Můžeme se ještě zmínit o dramaterapii, dále touch therapy, která se věnuje vědomým dotekům s terapeutickým přístupem a meditativním prožitkem.

Všechny tyto přístupy, intervence a metody pomáhají podporovat ty funkce, které má ještě senior s demencí zachovány. Mnohdy stačí, když v jednotlivci vzbudíme zájem, i to je považováno za úspěch. Dokonce nejen aktivní zapojování a aktivní reakce spojená s činnostmi, ale úspěchem může být i pasivní sledování druhých, chvíle pozornosti již v tak uzavřeném světě u těžších forem demence. Senior tak může prožívat společné chvíle s druhými, může se něco naučit, něco nového si vyzkoušet, zažít úspěch i radost z činnosti. Vědomí, že ještě něco dokážu, že to, co jsem kdysi dělal a měl jsem rád, mohu s podporou a dopomocí druhé osoby ještě docela dobře zvládnout. Za zmínku jistě stojí i fakt, že sdílení společného času, místa a pozornosti druhé osoby je u těžkých forem demence velmi zásadní. Lze říci, že dívání se stejným směrem, držení za ruku v tichosti bez nutnosti verbální komunikace, to vše patří k podpoře a metodám, které pomáhají. I takovými činnostmi můžeme dosáhnout zvýšené sebedůvěry a sebevědomí seniora ztíženého onemocněním demence.

2.4 Základní druhy aktivit u seniorů trpící demencí

Aktivity u seniorů s demencí, zejména v pobytových zařízeních sociální péče, by měly být důležitou součástí poskytované komplexní péče.

Dle Suché, Jindrové a Hátlové (2013, s. 17) lze **rozdělit aktivity podle různých hledisek** např. na:

1.) Individuální

- ✓ tento druh aktivity lze využít u konkrétního klienta, tzv. „jeden na jednoho“
- ✓ můžeme zacílit přímo na zájmy a záliby klienta;
- ✓ lze využít informace o klientovi z životního příběhu a osobní historie;
- ✓ vhodné pro ty klienty, kteří z jakéhokoliv důvodu odmítají skupinové aktivity;
- ✓ navážeme přímý až osobní vztah ke klientovi – individuální motivace, povzbuzování, podpora;

Mezi individuální aktivity můžeme zařadit např. bazální stimulaci, individuální paměťová cvičení, masáže, snoezelen terapie, validaci, ergoterapii, touch terapii apod.

2.) Skupinové

- ✓ Jsou zábavnější v důsledku interakce s druhými klienty;
- ✓ Můžeme využít skupinové dynamiky a podpořit tak dobrou atmosféru;
- ✓ Přispívají ke komunikaci, seznamování a navazování nových sociálních vztahů;
- ✓ Jsou náročnější na pozornost klienta

Mezi skupinové aktivity můžeme zařadit např. skupinovou muzikoterapii, reminiscenci, arteterapii, aromaterapii, taneční terapii, pohybové aktivity, dramaterapii apod.

Malé skupiny (cca do 5 členů) mohou provádět aktivity:

- ✓ Pasivní – relaxační cvičení, poslech hudby, audio a video přenosy, předčítání
- ✓ Aktivní – zdravotní cvičení, trénování paměti, procvičování jemné a hrubé motoriky, četba, domácí činnosti (terapeutické pečeni)

Jednou z důležitých zásad je i to, že aktivity by měly být v rovnováze, nabízeny a zastoupeny poměrově stejně. Tedy tak, aby měl klient jednak právo volby, zvolit si, co je mu blízké a co je pro něj chtěné. Na druhou stranu je třeba motivovat každého klienta s různým stupněm demence a nabízet mu podporu při volbě aktivit, které ho nejen zajímají, ale jsou pro něj prospěšná. Nesmíme však opomenout na svobodné rozhodnutí a volbu každého jednotlivce.

Rovněž nesmíme opomenout i skladbu aktivit, aby se co nejvíce přibližovala normálnímu životu. Tedy zatěžovat klientovu fyzickou stránku a kognici. V rovnováze a nabídce mají být aktivity:

- Pracovní – nabídka lehčí práce, př. na zahradě, vyvýšených záhoncích;
- Sebeobslužné – péče o sebe sama, př. hygiena, oblékání, česání;
- Zájmové – př. hudební, výtvarné, dramaterapeutické činnosti;

(Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 17)

Aktivizační programy pro seniory jsou ve znamení celkového procesu plánování sociálních služeb. Dle Dvořáčkové (2013, s. 34) musí být program prováděn rozumně a uvážlivě. Špatně vedené nebo nevhodné programy mohou být neúčinné, nedokáží motivovat k zapojení či dokonce mohou ublížit. Aktivita zpomaluje procesy stárnutí a to s přihlédnutím na jedincovy možnosti, schopnosti a dovednosti.

V domově se zvláštním režimem je třeba zaměřovat se na seniory, kteří mají ohroženou či ztracenou soběstačnost, nedokáží si sdělit své přání a požadavky, upadají do pasivity a apatie. Takové je třeba aktivizovat, mobilizovat, zaujmout, motivovat a podpořit. Pečující nesmí opomenout již dříve zmíněnou individualitu klienta. Pokud byl klient celý život spíše introvert, nevyhledával společnost, nebudeme ho „nutit“ ke společným skupinovým aktivitám, ale dopřejeme mu individuální aktivity. Nabídka skupinových aktivit však i pro něj musí být zachována.

Zgola (2003, s. 150) shrnuje potřebnost programu činností a životních zkušeností tak, aby obnovily pocit sebe samého jakožto ceněného, zodpovědného, milovaného a milujícího jedince. A toto by mělo být cílem zodpovědného a citlivě reagujícího plánování aktivit.

„Vzhledem k tomu, že potřeby člověka jsou uspokojeny tehdy, když je vyhověno celé paletě věcí, které tvoří jeho život, musí program aktivit čerpat ze spektra každodenních aktivit stejně jako z mimořádných událostí.“ (Zgola, 2003, s. 150)

Dle Zgoly (2003, s. 153), aby byla činnost smysluplná, musí splňovat určitá kritéria. Každá prováděná činnost musí být příjemná, dělána dobrovolně a musí mít jasný účel. Dále by měla být společensky přijatelná a nesmí vést k neúspěchu.

2.5 Měkké dovednosti a další charakterové vlastnosti aktivizačního pracovníka

Pro práci se seniory s demencí jsou zapotřebí nejen odborné znalosti a získání odborné kvalifikace pro práci AkP ale i osvojení a rozvoj tzv. měkkých dovedností.

„Měkké kompetence jsou definovány jako soubor vrozených a získaných osobních charakteristik, postojů, znalostí a dovedností, které vedou k požadovanému pracovnímu výkonu jedince.“ (MPSV, 2022)

„Termín měkké dovednosti znamená, jak dobře se okážeme vypořádat nejen s lidmi a jejich způsoby chování, ale také se sebou samými.“ (Peters-Kühlinger a John, 2007, s. 13)

Dle Peters-Kühlinger a John (2007, s. 14) jsou měkké dovednosti znakem emoční inteligence. Takoví lidé disponují například těmito schopnostmi:

- Pozorování a vnímání druhých i sami sebe
- Jsou vysoce motivováni
- Disponují schopností vcítit se do druhých
- Mají výborné komunikační dovednosti

Na rozdíl od „tvrdých“ kompetencí nejsou závislé na formální kvalifikaci jednotlivce. Měkké dovednosti jsou proječovány určitým chováním navenek. AkP musí umět zvládat verbální komunikaci se seniory (se všemi jeho specifiky – mluvit pomalu, srozumitelně, mnohdy s použitím jednodušších slov a slovních spojení atd.), taktéž musí výborně ovládat neverbální komunikaci. To, že nepracuje sám, ale je většinou součástí pracovního týmu napovídá, že je nutné s druhými spolupracovat a naučit se pracovat v týmu, prosazovat své názory a náměty, nacházet kompromisy a naučit se druhým naslouchat a kriticky přistupovat k odlišným názorům. Dokázat druhé přesvědčit a nadchnout pro danou aktivitu, rovněž není vždy zcela jednoduché. Důraz je kladen i na samostatnost a dokončování úkolů.

AkP musí ovládat techniky k řešení problémů a konfliktů a nutností je též osvojit si dovednost vyjednávání.

Plháková (2004, s. 285) formuluje problém jako situaci, v níž je sice známý cíl, ale nejsou známy prostředky k jeho dosažení. Řešíme-li problém, tak se myšlením snažíme odvrátit nepříznivou situaci a získat něco pozitivního. Během této cesty překonáváme různé překážky.

Velmi podstatnou vlastností je i flexibilita a umění se přizpůsobovat potřebám a přáním klientů i svým spolupracovníkům či požadavkům sociální služby. Neméně podstatnou dovedností je osvojení asertivního jednání. Je to komunikační dovednost, díky níž se dokážeme prosazovat, ale zároveň respektujeme potřeby, názory a chování druhých. Přitom si zachováváme sebeúctu a rovněž tím projevujeme úctu k druhým.

Již ze své podstaty musí být AkP kreativní, měl by přinášet nové náměty, nápady a inovace. Být otevřený námětům druhých a být ochoten se prakticky stále učit novým věcem. Z praxe víme, že AkP musí být tak trochu herci, učitelé, moderátoři, komentátoři, klauni, zpěváci, hudebníci, výtvarníci, sportovci a trenéři, opraváři, zahradníci, psychologové, zdravotníci, švadlenky či pekaři. Zkrátka od každého řemesla umět trochu. Předpokládá se i pevný charakter a stabilní osobnost AkP, včetně dodržování etických hodnot a principů. Zde je pouze krátký výčet toho, co musí zvládat AkP a čím má být vybaven. Mnohdy ale ani to vše nestačí. Lze konstatovat, že AkP musí mít rád lidi a to se všemi svými nedokonalostmi, náladami a duševními či fyzickými omezeními.

Peters-Kühlinger a John (2007, s. 17) vyjmenovávají **11 nejdůležitějších měkkých dovedností**, kterými jsou:

1. komunikační dovednosti
2. zdravé sebevědomí
3. empatie
4. týmovost, kolegiálnost
5. přijímat a reagovat na kritiku
6. analytické myšlení a schopnost se učit novým věcem
7. důvěryhodnost
8. disciplína a sebeovládání
9. zvládání konfliktů
10. zvědavost
11. schopnost uplatňovat svůj názor

3 OSOBNOST

„Osobnost lze definovat jako příznačné a charakteristické vzorce myšlení, emoci a chování, které tvoří individuální osobní styl i interakce s fyzickým a sociálním prostředím.“ (Nolen-Hoeksema a kol., 2012, s. 537)

Dle Mahrové a Venglářové (2008, s. 38) se osobnost vyvíjí na základě genetických předpokladů a zároveň je utvářena vnějšími vlivy. V dospělosti bývá zachováno tzv. jádro osobnosti. Psychicky zdravý dospělý jedinec považuje svou osobnost za jedinečnou. Můžeme říct, že je to jedinečný soubor somatických a psychických vlastností.

Jednotlivci se od sebe liší individuálními soubory vlastností a způsobem reagování, svými povahami (charaktery), konstituční stránkou – temperamentem (Zvolský, 1994, s. 61).

3.1 Osobnostní předpoklady pracovníků v sociálních službách²

Vzhledem k obsahu dalšího textu, je nutné si předem objasnit, proč nyní budeme popisovat osobnostní předpoklady na pracovní pozici PSS a ne pouze osobnostní předpoklad aktivizačních pracovníků. Tito pracovníci mají mít totožné osobnostní předpoklady jako ostatní PSS (obslužná péče), proto je v této části diplomové práce nebudeme rozlišovat.

Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013, s. 117) je pro PSS nezbytné, aby měli celou řadu dovedností a osobnostních předpokladů (patří sem: empatie, aktivní naslouchání, přitažlivost, zdatnost a inteligence, komunikační schopnosti).

Matoušek mimo jiné uvádí i fyzickou zdatnost, která je nezbytná pro vykonávání profese pečujícího. Je důležité si udržovat fyzickou kondici cvičením, správnou životosprávou a výživou. Mezi předpoklady patří i touha po dalším vzdělávání a prohlubování si dosavadně získaných znalostí a dovedností. Být otevřený k novým teoriím i praktickým technikám a inovacím. Přírozenou složkou osobnosti by měly být také socioemoční dovednosti a rozvíjení sociální inteligence (2013, s. 52).

Dalšími důležitými předpoklady PSS je důvěryhodnost, diskrétnost, angažovanost, spolehlivost, flexibilní důraznost a porozumění. Klient s demencí je velmi citlivý na tyto pracovníkovi projevy a dokáže rozlišovat smysl pro čestnost a sociální spravedlnost, srdečnost, vřelost, opravdovost a otevřenost (Řezníček, 1997, s. 23).

² Pracovník v sociálních službách - dále jen PSS

Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 118) neopomíjejí nezbytnou dovednost a to komunikační dovednost. Důležitost této dovednosti spočívá v tom, že je základním prostředkem pro navázání vztahu s klientem, získání si jeho důvěry a započetí spolupráce. Jen tak může vznikat podpůrný vztah mezi PSS a klientem. Součástí vhodné a správné komunikace je naslouchání. Jedná se o schopnost vnímat verbální i neverbální signály sdělované klientem. PSS na základě znalostí a dovedností z oblasti komunikace sleduje veškeré projevy klienta, analyzuje, vyhodnocuje je a na základě toho jedná. Neméně důležitá je empatie. Empatie znamená vcítění se do klientových pocitů, jeho problémů a uvažování. Rovněž nám pomáhá reagovat s porozuměním a pochopením. Klientovi s demencí neprospívá, pokud mu není empatie pracovníkem projevna. Mezi komunikační dovednosti PSS řadíme i analýzu klientových prožitků. Jedná se o schopnost nalézt, vyjádřit a popsat pocity, zážitky a chování klienta a tyto poznatky si navzájem sdílet. Empatie je součástí emoční inteligence. Jedná se o umění dobře zacházet s emocemi, ztotožňovat se s cítěním, chápáním druhých osob, schopnosti naslouchat a vnímat neverbální komunikaci.

V obecné rovině platí, že mimo odborných kompetencí PSS má disponovat určitými vrozenými osobnostními rysy a má být vyzrálou osobností. Odpovědnost je vedle porozumění, obětavosti, empatie a prosociálního chování jedním ze základních předpokladů pro úspěšnou práci pomáhajícího pracovníka. Základem je rovněž osobní přístup pracovníka při práci klientem s demencí. Důležitá je i emoční rovnováha, vytrvalost, trpělivost a výdrž, neboť jen tak může pracovník dosáhnout osobního zaujetí a tak potřebné neutrality (Hrozenková a Dvořáčková. 2013, s. 125).

Dle Holmerové (2018, s. 211) všechny zmíněné předpoklady, schopnosti a vlastnosti pracovníka, ochota spolupracovat jak s klientem samotným, tak s jeho rodinou a ostatními pečujícími multidisciplinárního týmu, společně s osobním nastavením, respektováním a úctou ke klientům s demencí vytváří podmínky pro zjištění péče zaměřené na člověka (Person Centred Care).

A co přesně vede pečující věnovat se a pomáhat seniorům s demencí? Jaké motivy vede PSS starat se, pečovat a pomáhat? Jde o psychicky i fyzicky náročnou práci, která v sobě skrývá mnohá rizika a budoucí komplikace (př. stresové faktory jako úmrtí klienta, konflikty a střety zájmů s rodinami, vnímání bolesti a utrpení, nespokojenost klienta či neocenění práce ze strany rodiny). Může jít o spojené motivy související s touhou po moci, naplňováním vlastních potřeb či tužeb být potřebný.

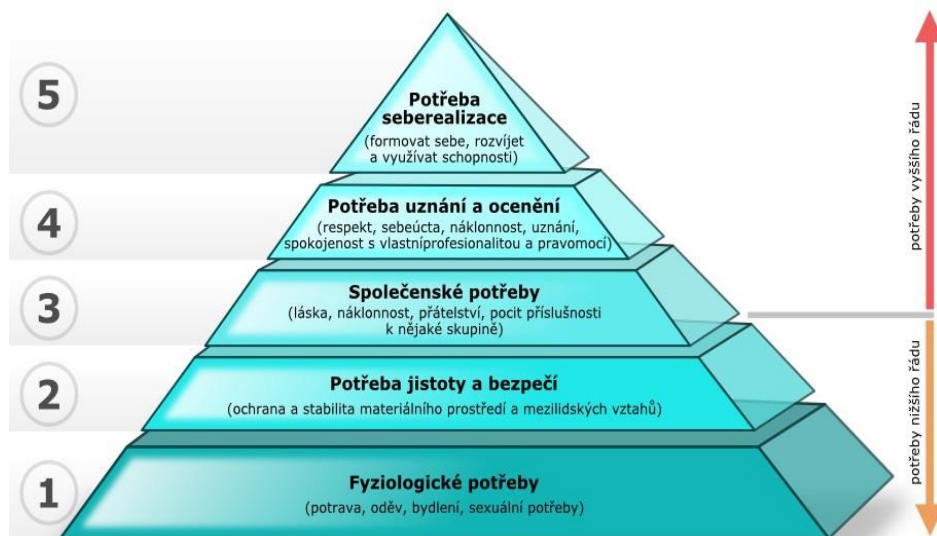
3.2 Motivace a motivy pro výkon povolání aktivizačního pracovníka

Nejprve bychom chtěli tyto dva pojmy od sebe odlišit a to proto, že se nejedná o synonymum. Pojem motivace je v odborné terminologii značně nejednotný.

Dle Hartla a Hartlové (2000, s. 328) je motivace nejčastěji chápána jako intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energetizace organismu, což je projeveno vnitřním napětím, tlakem, neklidem, zmatkem a činností narušující rovnováhu. V motivaci k činnosti se uplatňuje osobnost pracovníka, hierarchie osobních hodnot, schopnosti, životní zkušenosti i praktické dovednosti. Motivace je hybnou silou, která dává člověku energii něco dělat a probouzí v nás aktivitu k určitým činnostem. Motivace je vztahem mezi motivem a hybnou situací. Dle Klevetové (2017, s. 43-44) je motivace pákou lidského chování, které nás nutí uspokojovat vlastní potřeby. Klevetová dále rozděluje **tři klíče motivace**:

1. Touha dosáhnout cíle
2. Důvěra ve vlastní schopnosti
3. Vlastní představa dosažené změny

Naopak motivy jsou úzce spjaty s hierarchií potřeb. Psycholog Abraham Maslow vypracoval hierarchii potřeb (viz. obrázek č. 1). Dle Plamínka (2015, s. 130) Maslow věří ve specifické potřeby v roli motivů a vnitřní růst člověka směrem k sebeaktualizaci, jsou-li k tomu příznivé podmínky. Maslow uvádí „Dříve než se významným zdrojem motivace stanou výše umístěné potřeby, musí být alespoň částečně uspokojeny níže uvedené potřeby.“ (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 565)



Obrázek č. 1 Hierarchie potřeb (MASLOWOVA TEORIE MOTIVACE, © 2023)

Nejvyšší motivace (seberealizace) může být naplněna teprve po uspokojení všech ostatních potřeb (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 565).

Vědomé motivy obvykle představují krásné a ušlechtilé cíle a ideály (př. pomáhat druhým nést jejich obtíže a být potřebný). Na druhé straně nevědomé motivy mohou obsahovat různé pohnutky, pocity a přání. Mohou pramenit z nenaplněných sociálních/společenských potřeb, frustrací (př. abych nebyl sám, budu pomáhat). Jedná se většinou o potřeby vyššího řádu.

Dle Vávrové (2012, s. 111-112) s prací pomáhajících pracovníků je úzce spjat koncept sociálně inteligentního doprovázení a jeho pět složek emoční inteligence, která zahrnuje **pět základních schopností**. Jedná se o:

1. Sebeuvědomění – pracovníci se učí vážit si sama sebe, odhalují své možnosti a schopnosti, pracují se svým optimismem a snaží se porozumět druhým i jejich motivům.
2. Sebeovládání – pracovníci zvládnou usměrnit vlastní emoce, ovládají své impulsy, nerozhodují se ukvapeně, učí se osvojovat si odstup od problémů i citového odpoutání se, schopnosti odložit uspokojování vlastních zájmů ve prospěch dosahování cílů a druhých. Rovněž sem patří vyrovnání se s emoční zátěží.
3. Motivaci – snaha o neustálé zlepšování se a usilování o dobré výkony spojené s vysokou mírou angažovanosti. Důležitá je rovněž iniciativa, odolnost a zachování si optimistického nadhledu.
4. Empatii – porozumění vůči druhým, bere zřetel a zohledňuje individuální přání a potřeby seniorů s demencí. Má citlivý přístup a dokáže podporovat druhé. Dokáže vytvářet přátelské vztahy k velkému okruhu osob. Vymětal a Rezková (2001, s. 83) definují „empatii jako schopnost projevující se tím, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka, které souvisí s určitými obsahy jeho vědomí, tedy i zkušenostmi, spolu s individuálními významy, jež pro něho tyto obsahy a zkušenosti mají.“ Empatii chápou jako „pocitově nesený způsob poznávání jiného jedince, jenž se projevuje ochotou a snahou co nejpřesněji vnímat, zachytit a pochopit jeho aktuální i potenciální vnitřní svět se všemi subjektivními významy a pocity.“ Empatie má základ v intuici, provázané emočním souzněním a pozitivním zájmem o druhého jedince.

5. Sociální dovednosti – zvládání vlastních emocí, navazování a udržování si vztahů, otevřená komunikace a spolupráce s druhými. Velký důraz je kladen na umění vedení lidí, umění umět přesvědčovat pro dobrou společnou věc, umění vyjednávat a usmířovat kolektiv lidí v zájmu týmové spolupráce. Dle Fontany (2017, s. 13) sociální dovednosti souvisí s efektivitou a komunikací, jak si sdělujeme významy, rady a záměry mezi sebou navzájem a jak tím ovlivňujeme chování druhých.

3.3 Kompetence aktivizačních pracovníků

Nyní bychom se chtěli krátce zmínit o kompetencích. Pokud bychom se zblízka podívali na kompetence aktivizačních pracovníků, platí pro ně podobný kompetenční model jako pro ostatní pracovníky v pomáhajících profesích, samozřejmě doplněný o odborné specifické kompetence. Totožné budou odborné obecné kompetence a tzv. měkké kompetence u PSS se zaměřením na obslužnou péči.

Hladík (2010, s. 29) se vyjadřuje k pojetí pojmu kompetence následovně: „Dnes je často užívané pojetí pojmu kompetence jako souboru znalostí, dovedností, zkušeností, metod a postupů, ale také například postojů, které jednotlivec využívá k úspěšnému řešení nejrůznějších úkolů a životních situací a které mu umožňují osobní rozvoj i naplnění jeho životních aspirací.“

Jelínková a kol. (2009, s. 82) definuje kompetence jako „souhrn znalostí, dovedností, hodnot, chování a postojů, které umožňují pracovníkovi vykonávat jeho profesi bezpečně, efektivně a legálně.“ Zahrnuje v sobě autonomii pracovníka, schopnosti, sebeřízení a uvědomování si vlastních hranic a limitů, i hranic své pomáhající profese. Kompetence vnímá jako základ, na němž je možné stavět, odborně růst, rozvíjet se do hloubky a širě znalostí i dovedností tak, aby se jedinec mohl stát odborníkem pro danou oblast. Rovněž kompetence souvisí s procesem, kterým jsou aktivity vykonávány, jeho výsledkem a účinkem.

Vávrová (2012, s. 108-112) rozumí pod pojem kompetence standardy práce, v nichž jsou formulovány také kvalifikační předpoklady, bez nichž by výkon práce na dané pracovní pozici či funkci byl nestandardní. Kompetence bývají také označovány jako minimální kvalifikační požadavky. Autorka dělí kompetence na sociální, emoční a praktické.

Sociální kompetence jsou schopnosti jedince kontrolovat a zvládat sociální situace v souladu s vlastními cíli a současně vnímat reakce a rozpoložení druhých osob. Rozumí se

taktéž schopnost tak potřebné týmové spolupráce, kooperace, schopnost reagovat na konfliktní situace, komunikativnost, nakládání s vlastní hodnotou, schopnost reflexe vůči sobě samému, sebekritičnost a posuzování sám sebe atd.

Emoční kompetence určují schopnost spolupracovat s druhými, získávat si s nimi dobré vztahy, mít radost a pociťovat spokojenost v životě. Nedílnou součástí je odpovědnost k sobě, respekt k druhým a uvědomování si svých silných stránek.

Praktické kompetence nejsou v odborné literatuře nějak více specifikovány. U aktivizačních pracovníků souvisejí přímo s pracovní náplní. Je zapotřebí, aby byl pracovník schopen využívat odborné teorie, specifické přístupy a volnočasové metody v praxi. Aby dokázal seniora s demencí motivovat k činnosti, povzbuzovat, pomáhat a posilovat jeho sociální začleňování. Aby dokázal vést nejen skupinovou aktivizaci, ale byl profesionálem i v oblasti individuálních aktivit. Velký důraz je kladen i na výborné organizování zájmových činností, zvládnutí efektivní motivace, v posilování a udržování mentálních i fyzických funkcí. Nedílnou součástí je i osvojení a zvládnutí aplikace nových metod aktivizačních činností a zavedení do praxe.

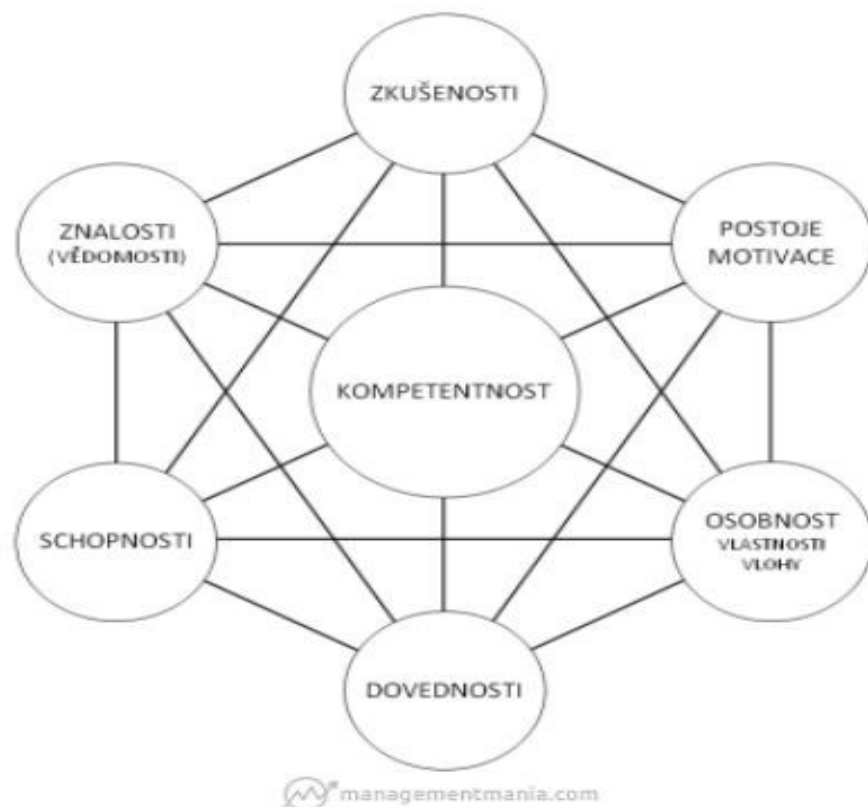
Kopřiva (1997, s. 14-15) uvádí, že na rozdíl od jiných povolání hraje v této profesi velmi podstatnou roli prvek - lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem. „*Tato myšlenka je obsažena v rozšířeném názoru, že v těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný.*“

Dle interního dokumentů SeneCura SeniorCentrum Šanov mezi **odborné specifické kompetence**, které má AkP zvládat na výborné úrovni řadíme:

1. Oblast demence - práce se životním příběhem klienta (biografická anamnéza), přístup ke klientům s demencí, profesionální využívání validace aj.
2. Oblast geriatrické péče a podpory – uplatnění geriatrických a gerontologických znalostí. Dále profesionální aplikace postupů péče v zařízení (aromaterapeutická péče; bazální stimulace aj.)
3. Oblast gerontopsychiatrie – zvládnutí krizových situací s chováním klientů (útoky, útěky, agrese aj.)
4. Oblast doprovázení a paliativní přístup – paliativní péče
5. Oblast řízení rizik v oblasti ošetrovatelství – prevence podvýživy a dehydratace, prevence pádu, prevence dekubitů

Mezi obecné kompetence řadí na vysoké úrovni znalosti a dovednosti:

- práce s dokumentací,
- empatii,
- schopnost rozhodovat se,
- myšlení v souvislostech,
- mezioborová spolupráce na úrovni zařízení,
- organizační dovednosti,
- ekonomické myšlení,
- práce se zpětnou vazbou a sebereflexe (sebehodnocení),
- komunikační dovednosti,
- dovednosti pro řešení konfliktů,
- proklientský přístup,
- prezentace domova.



 managementmania.com

Obrázek č. 2 Kompetence

(ManagementMania.com, online, citace 2023-02-19)

4 PODPORA PRACOVNÍKŮ, DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ A RIZIKA

Být aktivizačním pracovníkem neznamena obětovat se klientům. Pokud chce pracovník efektivně pomáhat klientovi, musí se naučit vnímat i své vlastní potřeby. Pokud je pracovník vyrovnaný, rozvážený, odpočatý, osobnostně vyzrálý a spokojený ve svém osobním životě, pak bude teprve cenným přínosem pro klienty i organizaci. Pomáhající profese sama o sobě je velmi náročná a vytváří mnohdy na pracovníky velké tlaky, které musí ustát. Na tom, aby pracovník nevyhořel a cítil se ve zdraví a pohodě, je třeba neustále pracovat. Hauke zdůrazňuje důležitost zdravého životního stylu, zvláště pak zdravé stravování, dostatek pohybu, pozitivní přístup k životu, i celoživotní vzdělávání. Nutnost naučit se odpočívat i osvojit si konstruktivní přístup k řešení problému, které v životě řeší každý jedinec. Rovněž také naučit se myslet pozitivně a využívat v komunikaci asertivitu, mít zdravé sebevědomí a respektovat své potřeby (Hauke, 2017, s. 230).

V následujících podkapitolách podáme krátké seznámení s podpůrnými nástroji jako je supervize, intervize, multidisciplinarita, podpora dalšího vzdělávání i možná rizika jako je syndrom vyhoření.

4.1 Supervize a intervize

Jedním z nástrojů pro zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb, ale i k získání zpětné vazby vzhledem ke kvalitě těchto služeb, je supervize. Nastavuje nám zrcadlo v oblasti jako je kvalita služeb, ale i úroveň péče (Horecký a Filip, 2020, s. 237).

Supervizi rozumíme podporu pracovníka nebo pracovního týmu při řešení obtížných situací prostřednictvím nezávislého odborníka. V kontextu sociálních služeb je supervize zakotvena v ZSS a jeho přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., provádějícího předpisu. Dle Horáka (2022, s. 17) „V kritériu 11.6 je definován smysl tohoto standardu: *Pro pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli, zajišťuje zařízení podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka za účelem řešení problémů, jež jednotliví pracovníci nebo pracovní týmy zažívají v pracovních situacích. Tato forma podpory se odborně nazývá supervize. Supervize znamená ve všech pomáhajících profesích zamýšlení se nad profesionálním jednáním pracovníků, nad fungováním pracovních týmů nebo celého zařízení.*“

Základním principem je bezpečný vztah mezi supervizorem a supervidovaným zaštitěným kontraktem (Venglářová, 2007, s. 86).

Jakou funkci má tedy supervize? Horák (2022, s. 14-15) se zmiňuje o **třech základních funkcích supervize**.

1. Funkce **vzdělávací** – tato funkce je často zmiňována v kontextu dalšího vzdělávání pracovníků. V rámci vykonávání své profese se snažíme o aplikaci teoretických poznatků a snažíme se je adekvátně použít v praxi. Prostřednictvím supervizora, který v nás rozvíjí sebereflexi, dostáváme zpětnou vazbu jak od něj, tak od spolupracovníků. Dostáváme tak celou paletu námětů na řešení a hledáme odpovědi sami v sobě podpoření druhými osobami. Navzájem se učíme i hledáme schůdná řešení.
2. Funkce **podpůrná** – kvůli náročné a nesnadné práci je podpora pro pracovníky skutečně žádoucí. Podpora pracovníka je ve středu zájmu supervize. Jedná se o vztahovou oblast, což je první kvalitou. Druhou kvalitou je supervizní kontrakt, který je ukotven mlčenlivostí. Třetí kvalitou je osobnost supervizora a jeho dovednost dávat druhým podporu a vytvářet vhodné prostředí pro supervizi. Jde především o sdílení a podporu jako takovou.
3. Funkce **administrativní/normativní** – tato funkce je propojena s kvalitou práce. Supervizor musí mít znalost v oblasti sociálních služeb, standardů, pravidel a metodik. Naplňuje roli kontroly kvality, poukazuje na normy a hodnoty a pomáhá rovněž stanovovat a udržovat profesní hranice.

Mezi základní etické principy supervize uvádí Hajcl a Hajclová (2011, s. 190) následující:

- Věrnost - dodržení slibů
- Možnost nápravy – snaha o nápravu možného nesprávného jednání
- Vděčnost – opětovat druhým to, co pro nás vykonali
- Spravedlivost – snaha o spravedlnost ke druhým
- Altruismus – dělat něco pro blaho druhých
- Sebezlepšování – pracovat sám na sobě
- Neublížování – vědomě druhým neublížovat, neohrožovat je

Mahrová a Venglářová (2008, s. 16) rozlišují **formy supervize**:

- a) Týmová supervize – této supervize se účastní všichni pracovníci týmu. Zaměření supervize je především na spolupráci v týmu, zlepšení v oblasti komunikace a efektivity práce týmu. Vedení či zástupce vedení je přítomno pouze po předchozí domluvě s týmem.
- b) Skupinová supervize – na tomto setkání jsou projednávány témata o práci a klientech. Cílem je předávání si nových poznatků a získávání nových dovedností za účelem profesionalizace.
- c) Individuální supervize – probíhá pouze mezi supervizorem a jedním pracovníkem. Řeší se pracovní problematika pracovníka.

Hajcl a Hajclová (2011, s. 191-192) doplňují formy supervize o přídavné jméno „případové“ individuální/ skupinové supervize. Rovněž do dalších forem supervize ještě zařazují tzv. Balintovskou skupinu, jehož podstatou je strukturovaná diskuse členů pracovního týmu. V průběhu této techniky se účastníci učí naslouchat, pozorovat a sledovat vlastní pocity, dále se snaží o poskytnutí podpory a aktivně se zapojují do problematiky z různých úhlů pohledu. Jako další specifickou formu supervize uvádí supervize plánování služby a audit plánování služby.

Dle Kopřivy (1997, s. 137) je Balintovská skupina zvláštní metodou supervize a je využívána především v psychoterapii. Dlouhodobá účast v Balintovské skupině působí obdobně jako tzv. sebezkušenostní skupina. Především se jedná o podporu sebereflexe.

Tím náročným, s čím supervize pracuje, je upřímnost a to jak ve vztahu k sobě samému, tak i k druhým. Mnohdy se jedná o přiznání si nejnítěžnějších pocitů. To, co je možné považovat za dalším složitým a těžkým prvkem supervize je to, aby se účastníci supervize uměli vyjádřit takovým způsobem, aniž by se dotkly lidské důstojnosti druhých osob. Je třeba připravit skupinu na to, že se musí účastníci supervizního setkání navzájem respektovat.

„Supervize se stává cyklickým procesem, který nemá začátek ani konec. Nikdy nemůžeme považovat proces supervizní podpory pracovníků pomáhajících profesí za finální.“
(Vávrová, 2012, s. 132)

Intervize, autovize

Dle Smetáčkové a kol.(2021, s. 51) je intervize technika kolegiálního sdílení, která pomáhá uvnitř organizace nebo profesní skupiny bez přítomnosti vedoucího externího supervizora. Matoušek (2013, s. 356) se vyjadřuje k této formě podpory tak, že dochází ke konzultaci kolegů k určitému případu/problému. Skupina či tým se schází bez přítomnosti osoby supervizora. Organizační požadavky i obsah setkání jsou obvykle svěřeny jednomu ze členů skupiny. Je určena i osoba, která setkání moderuje. Intervize se často iniciují z vlastní potřeby. Jedná se o svépomocnou formu rozvoje. Intervize probíhá volnou formou sdílení nebo má podobnou osnovu jako má supervize.

V odborné literatuře se dočteme i o dalším pojmu, který není tak známý a to o autovizi /autosupervize, sebesupervize/. Jedná se o proces sebereflexe pracovníka. Pracovník pracuje sám se sebou, sám sobě pokládá otázky a poté hledá odpovědi. Vědomě si všímá svých postupů, pocitů i tělesných reakcí při práci s klientem. Může využít písemný zápis nebo audio či video záznam). Poté proběhne vyhodnocení (Matoušek, 2013, s. 357).

4.2 Další vzdělávání a zaškolení

Sociální služby procházejí neustálými změnami a vývojem. Je proto nutné, aby tito pracovníci měli možnost dalšího vzdělávání.

ZSS, §116, odst. 9, ukládá povinnost zaměstnavateli zabezpečit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání. Rozsah vzdělávání je stanoven na 24 hodin za kalendářní rok. Tímto vzděláváním si pracovník oživuje, utužuje a doplňuje svou profesní kvalifikaci.

V §111 odstav. 2, ZSS jsou vymezeny tyto formy dalšího vzdělávání:

- a) specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazujícími na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka;
- b) účast na kurzech s akreditovaným programem;
- c) odborné stáže;
- d) účast na školicích akcích;
- e) účast na konferencích.

Zaměstnavatel pak navrhuje a rozhoduje o tom, jaké školicí akce a akreditované kurzy jsou prioritní ve vztahu k cílové skupině a zaměření sociální služby. Je vhodné, aby se na

tématech školení podílelo nejen vedení a vedoucí jednotlivých úseků, ale aby se do rozhodování o konkrétních tématech školení zapojili i konkrétní pracovníci.

Co se týká aktivizačních pracovníků, v zařízení jsou ve většině případů v menším počtu vzhledem ke svým kolegům PSS obslužná péče. Jedná se o jednotlivce či malou skupinu pracovníků.

Je příhodné, aby každý z aktivizačních pracovníků byl proškolen v základních tématech, která jsou všeobecná, např. práce s klienty s demencí, agresivita klienta, efektivní komunikace s klientem s demencí, Alzheimerova choroba, rizikové chování klientů s demencí, specifika komunikace s klienty s demencí, asertivní chování, rizikové situace, psychosociální podpora pro umírající, psychohygiena a prevence syndromu vyhoření atd. Vedle těchto všeobecných témat je však potřeba zajistit aktivizačním pracovníkům kurzy a školení z níže uvedených oblastí, které jsou současně zaměřeny na klienty s demencí:

- Aktivizace a motivace
- Arteterapie
- Bazální stimulace
- Dramaterapie
- Ergoterapie
- Paměťová cvičení
- Pohybová a taneční terapie apod.
- Reminiscenční terapie
- Smyslová stimulace (včetně obsluhy mobilního snoezelenu)
- Techniky validační terapie
- Zahradní terapie
- Zooterapie (canisterapie, felinoterapie, hipoterapie, ornitoterapie, terapie pomocí menších zvířat, terapie prostřednictvím hospodářských zvířat)

4.2.1 Zaškolení nového aktivizačního pracovníka

Neméně podstatným tématem je i postupné zaškolení nového aktivizačního pracovníka. Pokud splňuje kvalifikační a odborné předpoklady pro výkon této pracovní pozice, jeho přímý nadřízený nastaví další vzdělávání a zajistí mu účast na školicích akcích a kurzech, i tak je zapotřebí určité období pro zaučení pracovníka v zařízení. Pokud vyplývá z pracovní smlouvy zkušební doba, může zařízení využít pro zaškolení právě toto období.

Onboarding je proces nástupu, adaptace a průběhu začlenění nového pracovníka do zařízení, týmu i pracovní role. Je vhodné nejen informace předávat jednostranně prostřednictvím vedoucího pracovníka, ale je dobré využít i případné pracovní pozice mentora/školitele či služebně starších kolegů, kteří postupně seznamují s prostředím, dokumentací, vnitřními předpisy, metodikami atd. Kvalitní zaškolení zvyšuje spokojenost nového pracovníka i jeho produktivitu (Hájková a kol., 2020, s. 34-35).

V příloze P I. je uveden příklad onboardingu pro pracovní pozici aktivizačního pracovníka z domova SeneCura SeniorCentra Šanov.

Nově přijatý pracovník nastupuje do zařízení většinou plný nadšení, očekávání a odhodlání a při nedostatečném zaučení může u něj nastat rozčarování, rezignace nebo se může projevit syndrom vyhoření.

4.3 Syndrom vyhoření a jeho prevence

Jak již bylo výše zmíněno, práce aktivizačních pracovníků je velmi náročná a psychicky zatěžující. Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 125) upozorňují na náročnost profese v oblasti osobního přístupu pracovníka ke klientům. Je nutná emocionální rovnováha, výdrž i osobní zaujetí. Pomáhajícím profesím, ale nejen těm, hrozí komplikace v souvislosti se syndromem vyhoření.

Matoušek definuje syndrom vyhoření (burn-out syndrome) jako „*soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Syndrom vyhoření je vždy výslednicí interakce podmínek k práci, ve které pomáhající profesionál pracuje, a subjektivního očekávání konkrétního pracovníka. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby.*“ (2013, s. 55)

Dlouhodobý kontakt s klienty s demencí vyžaduje ze strany pracovníků vysokou míru nezdolnosti a schopnosti vyrovnávat se s pracovním stresem. U každého pracovníka se jedná o různé motivy pro tuto práci, od náboženského přesvědčení až po uvědomovanou snahu pomáhat a být potřebný. Všichni chtějí dosáhnout pocitu uspokojení, ať již mají motivy pro svou profesi jakékoliv (Matoušek, 2013, s. 55).

Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013, s. 129) „*syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků, které se projevují zejména ztrátou radosti ze života, ztrátou energie a nadšení, potřebných při výkonu profese.*“ Člověk cítí, že selhal a že všechna snaha byla marná a bezvýznamná. Rovněž to, že energii a očekávání vložená do pracovního úsilí nebyla oceněna. Syndrom se projevuje různými příznaky jako je např. fyzické a emocionální vyčerpání, stálá únava, nechutenství, nespavost, nechuť až odpor k práci, negativním nastavením a postojem ke všemu, co se týká práce.

Prevence syndromu vyhoření:

- Haškovcová (2010, s. 281) uvádí, že je důležité pečovat o psychickou pohodu pomáhajících a jejich psychický komfort. Kromě dodržování zásad duševní hygieny, je potřeba zajišťovat pracovníkům již zmíněnou pravidelnou odbornou supervizi či intervizi a ve všech různých formách. Důležité je také předem pracovníkům vysvětlovat význam této podpory.
- Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 131) uvádějí například i znalost pracovníků v oblasti poslání, metod a náplní práce, standardů i vnitřních pravidel. Dále pak existence zaškolování nových pracovníků, zajištění případových konferencí, omezení administrativní zátěže i definování náročných oblastí práce, kde bude posílena personální stránka.
- Zajištění dalšího vzdělávání ve specifických oblastech péče o klienty s demencí (zvyšování odborné kvalifikace).
- Pravidelné hodnocení zaměstnanců i možnost vyjádření se na společných poradách, kde dochází k systému výměny informací, či možnost využití individuálního rozhovoru s vedoucím pracovníkem či nadřízeným.

Každý pracovník, který pracuje v pomáhajících profesích a chce tuto práci vykonávat dlouhodobě a s plným nasazením, snaží se o kvalitně odvedenou práci s cílem zajistit

klientům kvalitní sociální službu, má mít v sobě zpracovány nejen osobní motivy, proč chce tuto práci vykonávat, ale měl by mít připravenou celou škálu svých podpůrných opatření a technik, které využije v případě, kdy se u něj objeví příznaky syndromu vyhoření. Protože je běžné, že se čas od času každému pracovníkovi objeví nějaký příznak tohoto syndromu, ví potom kam sáhnout.

Aktivizační pracovníci tím, že jsou ve většině zařízení v menšině, mohou mít častěji pocit, že jejich práci ne všichni dobře rozumí, častěji musí obhajovat svou práci a mohou se dostat častěji do stavu určité bezmoci či nepochopení ze strany většiny. A to nemluvě o ocenění práce. Nejen podpora ze strany vedoucích pracovníků a vedení zařízení je v tuto chvíli potřeba, ale je nutné jít po konkrétní příčině příkladného nepochopení ze strany většiny. Objasňování, vysvětlování, proškolení většiny ba i obhajoba svého konání je často nedostačující. V této situaci je potřeba sáhnout do svých osobních podpůrných technik. Může to být například: pohyb venku, poslech hudby, hra na hudební nástroj, fyzická práce, kontakt s přáteli, dovolená, výtvarničení, tvoření, domácí práce, psaní deníku, taneční aktivity, sportovní aktivity, relaxace apod.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V rámci praktické části je definován cíl výzkumu, výzkumné otázky a v krátkosti je rovněž popsána metoda kvalitativní výzkumné strategie, která je zvolená pro výzkumné šetření, dále technika sběru dat a kritéria pro výběr výzkumného vzorku. Obsahem je i popis výzkumného souboru a charakteristika respondentů a samotný průběh výzkumu včetně tabulky s kategoriemi a kódy. V souvislosti s cílem výzkumu je definována hlavní výzkumná otázka a na ni navazují dílčí výzkumné otázky. Před samotnou interpretací získaných dat byla řešena i etická oblast výzkumu a to etika výzkumu a výzkumníka.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

V diplomové práci jsme se zaměřili na AkP v pobytových sociálních zařízeních, které poskytují službu seniorům s demencí v domovech se zvláštním režimem.

Výzkumný problém

Miovský (2006, s. 88) se vyjadřuje k výzkumnému problému následovně: „*Výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvalitativního. Výzkumná otázka má být položena jasně a klademe na ni podobné nároky jako na hypotézu. Musí být zřejmé, že v rámci zamýšleného výzkumu (za použití plánovaných metod a postupů) jsme na výzkumné otázky vůbec schopni odpovědět.*“

Chrástka (2007, s. 17) doporučuje, aby výzkumný problém byl formulován konkrétně, jednoznačně a v tázací formě.

Reichel (2009, s. 40) uvádí řadu rozdílných postupů v kvalitativním přístupu, které se snaží najít především pochopení zkoumaného sociálního problému. Zaměřuje se na nejkompexnější obraz i vztahy s dalšími aspekty.

Definice výzkumného problému zní: **Jaké má mít osobnostní vlastnosti, kompetence a předpoklady AkP ve své pracovní činnosti pokud se profesně věnuje seniorům s demencí?**

Výzkumný cíl

V souvislosti s cílem výzkumu byla vydefinována hlavní výzkumná otázka. Poté byly vypracovány navazující dílčí výzkumné otázky.

HVO: Cílem výzkumu je zjistit a popsat osobnostní a profesní role pracovníka zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a poskytnout souhrn nejdůležitějších předpokladů a kompetencí pro výkon této profese.

DVO1: Jaké znalosti a dovednosti má mít AkP, aby kvalitně poskytoval volnočasové aktivity pro seniory s demencí?

Pro získání informací a možné vyhodnocení byly v rozhovoru použity otázky:

- Jaké akreditované kurzy či odborná školení jste absolvoval/la, které Vám pomohly při práci AkP?
- Které tři kompetence³ považujete za stěžejní při Vaší práci?
- Jaké další kompetence je třeba si osvojit pro práci AkP se seniory s demencí, abyste svou práci mohl vykonávat co možná nejkvalitněji?

DVO2: Jaké základní osobnostní předpoklady má mít AkP, aby fundovaně vykonával svou práci?

Pro získání informací a možné vyhodnocení byly v rozhovoru použity otázky:

- Vyjmenujte základní osobnostní předpoklady, které považujete pro svou práci AkP za nejdůležitější?

DVO3: Jaké akreditované kurzy či odborná školení jsou potřeba absolvovat k doplnění a rozšíření své kvalifikace AkP?

Pro získání informací a možné vyhodnocení byly v rozhovoru použity otázky:

- Jaké akreditované kurzy či odborná školení byste doporučil/la nově příchozím kolegům/kolegyním pro doplnění či rozšíření své kvalifikace AkP?

DVO4: Jak předcházet stereotypům v práci AkP a zajistit, aby práce se seniory s demencí stále bavila?

Pro získání informací a možné vyhodnocení byly v rozhovoru použity otázky:

- Jak Vy osobně čelíte syndromu vyhoření a jak Vám v tom pomáhá zaměstnavatel?

³ Pod pojmem „kompetence“ rozumějme znalosti, dovednosti, schopnosti.

- Předcházíte stereotypům v práci, které by mohly mít na Vás i klientelu negativní vliv? Pokud ano, tak jak?
- Co konkrétně děláte pro to, aby Vás práce stále bavila a naplňovala?

DVO5: Jak hodnotí AkP svůj přínos v celkové péči o seniory s demencí?

Pro získání informací a možné vyhodnocení byly v rozhovoru použity otázky:

- Co Vám přináší Vaše práce a co na ní shledáváte pozitivního?
- Jak hodnotíte Váš přínos jako AkP v celkové péči o seniory s demencí?

Otázky/okruhy otázek určené pro samotný rozhovor:

1. Jaké akreditované kurzy či odborná školení jste absolvoval/la, které Vám pomohly při práci AkP?
2. Jaké akreditované kurzy či odborné školení byste doporučil/la nově příchozím kolegům/kolegyním pro doplnění či rozšíření své kvalifikace AkP?
3. Které tři kompetence⁴ považujete za stěžejní při Vaší práci?
4. Jaké další kompetence je třeba si osvojit pro práci AkP se seniory s demencí, abyste svou práci mohl vykonávat co možná nejkvalitněji?
5. Vyjmenujte základní osobnostní předpoklady, které považujete pro svou práci AkP za nejdůležitější?
6. Jak Vy osobně čelíte syndromu vyhoření a jak Vám v tom pomáhá zaměstnavatel?
7. Předcházíte stereotypům v práci, které by mohly mít na Vás i klientelu negativní vliv? Pokud ano, tak jak?
8. Co konkrétně děláte pro to, aby Vás práce stále bavila a naplňovala?
9. Co Vám přináší Vaše práce a co na ní shledáváte pozitivního?
10. Jak hodnotíte Váš přínos jako AkP v celkové péči o seniory s demencí?
11. Chtěl/la byste k tomuto tématu ještě něco dodat?

⁴ Pod pojmem „kompetence“ rozumějme znalosti, dovednosti, schopnosti.

5.2 Strategie výzkumu - kvalitativní výzkum

Pro náš výzkum jsme zvolili kvalitativní metodu sběru dat formou rozhovoru. Na základě kvalitativního přístupu chceme získat hloubkovou deskripci žádoucích zkoumaných jevů. Pokusíme se sledovat informace, které mají svůj vývoj a lze je mezi sebou porovnat. Při sběru dat sledujeme i kontext, podmínky a situaci, ve které ke sběru dat došlo. Hlavním instrumentem získání dat je sám výzkumník (Hendl, 2016, s. 49-50).

Dle Hendla (2016, s. 166-167) je vedení kvalitativního rozhovoru jak uměním, tak i vědou. Od výzkumníka to vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění i disciplínu. V průběhu výzkumu je třeba učinit řadu rozhodnutí, např. ohledně obsahu otázek, jejich formu i pořadí. Výzkumník musí řešit i délku rozhovoru, tu lze upravovat před samotným rozhovorem či v průběhu. Pozornost se musí věnovat celému procesu, jak přípravě, tak začátku i konci rozhovoru.

Důvodem výběru kvalitativního výzkumu je především dosažení hlubšího pochopení a vzhledu dané problematiky. Budeme se zaměřovat i na vnitřní názory dotazovaných respondentů, opřené o jejich dosavadní odbornou praxi. Data, která se výzkumem získají, bude možné aplikovat v oblasti péče o seniory s demencí. Předpokládáme spíše nižší reliabilitu, avšak výhodu spatřujeme v platnosti získaných dat a jejich vysoké validitě, včetně uplatnění výsledků v praxi.

Dle Gavory (2010, s. 136) je interview výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit jak fakta (obsah sdělení), tak dokáže proniknout do motivů a postojů dotazovaných. V průběhu rozhovoru můžeme sledovat i neverbální reakce respondenta a přizpůsobovat podle nich další průběh kladení otázek a celkové vedení rozhovoru.

Rozhovor má oproti dotazníku i další výhody, kterými jsou například volnost, flexibilita, bezprostřednost, osobní angažovanost či sdílená důvěrnost. Tazatel se může k tématům vracet a zpřesňovat odpovědi, které budou vést k lepšímu pochopení problematiky.

Pelikán (2007, s. 118) rozlišuje rozhovory nebo-li interview do tří druhů:

1. volný, nestrukturovaný rozhovor
2. **polostrukturovaný rozhovor**
3. strukturovaný rozhovor

Ke sběru využijeme polostrukturované rozhovory. Dle Pelikána (2007, s. 119) má tento rozhovor charakter motivační a kontaktující. Obvykle se používá pro vstup. Rovněž má formu nezávazné komunikace, jejímž podstatným prvkem je získání důvěry respondentů, s nimiž budeme vést rozhovory. Neméně podstatným prvkem je vytvoření atmosféry otevřenosti, což je důležité pro validitu výpovědí. Po této části volnější komunikace následuje strukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami.

Tato metoda je vyhovující zejména kvůli příležitostem, kdy je možné na základě sdělení respondentů přizpůsobit otázky a pružně reagovat na momentální situaci a rozpoložení dotazovaných. Otázky jsou předem připraveny a rovněž je zařazena otázka volná, která dává prostor respondentům vyjádřit se k dané problematice. V průběhu interview je možno pořadí otázek měnit s cílem získat co nejrelevantnější data. Je třeba si stále ověřovat správnost pochopení sdělení, je možné za účelem lepšího pochopení požádat o vysvětlení či doplnění.

Během sběru dat jsou rovněž sledovány reakce respondentů, nejen verbální vyjádření na danou otázku, ale je sledována i neverbální komunikace, jako např. intonace, hlasitost, důraz na některá konkrétní slova či myšlenky. Je sledována nervozita či uvolněnost dotazovaného. Výzkumník může i díky této složce lépe pochopit smysl sdělení, ale i blíže poznat osobnost samotného respondenta.

Přípravě rozhovoru je věnována dostatečná příprava, která sama osobě má velký vliv na získaná data. Otázky byly několikrát pozměněny, upraveny a díky polostrukturovanému druhu rozhovoru byla možnost doplnění a objasnění otázek i během samotného interview.

Hendl (2016, s. 172) uvádí **několik zásad pro vedení interview**:

1. Důkladná příprava a nácvik rozhovoru.
2. Účel výzkumu určuje kompletní proces interview.
3. Mezi výzkumníkem a respondentem vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu.
4. Při rozhovoru si uvědomujeme, zda jsou otázky totožné s výzkumnými otázkami.
5. Otázky pokládáme jasným a srozumitelným způsobem, kterým respondent rozumí.
6. Pokládáme vždy pouze jednu otázku.
7. Otázku upřesňujeme doplňujícími otázkami.

8. Respondentovi v průběhu interview sdělujeme, proč jsou pro nás jeho informace důležité a informujeme jej o postupu rozhovoru.
9. Pozorně nasloucháme a projevujeme zájem. Dopřejeme respondentovi dostatek času na odpověď.
10. Udržujeme si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat i tématu. Sbíráme data, ale osobu respondenta žádným způsobem nehodnotíme.
11. Jsme reflexivní a přemýšlivě sebekriticky monitorujeme sami sebe.
12. Po ukončení rozhovoru kompletujeme záznamy a poznámky, včetně kvality a úplnosti.

Chrátka (2007, s. 183) doplňuje další důležitá pravidla interview:

1. Interview má probíhat vždy v přirozeném prostředí a beze svědků.
2. Začínat interview nejobecnějšími otázkami, které uvedou respondenta do problematiky.
3. Na výsledky interview má vliv i úprava zevnějšku tazatele, jeho chování během rozhovoru a jeho další osobnostní charakteristiky.
4. Velký význam má přesný záznam průběhu rozhovoru. Je nutné volit vhodné zaznamenávání odpovědí, je možné použít také technické prostředky (př. digitální hlasový záznamník, magnetofon).

5.3 Charakteristika respondentů

Výběr výzkumného vzorku nebo-li respondentů pro náš výzkum nebyl příliš komplikovaný. Už z cíle diplomové práce vyplývá, že rozhovory budou vedeny s AkP, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem, kde jsou cílovou skupinou senioři s demencí. Z tohoto důvodu je vybrána metoda záměrného výběru.

Podle Reichla (2009, s. 83) je typickým nepravděpodobnostním, záměrným výběrovým předpisem postup nazvaný výběr úsudkem, tzv. účelový (ad hoc, kvalifikovaný, zaměřený). Je používán především pro menší výběry, nepřesahující deset respondentů. Podstata výběru není složitá. *„Výzkumník znalý kontextů zkoumané problematiky vybere*

prvky sám. Vychází při tom z výzkumných záměrů (obecně z konceptualizace výzkumného problému) a také z uvažované podoby zkoumání.“

Pelikán (2007, s. 48) objasňuje záměrný výběr jako takový výběr, který realizuje výzkumník na základě svých vlastních zkušeností, poznatků, úsudku či možností. Výzkumník si vybírá do výzkumného vzorku takové jedince nebo jevy, které se mu jeví jako typické. Jde tedy spíše o výběr subjektivní. Proto míru obecnější platnosti lze spíše odhadovat, nikoli však validně prokázat.

Pro výzkum byli osloveni AkP, kteří pracují se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem, a to jak z registrovaných soukromých sociálních zařízení, tak i z krajského a městského zařízení (příspěvkové organizace). Protože zkoumaná problematika je nám známa a máme osobní znalost i s pracovníky z různých sociálních zařízení, využili jsme jejich ochotu poskytnout pro účely výzkumu rozhovor. S respondenty bylo dojednáno a předem i očekáváno, že rozhovory zůstanou v anonymitě, což bylo pro většinu z nich stěžejní. Bylo osloveno šest respondentů, z nichž jeden z nich nakonec rozhovor z časového důvodu odmítl. Potěšil nás však zájem i ochota podělit se i s dlouholetými zkušenostmi v oboru. Společným prvkem pěti zúčastněných respondentů byla vstřícnost a otevřenost v osobním přístupu i odpovědích.

Výzkumný soubor tvoří pět respondentů, jejichž základní charakteristiky uvádíme v následující tabulce. Z důvodu zachování anonymity respondentů jsou uváděny pouze základní údaje, na kterých jsme se s respondenty předem dohodli.

Tabulka 1 Výzkumný soubor (zdroj: vlastní)

Respondent	Pohlaví	Dosažené vzdělání	Délka praxe jako AkP se seniory na službě DZR
R1	Žena	Střední odborné s maturitou	13 let
R2	Žena	Střední odborné s výučním listem	2 roky
R3	Muž	Střední odborné s maturitou	12 let
R4	Muž	Bakalářské (Bc.)	8 let
R5	Žena	Vysokoškolské (Mgr.)	5 let

Respondent 1 (R1) je žena, která v sociálních službách působí 13 let, má 49 let. Před nástupem do sociálních služeb působila ve školství jako asistent pedagoga a vychovatelka ve školní družině. Má tedy praxi a pracovní zkušenosti jak s mládeží, tak nyní se seniory na službě DZR i DS. Má absolvovaný kurz PSS dle zákona. Ročně absolvuje další vzdělávání dle zákona, rovněž je proškolená v dalších akreditovaných kurzech jako je bazální stimulace, validace, reminiscenční terapie, aromaterapie, arteterapie a artefiletika, zahradní terapie a práce s mobilním snoezelenem.

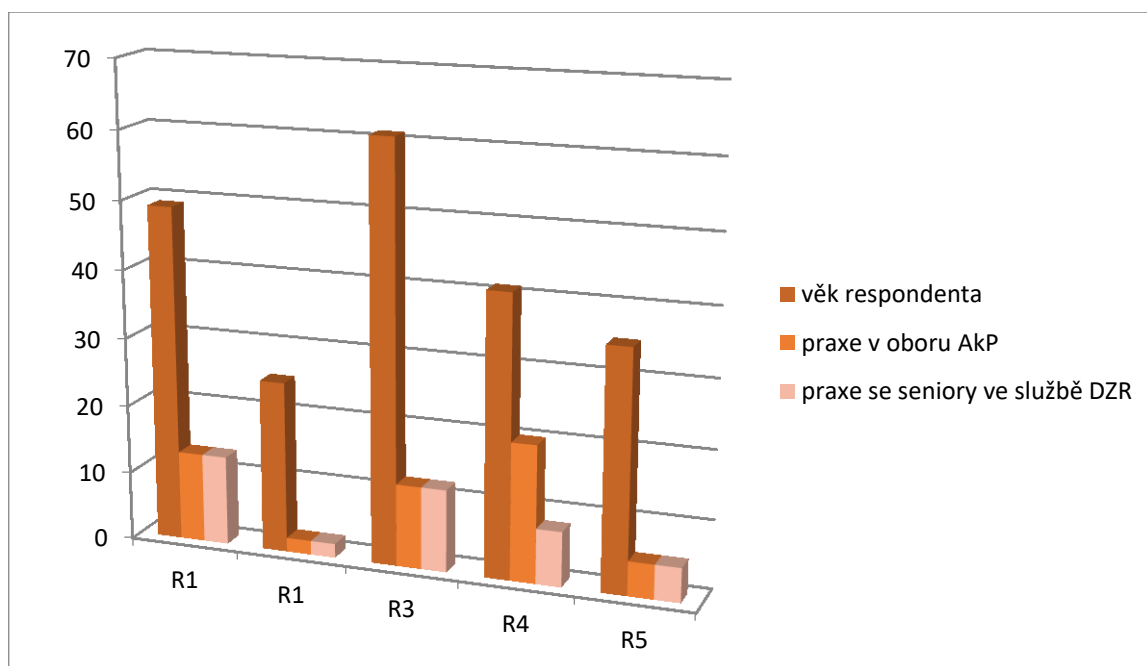
Respondent 2 (R2) je žena, která má 25 let, 2 roky pracuje na pozici AkP v DZR a DS, je vyučená v oboru pekařka. Tento obor jí však nenaplňoval a motivací pro účast na konkurzu na pracovní pozici AkP byla i její osobní zkušenost z primární rodiny, kde se starala i s ostatními členy rodiny o svou babičku, která trpěla Alzheimerovou demencí. Má absolvovaný kurz PSS dle zákona (on-line formou). Z důvodu epidemie Covid 19 absolvovala pouze další vzdělávání dle zákona, které ovšem nebylo cíleno na aktivizace seniorů.

Respondent 3 (R3) je muž, který má 61 let a je nejstarším respondentem výzkumu. Jeho profesní dráha je pestrá od státního zaměstnance celní zprávy až po lektora thai chi a zdravotního cvičení pro seniory. 12 let pracuje se seniory na službě DZR a DS. Má absolvovaný kurz PSS dle zákona. Má absolvovány akreditované kurzy i semináře, které byly zaměřeny na práci se seniory, aktivizace i různé volnočasové aktivity, mezi něž patří bazální stimulace (základní i rozšířený kurz), validace, krizová intervence atd.

Respondent 4 (R4) je muž, který má 41 let. V sociálních službách pracuje 20 let, ovšem dříve pracoval s odlišnou cílovou skupinou. Jako AkP pracuje v zařízení DZR a DS 8 let. Má bakalářské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky. Pracuje v příspěvkové organizaci, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Má absolvovány akreditované kurzy i odborné semináře, které byly zaměřeny na práci se seniory, aktivizace i různé volnočasové aktivity, mezi něž patří muzikoterapie, reminiscenční terapie, psychiatrické minimum, arteterapie a artefiletika atd.

Respondent 5 (R5) je žena ve věku 35 let, dosáhla vysokoškolského magisterského vzdělání v oboru speciální pedagogika a v sociálních službách DZR a DS pracuje 5 let. Pracuje v příspěvkové organizaci, kde je zřizovatelem město. V této organizaci pracovala 4 roky na pozici AkP a nyní rok ve vedoucí funkci a vede tým AkP. Prozatím absolvovala základní akreditované kurzy směřující k péči o seniory s Alzheimerovou nemocí, přístupy zaměřené na člověka, psychiatrické minimum, základy aktivizace seniorů a další.

Tabulka 2 Výzkumný soubor – porovnání věku respondentů a praxe (zdroj: vlastní)



5.4 Realizace sběru dat

Respondenti byli osloveni na základě kritérií, která byla předem stanovena. Oslovení byli prostřednictvím telefonátu a následného e-mailu s podrobnějšími informacemi týkající se cíle výzkumu, tématikou a časového plánu. Rozhovory se uskutečnily v měsíci únoru až březnu 2023 a proběhly na neutrálním místě, mimo pracoviště respondentů a to v kanceláři SeneCura SeniorCentru Šanov, kde jsme zajistili dostatečný klid i prostor. Se dvěma respondenty byl rozhovor veden venku na zahradě výše uvedeného SeniorCentra. V průběhu interview bylo několikrát ověřováno, jestli dotazovaným nechybí pití, malé občerstvení, zda mají vše, co potřebují a zda se cítí komfortně a jsou saturováni v osobních potřebách.

Všichni respondenti pracují v pobytových zařízeních sociální péče v Jihomoravském kraji, ve kterém i žijí.

Z pěti respondentů dva z nich pracují v soukromém DZR a jsou to kolegové a tři respondenti pracují v příspěvkových organizacích DZR, kde je zřizovatel kraj nebo město.

Pracovali jsme s předpokladem, že vzhledem k využití obou sfér, budou zjištěná data objektivní, na sobě nezávislá a snad i více rozmanitá.

Nejprve bylo respondentům vysvětleno téma a účel výzkumu. Rovněž jsme probrali nahrávání rozhovorů do aplikace záznamníku na mobilním telefonu. Také bylo upřesněno, že nahrávka bude sloužit pouze účelům tohoto výzkumu pro přepsání a následné zpracování. Respondenti souhlasili a všichni podepsali informovaný souhlas s rozhovorem.

Miovský (2006, s. 197) uvádí, že audiozáznam se používá zvláště z důvodu zachování autenticity a prioritní výhodou je jeho nestrannost.

Jakmile byly rozhovory ukončeny, postupně byly přepsány do Microsoft Word.

Co se týká délky rozhovoru, tak trvaly odlišně mezi 20 až 45 minutami. Po ukončení rozhovoru bylo respondentům poděkováno a bylo jim nabídnuto, pokud budou mít zájem, tak vyhotovenou diplomovou práci jim mohou poskytnout.

5.5 Kódování – metoda interpretace dat

Pro analýzu dat byla využita metoda kódování, kterou popisuje například Hendl (2016, s. 251), který pod pojmem kódováním rozumí rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci.

Reichl (2009, s. 164) popisuje způsoby třídění a vyhodnocování kvalitativních údajů. Výchozím materiálem jsou výzkumníkovi poznámky z rozhovorů, videozáznamy z pozorování, audionahrávky, písemná vyjádření či výpisky ze studia dokumentace aj. Hovoří též o tom, že kvalitativní údaje se urovnávají, pořadají a zčásti se třídí postupně, ne až po ukončení terénních prací. Jako jedno z pravidel označil to, že směr a rámec vyhodnocování údajů musí odrážet původní cíle zkoumání či jejich změny, ke kterým došlo v průběhu realizace.

Pod pojem kódování je nutné vidět rozčleňování množin a souborů údajů na dílčí celky, které se dále pojmenovávají a třídí, případně klasifikují a kategorizují (Reichl, 2009, s. 165).

Jedním z důležitých kroků analýz je transkripce údajů, tzn. přepis z protokolů, audiozáznamů, videozáznamů apod. do formy, se kterou budeme moci dále pracovat. Většinou se jedná o písemnou formu. My budeme volit přepis doslovný.

Z doslovného přepisu budeme dále údaje třídít a vytvářet kategorie – obecnější kategorie, kdy se budou vyskytovat v rozhovorech podobné prvky či jevy. Vytvoříme diferencovanou tabulku, která bude obsahovat kódy a kategorie. V průběhu kódování jsem využila barevné podtrhování.

Dále budeme pracovat i s písemným záznamem – terénními zápisky, které budou obsahovat jméno respondenta či jen označení Respondent 1 (R1), datum a čas rozhovoru. Rovněž si zde můžeme zaznamenávat v průběhu rozhovoru projevy emocí respondenta, jak reagoval na kladenou otázku, popisovat si heslovitě neverbální prvky komunikace.

Po skončení rozhovoru si zápisky doplníme dalšími reakcemi, které jsme vysledovali a navníмали v době rozhovoru.

Kroky, které budeme při analýze dat provádět:

1. Pořízené přepsané rozhovory si důkladně přečíst (uvědomění si souvislostí)
2. Kódování dat, barevné označení jednotlivých částí (přiřazení kódů)
3. Třídění dat – do kategorií (této části jsem věnovala delší čas, než jsem předpokládala)
4. Snaha o pochopení, porozumění a odhalení různých aspektů včetně nalezení souvislostí.
5. Interpretace dat
6. Výsledky výzkumu

Zde bychom rádi představili, jak jsme pracovali s daty a představíme výsledky výzkumného šetření, které vznikly na základě rozhovorů mezi výzkumníkem a respondenty (AkP).

Mezi kategorie, které budou dále interpretovány, řadíme:

1. Kurzy a školení
2. Kompetence
3. Osobnostní předpoklady
4. Prevence syndromu vyhoření
5. Prevence před stereotypy
6. Sebemotivace
7. Přínos

Pozn. Z důvodu zachování autenticity jsme uvedli výpovědi respondentů v jejich doslovném přepisu dle jejich sdělení, včetně nespisovných či hovorových výrazů.

5.6 Tabulka kategorií, subkategorií, kódů a poznámek

Kategorie	Subkategorie	Kódy	Poznámka	
1. kurzy a školení	krátkodobé kurzy	validace, arteterapie, artefletika,	<i>"s podporou to zvládnou"</i>	
		zahradní terapie		
		reminiscence, bazální stimulace	<i>"demence maže vzpomínky"</i>	
	uplatnění	aromaterapie, dramaterapie, muzikoterapie, smyslová aktivizace		
		mobilní snoezelen, paliativní péče	<i>"zvládání umírání.."</i>	
		kurz manuální zručnosti (keramika)	<i>"kdo je na co zaměřený, v čem je dobrý"</i>	
	doporučení pro nové kolegy	komunikace s K s demencí	<i>"nedirektivní komunikace s K"</i>	
		zvládání agresivního klienta, krizová intervence		
		pochopení diagnózy demence	<i>"jak lépe porozumět sobě a klientům"</i>	
			trénování paměti	
			přístupy zaměřené na člověka	
			základy první pomoci	
			psychiatrické minimum	
		kurz PSS	důležitost praxe a zkušeností	<i>"kurz si myslím, že je fajn, ale úplně nepřipraví na práci"</i>
			prohlubování nadání a talentu	
2. kompetence	základní kompetence	komunikace - komunikativnost	<i>"často se s něčím svěřují, potřebují se vyprávět"</i>	
		kreativita, všestrannost	<i>"být tak trochu umělec"</i>	
		flexibilita, spolehlivost		
		Empatie		
		odolání tlaku - zvládání zátěže		
	další kompetence	obsluhovat klienta (podpora soběstačnosti)	<i>"neznáš schopňovat - máme tendence některý věci dělat za ně"</i>	
		podporovat klienta	<i>"umění motivace"</i>	
		umět si poradit a naslouchat	<i>"klienta brát jako lidskou bytost"</i>	
		spolupráce, týmovost, samostatnost		
		řešit problémy, rozhodnost, umět reagovat		
		umět plánovat a organizovat práci		
		myslet v souvislostech		
		PC gramotnost		
		nadhled, pokora, pochopení	<i>"nenechat se vytočit"</i>	
		vztahová rovina (filantropie)	mít rád lidi	<i>"aby mohl vzniknout vztah založená na důvěře"</i>
specifický způsob práce	smysl pro krásu, detail, estetiku			
3. osobnostní předpoklady	měkké dovednosti/kompetence	empatie, laskavost,	<i>"napojit se na klienta"</i>	
		odolnost vůči stresu, situacím..	<i>"být trochu splachovací a nebrat věci osobně"</i>	
		tvůrčivost, aktivnost		

	přístup	trpělivost, spolehlivost, důvěryhodnost, odpovědnost, důstojnost, profesionál, soucit, vstřícnost, asertivita, schopnost pracovat samostatně i v týmu	"přístupovat jako k důstojným bytostem", "tvůrčí přístup", "snažit se být profík"
	optimismus	smysl pro humor	"být tak trochu herečka", "být tak trochu komediant"
	zdraví	fyzické a psychické zdraví	
		inteligence, vzdělávat se	"chut' se vzdělávat"
		extrovertní, temperamentní	"je ho zkrátka vidět a slyšet všude"
	hodnoty	laskavost, sebeovládání	
4. prevence syndromu vyhoření	supervize	sdílet problémy s klientem – kazuistiky	"vyslechnete a poradíte"
	podpora zaměstnavatele	porady, podpora, sdílení	
	odreagování se, relaxace	zahrádka, vařím, pečuji o dům, příroda, otužování, tanec, fitko	"žít svůj život"
		kostel, sport, cvičení, hudba, kino	"nežít jen prací", "zajdeme na něco dobrého"
		rodina, přítel, vnučka, kamarádky	
	pozitivní přístup	akce	"udělat klientům i rodinám radost"
5. prevence před stereotypy	pocity	pozitivní přístup	"být zdvořilý a milý"
	šťastné stáří	dobrá nálada, spokojenost	"fakt je pro mě nejvíc, když vidíte ty klienty, že jsou spokojeni a šťastní"
		energie od klientů (povzbuzení, pochvala, obdiv)	"mě tohle nabijí"
	workshop		"měl jsem osobní zkušenost - řešil jsem odchodem a udělal jsem dobře"
	prospěšnost	vnitřní uspokojení - pomoc druhým	"práce mě prostě baví"
	nevnímám je	odmítání stereotypu	
	vztahová rovina	vztahy s kolegy, atmosféra, otevřená komunikace, osobní vztahy, dobré klima	"umět si o tom v klidu promluvit" "mít skvělé kolegy"
		vztahy s klienty	
	inovace	nové prvky, měnit témata, dělat věci jinak, soutěživost	"abych se nenudil já, ani ti lidi", "zavádět zdravou soutěživost"
6. sebemotivace	další vzdělání	sebevzdělání	"práce, kterou děláte, tam má prostě smysl"
		učení	
		příklad - zkoušet nové věci, učit se	"vždycky jsem chtěla pomáhat potřebným"
7. přínos	důležitost	zábava, předpoklad znalosti K	"jsme tak trochu herci a klauni"
		multifunkčnost/všestrannost	"musí být od každého něco"
		zdravé sebevědomí, věřit si, snaha	"udělat něco pro druhé lidi"

	smysluplnost	smysluplné trávení volného času	"oni to cítí a zase nám to vracejí"
	uvědomění		"co je pro mě důležitý a podstatný a co ne"
	rozhodnutí	mít hezký den	"jaký si ten den chceme udělat, je to na nás"
	užitečnost		"nemám v tom ego, ale pokoru" "uspokojení ega i duše"
	vztahy	vzájemná podpora	"práce je i dost těžká" "práce je náročná, pracujeme v ženském kolektivu"
			"na prvním místě byl vždy a jen klient"

5.7 Etika výzkumu a výzkumníka

Dle Švaříčka, Šedové a kol. (2007, s. 44) jsou etické zásady výzkumu formulovány v obecné rovině principů. Nejedná se o přesná pravidla, ale obecné principy, se kterými se výzkumník musí konfrontovat. Každý výzkumník tak pečlivě zvažuje všechny etické aspekty jeho konkrétního výzkumu. Nelze se vyhnout posuzování, hodnocení a rozhodování.

Reichl (2009, s. 175-179) rozděluje etické otázky do dvou základních okruhů. První okruh zahrnuje etiku výzkumné práce a druhý se věnuje etickým zásadám práce s účastníky výzkumu. Zde uvádíme několik zásad:

- Výzkumník nesmí ztrácet objektivní a citlivý náhled.
- Je nepřístupné jakékoli upravování údajů.
- Výzkumník je povinen odvádět práci podle svých nejlepších schopností.
- Výzkumník nesmí zneužívat své role k neprofesním účelům.
- Výzkumník musí být nezávislý, jeho úkolem je řešit výzkumný problém.
- Snaha o nezkreslené zveřejnění výsledků.
- Pokud jsou výsledky týmovou prací, je nutné neopomenout tým deklarovat.
- Práce s citlivými a důvěrnými informacemi – zajistit proti zneužívání či prozrazení a zajistit bezpečné uložení údajů. Výzkumná data mohou být využita pouze k výzkumným údajům.
- Výzkumník vstupuje do terénu legálním způsobem – souhlasy, potvrzení, povolení.

- Všichni členové širšího výzkumného týmu jsou předem poučeni o dodržování etických pravidel.
- Omezit rizika – příprava terénu tak, aby výzkumník nebyl ohrožen nebo poškozen fyzicky, psychicky, sociálně nebo jinak.
- Při rizikovém zkoumání je nutné spolupracovat se zkušenými jedinci, kteří dokážou identifikovat či eliminovat případné nebezpečí.
- Osoba nesmí být zkoumána, pokud o tom neví nebo s tím nebyla seznámena a nedala souhlas. Jedná se o informovaný souhlas či poučení.
- Zkoumaná osoba nesmí být k účasti na výzkumu nucena a je jí zaručeno, že kdykoliv může z výzkumu odstoupit.
- Zkoumaná osoba je poučena o spoluzodpovědnosti za nejvyšší kvalitu zkoumání.
- Je zaručena anonymita zkoumaných osob a respektování jejich důstojnosti.
- Používání zvukových či obrazových technik je vždy předem oznámeno zkoumaným osobám. Je požadováno vyslovení souhlasu.
- Po ukončení výzkumu má každý ze zkoumaných osob právo být informován o výsledcích. (Zpřístupnění výsledků.)

5.8 Interpretace získaných dat

Provedením výzkumného šetření s pěti AkP jsme dospěli k užitečným informacím, které shrneme v následujících bodech. Vytvořené kategorie i subkategorie nám pomohly analyzovat skutečnosti, které jsou významné pro pracovní pozici AkP, což může pomoci zaměstnavateli při výběru nového pracovníka. Na základě výsledků lze totiž lépe uchopit požadavky pro výběr takového pracovníka, který bude splňovat vhodné a žádoucí kritéria i představy zaměstnavatele.

Za velmi významné považujeme i sdělení o neverbálních projevech respondentů. I tato složka sdělení vypovídá o pocitech, které respondenti prožívali při kladení otázek výzkumníkem. Jak se u dané otázky cítili, co vnitřně prožívali, zda byla pro konkrétního respondenta otázka hodnocena jako snadně zodpověditelná či byla složitější a potřebovali více času k odpovědi. Byla sledována nejen mimika a gestika respondenta, ale i pohybová složka sdělení (posturologie).

R1: Rozhovor proběhl v přátelské rovině. S touto respondentkou se osobně znám již déle a tím bylo vše jednodušší. Respondentka působila klidně, ve sdělení byla otevřená, usmívala se, občas se i hlasitě zasmála. Výraz tváře působil přívětivě. Oční kontakt byl příjemný, zcela v normě. Odpovědi si rozmýšlela, většinou reagovala velmi intuitivně a okamžitě sdělila fundovanou odpověď. Poloha těla na židli byla vnímána tak, že je respondentce pohodlně, tělo bylo uvolněné. Hlas byl klidný, hlasitost projevu byla příjemná. Tempo rozhovoru bylo dynamické, doplněné přirozenou mimikou a výraznějšími gesty. Respondentka mnohdy „hovořila i celými pažemi a zapojovala ruce“. Barva v obličeji byla neměnná, nezardívala se. Nepředpokládáme tedy nepravdivé či zkreslené informace. Celý rozhovor působil na výzkumníka příjemně a pravdivě. Rozhovor proběhl v SC Šanově 25. 2. 2023 od 13,15 hodin a trval 45 minut.

R2: Rozhovor působil na výzkumníka pohodově, nebyl příliš dynamický, ale respondentka zvládla odpovědět na všechny otázky. Respondentka byla uvolněná, seděly jsme na zahradě SC Šanov v altánu na lavičkách. Počasí bylo velmi pěkné, slunečné, což ovlivňovalo pozitivně celý rozhovor. Odpovědi si respondentka příliš nerozmýšlela, reagovala ihned po položení otázky, vcelku okamžitě. Vypadalo to, jako by sdělila první věc, co jí hned napadla, což považuje výzkumník za žádoucí. Hlas působil občas rozpustile až rozverně, což je vzhledem k věku respondentky zcela přijatelné a pro ni i přirozené. Hlas i výraz tváře korespondoval s výpovědí. Tempo rozhovoru bylo spíše méně dynamické, doplněné výraznější mimikou i gesty. Oční kontakt byl navázán zcela přirozeně, byl klidný a působil povzbudivě. Respondentka má velmi výrazné a velké oči, které příznivě vtahují do rozhovoru. Rozhovor proběhl 22. 3. 2023 v 15,30 hodin a trval 35 minut.

R3: Přátelská atmosféra s respondentem byla způsobena osobní znalostí s výzkumníkem. Spolu se známe již více jak 11 let, protože spolu pracujeme, což může mít jak pozitivní, tak i negativní rozměr, což bylo bráno při šetření v úvahu. Interview proběhlo v kanceláři SP v SC Šanov 17. 3. 2023 od 13,30 hodin a trval nejkratší dobu – 20 minut. Respondent byl veselý, usměvavý, vnitřně působil velmi klidně. Celý rozhovor byl příjemný s ne příliš výraznými gesty, za to s nápadnější mimikou jemu vlastní. Občas se nad svými odpověďmi bezděčně pousmál a svou výpověď potvrdil i souhlasným pokývnutím hlavy. Oční kontakt působil přirozeně. Po celou dobu seděl respondent v křesle, byl uvolněný, zřejmě se cítil rovněž spokojeně a příjemně. Z neverbální komunikace bylo možné „číst“ pozitivní naladění a celkově pozitivní přístup k práci i životu. Hluboký mužný hlas podtrhoval

odpovědi respondenta, což působilo příjemně. Informace od respondenta považujeme za nezkrácené a to právě na základě dobré znalosti s ním. O své práci hovoří vždy velmi nadšeně, z kontextu sdělení lze vyhodnotit, že práce AkP jej baví a naplňuje.

R4: Rozhovor s respondentem proběhl na zahradě SC Šanov, kde jsme využili dřevěné lavičky pod altánem. Interview trvalo 40 minut a proběhlo v klidné atmosféře a přátelském rozpoložení. Pohodová atmosféra s kávou a venkovním exteriérem navozovala otevřenou komunikaci. Respondent se dle slov cítil skvěle, nepocíťoval stres ani napětí. Měli jsme na sebe dostatek času, nic nás neomezovalo. Při rozhovoru působil klidně, občas zadumaně a odpovědi si rozmýšlel a vážil slova. Některé otázky označil za složitější a musel se nad nimi déle zamýšlet. Někdy však reagoval na otázky velmi otevřeně „s příchutí“ negativismu, vycházející z předchozí zkušenosti a dle jeho slov ze zklamání z minulého zaměstnání, ze kterého odešel před 8 lety. Tempo řeči bylo pomalé, dynamika řeči byla spíše monotónní. Mimika nevýrazná, rovněž i gesta. Oční kontakt v normě. Rozhovor působil na výzkumníka někdy až rozpolceně. Respondent potvrdil (mimo zvukový záznam) i osobní zkušenost se syndromem vyhoření, který byl vnímán v kontextu našeho rozhovoru a který před 8 lety řešil respondent odchodem ze svého zaměstnání. Rozhovor jinak působil velmi upřímně a otevřeně, což výzkumník ocenil. Jako výzkumník jsem reagovala pochopením a mimikou i gesty jsem podpořila respondentovy pocity. Rozhovor proběhl 17. 3. 2023 v 15,30 hodin a trval 40 minut.

R5: Rozhovor byl naplánován a uskutečněn s respondentkou na 20. 3. 2023 na 17,30 hodin a proběhl v příjemném prostředí kanceláře SP s dobrou kávou a malým občerstvením. Tuto respondentku výzkumník znal z pravidelného setkávání na komunitním plánování ORP Znojmo. Proto rozhovor působil uvolněně, bez zatížení a stresu. Odpovědi respondentka rozmýšlela, téměř vždy potřebovala chvíli času na reakci. Svou odbornost prokázala znalostmi z oblasti sociální práce, což výzkumník považuje za skutečně přínosné. Hlas měla respondentka klidný, hlasitost příjemná, tempo řeči dynamické, doplněno příjemnou a přirozenou mimikou a mírnějšími gesty. Oční kontakt byl doplněn úsměvem a distingovaným vystupováním. Respondentka otevřeně sdělovala své poznatky a postřehy z praxe, kdy působila jak AkP a i nyní z pozice vedoucího pracovníka má k těmto otázkám velmi blízko a je schopná ovlivnit profesní rozvoj AkP.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Poslední kapitolu věnujeme výsledkům výzkumu, jejich interpretaci a zodpovězení výzkumných otázek. Na závěr budou uvedeny návrhy a doporučení do praxe a další možnosti návazného výzkumu.

6.1 Vyhodnocení otázek z rozhovoru

1. Jaké akreditované kurzy či odborná školení jste absolvoval/la, které Vám pomohly při práci AkP?

R5 sdělila: „*Nejvíc jsem ocenila kurz Specifika komunikace s klienty s demencí a Psychiatrické minimum.*“ Za přínosné považuje R5 i školení Druhy demence a porozumění jejím projevům a Péče o klienty s demencí. Co se týká dalších kurzů a školení, považuje většina dotazovaných respondentů za velmi důležitý kurz Základy aktivizace seniorů, Přístupy zaměřené na člověka, Smyslová aktivizace a další specializace v aktivizaci. Spíše se jedná o tzv. umělecké terapie, kam patří arteterapie, artefiletika, muzikoterapie, dramaterapie zahradní terapie, základy keramiky a další. Do další specializované kategorie školení a kurzů bychom zařadili Bazální stimulaci, Validaci a Reminiscenci.

Zajímavým zjištěním bylo vnímání kvalifikačního kurzu PSS, který hodnotila jako přínosný nejmladší respondentka R2, která ho považuje „*že je fajn*“, na druhou stranu hovoří, že „*kurz nepřipraví na tu práci*“. R2 hodnotí, že je „*kurz základ nebo začátek pro práci, hlavně se seniory.*“ Ostatní respondenti se o tomto kvalifikačním kurzu nezmínili.

R3 za významné školení považuje „*školení paliativní péče*“, kterou se teď v domově zabývají. „*Zvládání umírání*“ a „*vztahy k umírajícím*“ rezonovaly při odpovědi R3. To, že preferuje bazální stimulaci i kurz krizové intervence je přisuzováno dlouholetou zkušeností a působením v sociálních službách.

2. Jaké akreditované kurzy či odborné školení byste doporučil/la nově příchozím kolegům/kolegyním pro doplnění či rozšíření své kvalifikace AkP?

Více respondentů by doporučilo nově příchozím kolegům školení v komunikaci s klienty s demencí, komunikace při atace nemoci a také psychiatrické minimum, Péče o klienty s demencí, validaci a v neposlední řadě základní terapie, o kterých jsme se zmínili výše jako o uměleckých terapiích.

R2 nabádá k takovým školení či kurzům, které prohloubí nadání a talent AkP, sdělením: *„podle toho, kdo je na co zaměřený, v čem je dobrý.“*

Na důležitý fakt upozornila R1 odpovědí: *„jak zacházet s agresivitou klienta, která mnohdy pramení z nepochopení personálu potřebám klienta.“* Ve stejném duchu vypověděl R4, kdy by doporučil novým kolegům školení „Jak lépe porozumět sobě a klientům“ i školení s názvem *„Nedirektivní komunikace s klienty sociálních služeb“*.

Komunikace je tedy dále jedním ze stěžejních témat, která by začínajícím pracovníkům zkušenější kolegové doporučili a to nejen znát, ale umět tuto dovednost aplikovat v praxi.

3. Které tři kompetence považujete za stěžejní při Vaší práci?

Mezi tři stěžejní kompetence uvedli respondenti nejčastěji uvedený pojem komunikace/komunikativnost, dále vícekrát byla sdělena flexibilita a empatie. Jednotliví respondenti pak uvedli např. kreativitu, všestrannost, spolehlivost. R3 uvedl zajímavou kompetenci, která je pro něj významná a to *„schopnost odolat tomu tlaku, když se dozvíš nějakou tu citovou informaci“*.

Lze shrnout, že respondenti opět vnímají komunikaci za důležitou kompetenci při péči o klienty s demencí. Být empatický, osvojit si schopnost vcítit se do druhých osob, dále být flexibilní, umět se přizpůsobit situaci, která se může měnit v průběhu dne, být tam, kde je potřeba a ještě se chovat profesionálně, to jsou požadavky na pracovní pozici AkP v DZR a to naši respondenti potvrzují svými odpověďmi.

4. Jaké další kompetence je třeba si osvojit pro práci AkP se seniory s demencí, abyste svou práci mohl vykonávat co možná nejkvalitněji?

R4 při výčtu dalších kompetencí vyzdvihl i *„umět podpořit silné stránky klienta“* a tuto oblast nazval *„uměním motivace“*. Dále označil za důležitou *„znalost a rozvoj alternativní a augmentativní komunikace, aktivní přístup a zvládnání zátěže“*. Ostatní uvedli např. *„schopnost spolupráce, ale i samostatnosti“*. Dále R2 popsala vztahovou rovinu, která koresponduje s termínem filantropie. Za velmi důležitou kompetenci považuje *„důvěryhodnost AkP a navázání vztahu s klienty“*. R3 ozvláštnil odpověď tím, že *„si nemáme brát věci osobně“* a máme *„vnímat v klientovi lidskou bytost a tak se k nim i chovat“*. Z tohoto výroku je cítit silná empatie k lidem jako takovým a o to ještě více ukotvená k lidem s demencí.

5. Vyjmenujte základní osobnostní předpoklady, které považujete pro svou práci AkP za nejdůležitější?

U této otázky respondenti odpovídali téměř okamžitě, bez větší časové dotace na rozmyšlení. Okamžitě začali vyjmenovávat důležité osobnostní předpoklady, které oni sami považují za důležité pro svou profesi. Tři z nich se shodli hned na začátku na odpovědi na trpělivosti a empatii. Dále vyjmenovali např. ctižádost, vstřícnost, asertivita, schopnost pracovat samostatně, na druhou stranu pracovat v kolektivu, nápaditost a kreativita, smysl pro humor, odolnost proti neúspěchu, odmítání stereotypu, důvěryhodnost aj. R5 zaujala odpověď: „*Je ho zkrátka vidět a slyšet všude!*“ R2 překvapila odpověď: „*A taky být tak trochu splachovací a nebrat si věci osobně. Ono někdy řeknou i někteří seniori něco nepěkného a ono to není na nás, ale třeba na tu situaci, kterou prožívají. Jsou naštvaní na celý svět, nerozumí tomu. Víím, že je potřeba být vnímaví a snažit se reagovat na ty jejich nálady a reakce. A být tak trochu komediant. Umět udělat tu show.*“ R1 se zaměřila i na předpoklad týkající se „*fyzického a psychického zdraví, odolnost vůči stresu, situacím, nemoci, smrti a vnímání nedokonalosti druhých i svých.*“ Také se R1 zmínila o inteligenci a stálé chuti se vzdělávat. „*Občas se musím taky hodně přemáhat a být tak trochu herečka, nemyslet na osobní starosti a snažit se být profík. Taková ta vnitřní sebemotivace.*“

Jak je již výše zmíněno, nejčastějším osobnostním předpokladem pro výkon AkP v DZR, který byl v rozhovorech zmíněn, je trpělivost a empatie. U seniorů, kteří trpí demencí, jsou tyto předpoklady a schopnosti důležité a to neplatí pouze pro pracovní pozici AkP, ale všechen personál jak přímé, tak i nepřímé péče. Trpělivost a schopnost vcítění se do prožitků druhých lidí předpokládá vyzrálou osobnost pracovníka.

6. Jak Vy osobně čelíte syndromu vyhoření a jak Vám v tom pomáhá zaměstnavatel?

Respondenti odpovídali na otázku ohledně prevence syndromu vyhoření intuitivně, hovořili o odreagování a relaxaci, nutnosti oddělovat práci od soukromého života. R2 sděluje „*a nežít jen prací*“. Dotazovaní zdůrazňovali významnost vztahové roviny, tedy kontakt s ostatními lidmi – rodinou, kamarády, partnery. Dále za důležité považují mít zájmy a záliby. Mezi ty nejčastěji zmiňované patří: sport, návštěva kina, tanec, péče o domácnost a zahradu, návštěva kostela, péče o vnuky, procházky v přírodě. R3 sdělil „*Chodím hodně do přírody, snažím se zvládnout otužování, cvičím chi kung, thai chi a dechový a jógový techniky.*“

Co se týká zaměstnavatele a jeho podpory, shodně se všichni respondenti vyjádřili k supervizi, se kterou mají osobní zkušenosti. Dále do podpory ze strany zaměstnavatele považují porady, školení, podpora od kolegů, vedoucích pracovníků i ředitele. R2 se podělila s následujícími informacemi: *„Tak já vnímám přínosný pro mě osobně supervize. Člověk vlastně může sdílet problémy s klientem, bavíme se nad nějakou kazuistikou nebo když se děje něco mezi kolegy. Supervize je určitě hodně dobrý nástroj v tomto.“* R4 otevřeně hovořil o syndromu vyhoření, kterému čelil před lety. Sdělil: *“Syndromu vyhoření jsem čelil změnou zaměstnání. Občas jsem se cítil velmi unavený a demotivovaný a to spíše díky špatnému systému a vedením, než únavou z péče o klienty. Ti mě spíše vždycky drželi. Když už jsem cítil, že jsem vyhořelý, změnil jsem zaměstnání a udělal jsem dobře.“*

7. Předcházíte stereotypům v práci, které by mohly mít na Vás i klientelu negativní vliv? Pokud ano, tak jak?

Dvě respondentky hovořily o tom, že se se stereotypem ještě ve své práci neseťkaly. Vědí však, jakým způsobem by mu předcházely. R5 uvedla: *„Pokud bych padla do stereotypu, tak bych se snažila změnit něco ve svém přístupu, aby mě práce zase chytla a zaujala, možná zapojení do nějakého projektu, který by zkvalitnil nejen služby pro naše klienty, ale posunul profesně i mě samotnou, abych pronikla do nějaké oblasti, kterou znám zatím třeba jen povrchově.“* R1 prevenci stereotypu popisuje následovně: *„Tak si vymyslím nějakou aktivitu, co jsem s klienty dlouho nedělala a zařadím ji. Nebo se domluví s vedoucí a kolegy a uděláme nějakou společnou aktivitu, to mě nakopne na další dny.“*

Ti, co mají se stereotypem ve své práci zkušenosti, se shodli na tom, že potřebují něco změnit, zařadit nové prvky, jiný přístup, novou činnost, dělat věci jinak tak, aby se nenudili ani oni, ani klienti.

8. Co konkrétně děláte pro to, aby Vás práce stále bavila a naplňovala?

Dotazovaní uváděli shodně jednu významnou sociální oblast a to oblast vztahovou. Mít dobré kolegy, firemní atmosféru a vnímat pozitivně klima pracoviště. R1 popisuje nutnost pozitivního naladění, těšení se z nového dne a být ke druhým zdvořilí a milý. *„Důležité je vědomí, že dělám potřebnou práci.“* Dva z respondentů sdělují pozitivní zpětnou vazbu od klientů. Vnímají i to, že od klientů dostávají energii. Od rodin a okolí je těší povzbuzení, pochvala i obdiv za svou práci. A to je jeden z motivů do další práce. R4 uvedl: *„Tato práce může člověka bavit, jen pokud má ideály a věří v systém.“*

9. Co Vám přináší Vaše práce a co na ní shledáváte pozitivního?

R1 uvádí: *“To, že pomáhám druhým lidem a že jsem prospěšná. A co mi přináší? Určitě takové vnitřní uspokojení.”* Mezi odpověďmi rezonovaly klíčové výrazy jako smysluplnost, uspokojení, pomoc druhým. R4 to shrnul krátkým výrokem *“uspokojením ega i duše.”* Dělat něco pro druhé a cítit se i díky tomu užitečný. Tato práce má přínos pro obě strany, jak pro klienty, tak i pro pracovníky. R1 dodává: *“To, že dokážu druhým pomoci nebo že klientům jen zpříjemním den.”*

10. Jak hodnotíte Váš přínos jako AkP v celkové péči o seniory s demencí?

„Přináším lidem zábavu, projevuji pochopení, naslouchám, mnohdy pohladím, používám dotek. Někdy jsem pro klienty vrba, svěřují se mi s těžkostmi i radostmi“ hodnotí R1. Většina respondentů hovořila o smysluplném trávení volného času. Přínosem aktivit je i navázání vztahů mezi klienty navzájem. AkP se snaží v rozvíjení či podpoře udržení schopností klienta. Významně popisují i pomoc a podporu při překonávání starostí, funguje zde vzájemná podpora. Jako klíčové vnímají jak skupinové, tak i individuální aktivity. AkP se snaží o zapojení klientů s různými omezeními. R3 sdělil i to, že v tom nemá ego, ale pokoru. *Že dokáže ráno klientům např. říct: „Dneska je náš den, jaký ho chceme mít? Tak si ho pojdme krásným udělat. To nám neudělá Pán Bůh, prezident ani nikdo, to musíme my!“* AkP mají tedy mnohdy zásadní vliv na pozitivní náladu i prožitky klientů během dne. Podstatné pro respondenty je celkové vědomí toho, že je práce AkP přínosná a oni ji tak vnímají a mají z ní radost. Tu prožívají jak s klienty, tak je to i vnitřně naplňuje a motivuje k další práci.

11. Chtěl/la byste k tomuto tématu ještě něco dodat?

K této otázce se vyjádřili jen tři respondenti. R1 shrnula a zopakovala jednu důležitý aspekt: *„AkP musí mít rád lidi, být učenlivý a být otevřený k dalšímu vzdělávání. Musí být od každého něco – umět tvořit, zpívat...prostě šikovný, takový multifunkční nebo všestranný bych řekla.“* Upozornila ještě na *„zdravé sebevědomí a věřit si, že tu práci dělám dobře a jak nejlíp umím.“* R4 se ke konci rozhovoru vyjádřil, že mu dává jeho práce smysl a domnívá se, že je tam, kde má být. R5 sděluje své přání, aby lidé více naslouchali, oceňovali druhé a méně kritizovali. Zmínila se rovněž o práci v ženském kolektivu a celkové náročnosti práce. Na konci rozhovoru uvedla: *„Přála bych si, aby na prvním místě byl vždy a jen klient a ne zájmy vedení, skupin zaměstnanců či jednotlivců.“*

Domníváme se, že proklientský přístup je z tohoto výroku respondentky prokazatelný a působí velmi profesionálně.

6.2 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek

DVO1: Jaké znalosti a dovednosti má mít AkP, aby kvalitně poskytoval volnočasové aktivity pro seniory s demencí?

Na základě otázky č. 1 respondenti vyjmenovávali **odborné kurzy a školení**, se kterými měli sami osobní zkušenost a které považují za stěžejní pro jejich práci. Znalosti a dovednosti získali z následujících kurzů: kvalifikační kurz PSS, validace, arteterapie a artefiletika, zahradní terapie, reminiscence, bazální stimulace, aromaterapie, dramaterapie, muzikoterapie, smyslová aktivizace, mobilní snoezelen, paliativní péče a kurz manuální zručnosti (keramika).

Co se týká **základních kompetencí AkP**, které respondenti označili za důležité pro jejich práci, tak R1 označila „komunikativnost“, „kreativitu“ a „flexibilitu“. R2 rovněž vyjmenovala „komunikaci“, dále pak „empatii“ a „přístup ke klientům jako k důstojným bytostem“. R3 vyjádřil „empatii jako schopnost vcítění, vzhledu nebo soucítění“, dále „flexibilitu“ a v neposlední řadě „schopnost odolat tlaku“. R4 za stěžejní kompetence uvedl rovněž „komunikaci“, „řešení problémů“ a „myšlení v souvislostech“. R5 se shodl na „flexibilitě“, dále hovořil o všestrannosti a spolehlivosti.

Mezi **další důležité kompetence** byly uvedeny např. dovednost obsluhy klienta a podpory klientovy soběstačnosti, celková podpora klienta, umět si poradit a naslouchat, spolupracovat v týmu, ale pracovat i samostatně. Dovednost umět řešit problémy, být rozhodný a umět adekvátně reagovat. Taktéž umět si práci plánovat a organizovat. Důležitou znalostí, která byla zmíněna u R1 a R5 byla i PC gramotnost, jež je v dnešní době rovněž významná. V sociálních službách se pracuje převážně se zaznamenáváním péče prostřednictvím různých informačních systémů jako je např. IS Cygnus. AkP mnohdy používají při práci s klienty tablety, mobilní telefony, PC, projektory atd. Tedy PC gramotnost se v této profesi předpokládá.

Nejvíce v odpovědích rezonoval pojem „**komunikace a komunikativnost**“ jako jedno ze základních nejdůležitějších kompetencí AkP. Umění komunikace s klienty, kteří jsou ztíženi demencí, je specifickou dovedností. Předpokládá to znalosti z oblasti

psychiatrického minima, znalosti a dovednosti ve specifických přístupech v komunikaci s klienty trpící demencí a to v různých fázích nemoci. K této výzkumné otázce R1 uvádí zajímavý a pravdivý výrok: „Demence maže vzpomínky“.

DVO2: Jaké základní osobnostní předpoklady má mít AkP, aby fundovaně vykonával svou práci?

Na základě zpracování dat bylo k této otázce vytvořeno 5 subkategorií. AkP vyjmenovávali měkké dovednosti/kompetence, které považují za významné. Řadí sem empatii, laskavost, odolnost vůči stresu, situacím, dále tvořivost, aktivnost. Do subkategorie přístup jsme zařadili: trpělivost, spolehlivost, důvěryhodnost, odpovědnost, důstojnost, profesionalitu, soucit, vstřícnost, asertivitu, schopnost pracovat samostatně i v týmu. Neméně důležitou oblastí je i optimismus a smysl pro humor. Významné pro AkP byla rovněž oblast zdraví a hodnoty, což úzce souvisí s tím, jak svou práci vykonávat fundovaně a kvalitně. Pracovníci vnímají i potřebu dalšího vzdělávání, kterou považují rovněž za klíčovou. To vše podtrhuje nastavení k profesionalitě a to výrokem R1 „*snažit se být profík*“. Aby AkP mohl vykonávat tuto profesi, jistě musí být spíše extrovert, projevovat svůj temperament navenek. Jak sdělila R2 „*Být tak trošku komediant, umět udělat tu show*“.

DVO3: Jaké akreditované kurzy či odborná školení jsou potřeba absolvovat k doplnění a rozšíření své kvalifikace AkP?

Zde respondenti vyjmenovali řadu kurzů a školení, které považují za stěžejní a potřebné pro práci AkP. Byly vytvořeny 4 subkategorie. Do první patří Krátkodobé kurzy, např. validace, arteterapie, artefiletika, zahradní terapie, reminiscence, bazální stimulace. Tyto kurzy jsou většinou jedno až třídenní, většinou po 8 hodinách. Kurz bazální stimulace se například rozděluje ještě na základní, nastavbový a prohlubující. Další oblastí byla kategorie Uplatnění (individuální aktivizace). AkP vyjmenovali aromaterapii, dramaterapii, muzikoterapii, smyslovou aktivizaci, snoezelen, kurzy manuální zručnosti (keramika) a paliativní péči, či možná lépe paliativní přístup. V těchto kurzech získá AkP základní informace a zásobárnu námětů a příkladů, které je schopen v základních parametrech aplikovat ve své praxi se seniory. Nenaučí se být profesionál v těchto terapiích a oblastech, ale dostane návod, jak a co lze s klienty zvládnout v podmínkách sociálních služeb. AkP

rozhodně nejsou po absolvování 8 až 24 hodin školení muzikoterapeuté, ergoterapeuté, arteterapeuté. Mohou však využívat prvky muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie aj.

Díky využití těchto prvků lze ozvláštnit nebo inovovat svou práci. K další subkategorii patří Doporučení pro nové kolegy. Respondenti se shodli na školení s tématem Komunikace s klienty s demencí a osvojení si různých Přístupů ke klientům s demencí. Mezi doporučované kurzy zařadili i kurz Psychiatrické minimum. Pochopit diagnózu demence, umět přistupovat k takovému klientovi, zvládat mnohdy i jeho agresivní chování, lze vnímat respondenty jako relevantní. Krátké vyjádření sdělila i R2 ohledně kvalifikačního kurzu PSS. Vnímala ho jako dobrý základ pro práci AkP. Tento kurz má připravit na pracovní pozici PSS. Zde se nerozlišuje mezi AkP a ostatními PSS, kteří jsou běžně nazýváni pečovateli. Kurz musí tedy pojmut obsáhlé informace pro pracovní pozici PSS.

DVO4: Jak předcházet stereotypům v práci AkP a zajistit, aby práce se seniory s demencí stále bavila?

Pro tři respondenty nebylo složité odpovědět na otázku týkající se stereotypů. Všichni dotazovaní znali i pojem syndrom vyhoření, který se stereotypy úzce souvisí. Pokud upadne člověk do stereotypu, brzy mu stále stejná práce, stále stejné postupy mohou začít vadit, může se začít chovat nevhodně ke druhým, být unavený, podrážděný, může pocítit nezájem či nudu. Stereotyp hodnotil i R3, který se stereotypům snaží vyhýbat a to tak, že zařazuje do své práce nové prvky tak, aby se nenudil on sám i druzí. „*A snažím se témata měnit, dělat věci jinak.*“ R5 sice nepřiznává, že by stereotyp osobně znala, ale ví, jak by reagovala. „*Snažila bych se něco změnit ve svém přístupu, aby mě práce zase chytla a zaujala.*“ Jinak se snaží sebevzdělávat a rozšiřovat si dalším vzděláním znalosti v oboru, což R3 dokáže povzbudit do další práce. R1 k tomu sděluje, že pokud cítí stereotyp, tak si vymyslí nějakou aktivitu, kterou zařadí do harmonogramu aktivit s klienty. Případně zapojí do aktivity i své kolegy a uskuteční společnou aktivitu, která přináší účastníkům radost.

Co se týká syndromu vyhoření, respondentům je tento pojem dobře znám. Cítí podporu ze strany svých zaměstnavatelů, kteří zajišťují pro svůj personál supervize a další podporu jako jsou porady vedení, rozhovory s vedoucími či podporují vzájemnou komunikaci mezi kolegy. Je žádoucí s druhými sdílet pracovní problémy, vnímané střety s klienty nebo rozdílné přístupy pracovníků, kterým sám pracovník nerozumí a proto je důležité využívat

tyto možnosti podpory. Respondenti ví, jak bojovat proti syndromu vyhoření, každý z nich sděloval matici aktivit a soukromých činností, které zajistí potřebnou relaxaci a odpočinek. R2 zmínila podstatnou tezi: *“Umět oddělit pracovní a soukromý život a nežít jen prací.”*

DVO5: Jak hodnotí AkP svůj přínos v celkové péči o seniory s demencí?

Smysluplnost a dobrý pocit ze své práce, uvědomění si vlastního přínosu při péči o seniory s demencí rezonovala výpověďmi respondentů. R2 popisuje, jak ji dělá šťastnou, když vidí klienty, že jsou spokojení a šťastní. Že je nositelem dobré nálady. Spokojenost vidí v očích a tvářích klientů, protože mnohdy již nemohou verbálně sdělit, co by chtěli. *„A to si pak řeknete, že ta práce, kterou děláte, tak má prostě smysl.“* R5 se zmiňuje o smysluplném využití volného času seniorů v DZR. *„Snažit se s klienty procvičit, upevňovat nebo i rozvíjet jejich zájmy, znalosti a tvořivé schopnosti, to dává práci smysl“.* Zajímavou odpověď uvedl R3, který hovořil o přínosu pro samotného pracovníka. On sám vnímá, že díky péči o klienty s demencí si uvědomuje, co je v životě podstatné a co není. *„Co je důležité a čemu je třeba se věnovat a čemu ne.“* Klienti jsou pro něj vzorem, učí se i do těch klientů, kteří trpí demencí a už mnohé nezvládnou sami. I tak jsou inspirací pro jeho životní přístup.

6.3 Návrhy a doporučení do praxe a možnosti návazného výzkumu

Na základě výsledků výzkumu a dlouholeté zkušenosti výzkumníka pracující v sociálních službách s cílovou skupinou seniorů trpících demencí, navrhuje a doporučuje následující:

a) Zájemce o pracovní pozici AkP je účastníkem konkurzu

- Při konkurzech na nového AkP vnímat jeho verbální i neverbální složku komunikace. Extrovertní způsob hovoru, příjemné vystupování i otevřenost sdělení. Dotazovat se při pohovoru nejen na zkušenosti s cílovou skupinou seniorů trpících demencí, ale ptát se na zkušenosti z prací se skupinou.
- Zjistit osobní zájmy, záliby, které by mohl pracovník využít při práci se seniory. Zda má dovednosti z umělecké oblasti – výtvarné, hudební, dramatické, tělesné.
- Zjistit kvalifikační předpoklady a absolvované odborné kurzy a školení. Pokud nějaký kurz či školení zájemce absolvoval, jaký byl ten, který považuje za přínosný.

- Při pohovoru se ptát, jak si představuje, co by AkP v DZR mohl dělat. Ptát se na náplň práce AkP.
- Doporučili bychom i to, abychom si ještě před konkurzem popsali naši představu o tom, co by nový pracovník měl umět a dělat. Co od něj chceme, co by měl klientům nabízet, jakou aktivitu bychom potřebovali od nového pracovníka zajistit. Co nám v naší nabídce volnočasových aktivit chybí. Co je žádoucí pro klienty na službě DZR v konkrétním zařízení.
- Kreativnost a rozhodnost zjistíme i následujícími úkoly, které můžeme zadat při konkurzu zájemci o místo AkP a to:
 - a. *„Máte před sebou skupinu 8 seniorů, kteří trpí lehkou formou demence, z nichž polovina používá invalidní vozík. Máte možnost tuto skupinu vést po dobu 60 minut. Čím byste naplnila tento čas?“*
 - b. *„Máte před sebou seniora se středně těžkou demencí, který je trvale upoután na lůžko, který má díky cévní mozkové příhodě trvale poškozené řečové centrum a již verbálně není schopen se vyjádřit. Projevuje libost a nelibost neartikulovanými zvuky, které vydává. Máte 15 minut, které seniorovi věnujete. Jak byste využila svých 15 minut pro klienta?“*
 - c. *„Vzpomeňte si z předchozího zaměstnání na nějakou složitou situaci, kterou jste řešil. Situaci, do které jste se dostal. Zkuste krátce popsat, co to byla za situace, jak jste ji řešil a zda byste ji řešil stejně či navrhněte jiné řešení.“*
- Po přijetí nového AkP postupně zaškoloval, seznamovat jej s novým prostředím, klientelou, s harmonogramem i přístupy a etikou zařízení. V příloze P I. nalezneme příklad onboardingu, který je rozfázován na zkušební dobu třech měsíců, kdy se nový pracovník seznamuje, učí a osvojuje si dovednosti potřebné pro svou pracovní pozici.

b) AkP je již zaměstnancem DZR

- Zaměstnavatel má určená témata odborných kurzů a školení pro pracovní pozici AkP.. Toto vychází z potřeb cílové skupiny a z potřeb zaměstnavatele. Zde získají všichni AkP stejnou matici znalostí a základních dovedností.
- Zaměstnavatel však bere v potaz, že každý AkP má jiné zaměření a je pro něj předem utvořen individuální plán dalšího vzdělávání. Navazuje tak na předchozí

zaměření pracovníka, může dovednosti díky dalším odborným kurzům prohlubovat. Např. Kurz Bazální stimulace bude absolvovat AkP v nástavbovém či prohlubujícím stupni.

- Zaměstnanec má možnost doplnit si svůj plán dalšího vzdělávání kurzy a školeními, které by chtěl absolvovat, co jej zajímají a v čem by se chtěl profilovat do budoucna.
- Je nutné zdůraznit i fakt, že aktivizační činnost je nedílnou součástí péče o seniory s demencí a na AkP je kladen důraz i v oblasti komunikace a spolupráce s ostatními pracovníky. AkP je členem multidisciplinární spolupráce, reflektuje informace od kolegů zdravotních sester, PSS, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků a rodiny.
- AkP musí mít podporu ze strany zaměstnavatele, aby nabyl jak zkušenosti, znalosti a dovednosti při práci se seniory s demencí, tak aby dokázal tyto informace a zkušenosti předávat dál svým kolegům, sděloval své postřehy a poznatky z této oblasti například na tzv. miniškoleních či denních poradách. Kooperace profesí je základním předpokladem nejen dobré a kvalitní sociální služby, ale i profesního růstu svých zaměstnanců. AkP pak dokáže předávat zkušenosti a postřehy ze své práce nejen mezi ostatními členy aktivizačního úseku, ale i v rámci multidisciplinární spolupráce.
- AkP by měl být kreativní, nejen co se týče různých uměleckých a výtvarných technik a nových postupů, ale měl by být otevřený novinkám a inovacím, například i využíváním moderních technologií. Nesmí se bát sám využívat moderní technologie a používat je při práci se seniory s demencí, např. využívat mobilní multi-senzorický snoezelen.

Doporučení pro poskytovatele sociálních služeb

Pokud bude vypsán konkurz na pracovní místo AkP, tak je dobré se zaměřit na aktivizační činnosti, které klienti oceňují a žádají. Tyto informace získáme díky výsledkům dotazníků spokojenosti klientů v oblasti nabízených aktivit. Zařízení by mělo poskytovat jak plnohodnotné aktivizační činnosti skupinové, tak i individuální. Vždy je třeba najít rovnováhu mezi nabídkou aktivit pro skupinu klientů v různých stupních demence formou skupinových aktivit a činnosti pro skupinu klientů, kteří potřebují individuální přístup. Každý klient potřebuje a preferuje něco jiného. Senioři s těžkým stupněm demence

potřebují jiný druh aktivit, které stimulují jejich smysly a jsou poskytovány převážně individuálně. Na toto je třeba při výběru nových členů aktivizačního týmu rovněž myslet.

Respondenti ocenili podporu ze strany zaměstnavatele formou poskytnutí supervizí a otevřené komunikace. Proto by měli poskytovatele tento nástroj podpory využívat v pravidelných intervalech. Supervizi je možné brát jako nástroj v prevenci syndromu vyhoření, dále jako nástroj řízení a podpory kvalitní sociální služby i jako nástroj profesního rozvoje pracovníků.

Mezi další doporučení pro poskytovatele služeb bychom zařadili i individuální plán vzdělávání pro jednotlivé AkP. Vždy na začátku roku a to na základě hodnocení práce v předchozím roce vedoucím a sebehodnocení zaměstnance, nastavit individuální plán vzdělávání, který je žádoucí ze strany zaměstnavatele a do něj promítnout i požadavky jednotlivých AkP a jejich specializace. Vzhledem k tomu, že v zařízeních DZR jsou pouze jednotky zaměstnanců na pozici AkP, je nutné koordinovat tyto specializace. Koordinaci aktivit má na starosti v zařízeních většinou jeden vedoucí, který pracuje na různých pozicích. Může to být vedoucí sociální pracovnice, koordinátor péče či vedoucí aktivizační pracovník.

Možnosti návazného výzkumu

Na provedený výzkum by bylo možné navázat a to v několika směrech. Mohli bychom zjišťovat u AkP, jak a kým byli v novém pracovišti zaškolení. Co vše si osvojili během zkušební doby, během prvního a druhého roku. Jak vnímají příchod do nového prostředí DZR. Zda jim byl věnován dostatečný čas pro aklimatizaci. Zda jim vyhovují skupinové či individuální aktivity.

Další výzkum by se mohl týkat harmonogramu AkP, kteří se běžně podílí i na sebeobslužných činnostech, jako je asistence u stravování, doprovody klientů aj. Jiný možný návazný výzkum by se mohl zabývat tím, jak AkP inovují nabídku volnočasových aktivit pro seniory s demencí v DZR nebo na jakém základě nabídku aktivizací mění.

Pokud bychom se vydali jinou cestou, mohli bychom využít kvantitativní výzkum, kde bychom mohli zjišťovat nejen odbornost AkP, ale i jejich zaměření, ale rovněž by bylo příhodné zjišťovat pestrost aktivit v rámci služeb DZR napříč ČR. Zajímavé by mohlo být i porovnání, jak se aktivity realizují, jaká je jejich náplň v rámci státních, církevních a soukromých poskytovatelů sociálních služeb a jak se mění aktivity v kontextu velikosti/kapacity služby DZR, ale i s ohledem na umístění služby – ve městě, na vesnici.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na pracovní pozici aktivizačního pracovníka v pobytovém sociálním zařízení domova se zvláštním režimem, které poskytuje péči seniorům s demencí. Cílem práce bylo zjistit a popsat osobnostní a profesní role pracovníka zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a poskytnout souhrn nejdůležitějších předpokladů a kompetencí pro výkon této profese. Domníváme se, že se nám tento cíl podařil naplnit.

V teoretické části jsme nastínili odbornou terminologii a teoretická východiska této problematiky, popsali jsme si DZR, profesi AkP z pohledu zakotvení v ZSS, cílovou skupinu seniorů, kteří trpí demencí a co tato nemoc s sebou přináší. Čtenáře jsme seznámili s nefarmakologickými aktivizačními postupy u seniorů s demencí i s nutností zapojení AkP do multidisciplinární spolupráce s ostatními profesemi a odborníky. Dotkli jsme se rovněž problematiky osobnosti, osobnostních předpokladů a oblasti motivace, která je hybnou silou lidského konání. Významná oblast v naší problematice, kterou jsme zdůraznili ve čtvrté kapitole, bylo další vzdělávání pro zvyšování kvalifikace a kompetence těchto pracovníků. Za podstatné označujeme i podporu pracovníků ze strany zaměstnavatele ve formě supervize, intervize a práce v multidisciplinárním týmu.

Hlavním cílem práce bylo popsat, kdo jsou AkP v kontextu pobytové sociální služby domov se zvláštním režimem. Blíže jsme objasnili, jaká by měla být jejich osobnost, kvalifikační i charakterové předpoklady pro naplnění odborně poskytovaných činností.

V praktické části jsme vylíčili přípravu a provedení výzkumného šetření a rozkryli metodu kvalitativní výzkumné strategie, techniku sběru dat formou polostrukturovaných rozhovorů i kritéria pro výběr výzkumného vzorku. Po uskutečnění šetření byly data kódovány a zpracovány do kategorií. Před samotnou interpretací jsme se zmínili ještě o etických aspektech výzkumu, které považujeme za důležité. Za přínos výzkumu lze považovat zjištění, co vše potřebuje AkP vědět a umět, aby svou práci mohl odvádět co možná nejkvalitněji. Ovládat na výbornou komunikaci, mít dostatečné znalosti a dovednosti v přístupech k seniorům s demencí, být kreativní, flexibilní, empatický a všestranný. Umět pracovat v týmu, spolupracovat se svými kolegy a dalšími pracovníky, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu a na druhou stranu být samostatný a umět si poradit, to je jen krátký výčet osobnostních a profesních předpokladů pro tuto pracovní pozici.

Přiznání, že je jejich práce náročná a předpokládá i značkou dávku odolnosti a zvládnání zátěže, je významným znakem sebereflexe a zralosti osobnosti pracovníka. AkP ve své práci cítí smysluplnost a ta je pohání nejen k motivaci do další náročné práce se seniory ztížených demencemi, ale dává význam i jejich osobním životům. Uvědomění si vlastních priorit, co je v životě důležité a co není. Na konci práce shrnujeme několik doporučení do praxe pro poskytovatele sociální služeb a další možnosti návazného výzkumu. Diplomovou práci mohou využít samotní AkP pro svůj profesní rozvoj a také vedoucí pracovníci, kteří koordinují tyto pracovníky včetně personalistů a vedoucích zařízení.

Pečovat o nemohoucí, stárnoucí, sociálně slabé a zranitelné je projev nejhlubšího lidství, který člověk člověku může dát.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] ČESKO. 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [2] ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- [3] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [4] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [5] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Úspěšné stárnutí – užiteční rady na cestě ke stáří*. In *Sborník. V. mezinárodní konference Problematika – generace 50 plus*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-100-0.
- [6] FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDŘIOVÁ. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- [7] FONTANA, David. *Sociální dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-262-1197-6.
- [8] GAVORA, Peter, Vladimír JŮVA a Vendula HLAVATÁ. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [9] GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.
- [10] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- [11] HÁJKOVÁ, Lucie, Dana HRADCOVÁ, Hana JANEČKOVÁ, Martina MÁTLOVÁ, a Hana VAŇKOVÁ. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka*. Praha: Česká Alzheimerova společnost, 2020. ISBN 978-80-86541-48-8.

- [12] HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: APSSCR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- [13] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.
- [14] HELM, Anita. *Die Bedeutung der Sozialer Arbeit für Menschen mit Demenz*. Hamburg: disserta Verlag, 2015. ISBN 978-3-95425-158-2.
- [15] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [16] HLADÍK, Jakub. *Konstrukce a modely multikulturních kompetencí*. Pedagogická orientace, 2010. ročník 20. iss. 4. ISSN 1211-4669.
- [17] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [18] HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí. Koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018. ISBN 978-80-7571-031-4.
- [19] HOLMEROVÁ, Iva, Jiří HORECKÝ a Petr HANUŠ. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: APSSCR, 2016. ISBN 978-80-906320-2-8.
- [20] HORECKÝ, Jiří, Andrea TAJANOVSKÁ a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSSCR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [21] HORECKÝ, Jiří, Andrea TAJANOVSKÁ a kol. *Management a kvalita sociálních služeb*. Tábor: APSSCR, 2020. ISBN 978-80-88361-06-0.
- [22] HURLING, Elke a Mechthild SEEL. *Die Pflege des Menschen im Alter*. 2. Auf. Hannover: Brigitte Kunz Verlag, 2003. ISBN 3-87706-982-7.
- [23] CHRÁSTKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1369-4.
- [24] JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

- [25] JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [26] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [27] JIRKOVSKÁ, Blanka. *Nefarmakologické cesty k lepšímu životu s demencí*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2022. ISBN 978-80-86541-66-2.
- [28] KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.
- [29] KOMPETENCE. In: *ManagementMania.com* [online]. Wilmington (DE) 2011-2023, 17. 03. 2016 [cit. 19.02.2023]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/kompetence>
- [30] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.
- [31] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [32] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- [33] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOV. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [34] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [35] MASLOWOVA TEORIE MOTIVACE [online], © 2023. In: [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://prezentace.halek.info/ZMNG-C08/06/26>
- [36] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [37] ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7184-494-2.

- [38] Měkké kompetence: *KOMPLEXNÍ MODEL MĚKKÝCH KOMPETENCÍ NAVRŽENÝ V PROJEKTU KOMPETENCE 4.0* [online], 2022. In: MPSV. [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142372813/Mekke+kompetence+charakteristiky+urovni.pdf/>
- [39] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [40] NOLEN-HOEKSEMA, Susan, FREDRICKSON, B. L., LOFTUS, G. R. a WAGENAAR, W. A. *Psychologie Atkinsonové a Hildegarda*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- [41] NOVOTNÝ, Jiří a Martin LUKEŠ. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací*. Praha: Oeconomica, 2008.
- [42] ONDRIAŠOVÁ, Mária. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-199-9.
- [43] Organické duševní poruchy včetně symptomatických, 2023. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Český statistický úřad [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>
- [44] PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7184-569-0.
- [45] PETERS-KÜHLINGER, Gabriele a Friedel JOHN. *Komunikační a jiné "měkké" dovednosti: využijte svůj potenciál, rozvíňte své soft skills a staňte se úspěšnějšími*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2145-3.
- [46] PHILIPP-METZEN, H. Elisabeth. *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz. Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 2015. ISBN 978-3-17-025200-4.
- [47] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- [48] PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5515-1.
- [49] PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.

- [50] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [51] PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.
- [52] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [53] ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-00-1.
- [54] SMETÁČKOVÁ, Irena, Veronika MARTANOVÁ, Veronika FRANCOVÁ, Ida VIKTOROVÁ, Helena FRANKE a Anna PÁCHOVÁ. *Techniky kolegiálního sdílení profesních zkušeností*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2021. ISBN 978-80-7603-272-9.
- [55] STAREK, Lukáš. *Sociální práce se seniory žijící s demencí*. Praha: Educa Service, 2022. ISBN 978-80-8730-614-7.
- [56] ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.
- [57] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [58] VAVRUŠKOVÁ, Lívia. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-382-0.
- [59] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [60] Vnitřní předpis SeneCura SeniorCentrum Šanov. 2022. *Kompetence v jednotlivých oblastech činnosti*. Interní dokument.
- [61] VYMĚTAL, Jan a Vlasta REZKOVÁ. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.
- [62] ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
aj.	a jiné
AkP	aktivizační pracovník
apod.	a podobně
APSSCR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
AŘ	asistent/ka ředitele
Bc.	bakalář
č.	číslo
ČR	Česká republika
DZR	domov se zvláštním režimem
DS	domov pro seniory
Ing.	inženýr
IS	informační systém
Mgr.	magistr
např.	například
PSS	pracovník v sociálních službách
R1 – R5	respondent 1-5
s.	strana
Sb.	sbírky
SQ	standard/standardy
SP	sociální pracovník/ce
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
tzn.	to znamená
ZSS	Zákon o sociálních službách

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Hierarchie potřeb	47
Obrázek 2 Kompetence	51

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výzkumný soubor	67
Tabulka 2 Výzkumný soubor – porovnání věku respondentů a praxe	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: ONBOARDING PRO PRACOVNÍ POZICI AKTIVIZAČNÍHO
PRACOVNÍKA V SC ŠANOV

Příloha P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM A JEHO VYUŽITÍM

Příloha P III: PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 5

PŘÍLOHA P I: ONBOARDING PRO PRACOVNÍ POZICI AKP V SC ŠANOV

ORGANIZACE	Kdo zodpovídá a kontroluje	hotovo/umí/ datum/podpis zodpovědné osoby	dovednost AKP (jak poznáme)
Nástupní den: společná schůzka (ředitel, ved SP, všichni AKP, vrchní sestra, staniční sestra, SP, AR) - předání adaptačního šanonu(plán adaptace, základní postupy,harmonogram práce)	vedoucí SP		zná management domova,má k dispozici složku a plán
Představení AKP zaměstnancům - porada	vedoucí SP		zaměstnanci nováčka znají jménem
Filosofie Senecura	vedoucí SP		zná základní pilíře SC Senecura
Podrobná prohlídka SC Šanov	vedoucí SP		umí popsat Domov
P disk - systém komunikace, Pracovní řád, Organizační řád a další..	vedoucí SP		ví, kde dokumentaci nalezne
Seznámení s klienty na budovách	vedoucí SP		ví, kdo s klientů na budově bydlí
Seznámení s Harmonogramem práce AKP	vedoucí SP		harmonogram má k dispozici a umí jej popsat
Seznámit se s procesem školení, miniškolení a plánů akreditovaných vzdělávacích aktivit	vedoucí SP		zná systém dalšího vzdělávání a školení
2. a 3. TÝDEN			
MOJE NÁPLŇ PRÁCE			
Harmonogram stravování - pomoc AKP u snídání, obědů, svačin, pitného režimu	vedoucí SP		umí poskytovat podporu při stravování klientů, spolupráce s PSS, ZS, provádí
Spolupráce s kolegou AKP - společné vedení skupinových aktivizací	vedoucí SP		provádí a spolupracuje s AKP
Spolupráce s kolegou AKP - společné vedení individuálních aktivizací	vedoucí SP		provádí a spolupracuje s AKP
Vedení FB stránek - tvorba příspěvků	vedoucí SP		provádí a spolupracuje s ved SP, VS, kolegy AKP
Nauka - jak se chovat v domově	vedoucí SP		umí vysvětlit a provádí
Pomůcky a potřeby na aktivizační činnosti	vedoucí SP		ví kde je najde, kdo objednává při potřebě doplnění
Nauka - činnosti svých kolegů, specializace	vedoucí SP		orientuje se v aktivizačních činnostech svých kolegů
Seznámení s plánem aktivizací - roční, měsíční a týdenní plán	vedoucí SP		orientuje se v plánech aktivizací a akcí
Nauka - aktivizační činnosti, které dokáže nabídnout sám	vedoucí SP		dokáže popsat své nabízené činnosti
KOMUNIKACE			
naučit se jak komunikovat s klienty - oslovování, služby DZR a DS, specifika komunikace s klienty s demencí	vedoucí SP		chová se dle etického kodexu, který si osvojil a dodržuje ho
naučit se jak komunikovat s ostatními zaměstnanci	vedoucí SP		je pozitivní,proaktivní, přátelský, dokáže spolupracovat v týmu
4. TÝDEN			
APLIKACE			
Seznámení se s povinnou prací AKP v systému CYGNUS (ZÁZNAMY, HODNOCENÍ)	vedoucí SP		umí vysvětlit, má poznámky a provádí
2. MĚSÍC			
Samostatně provádí a řídí si svou aktivizační činnost	vedoucí SP		umí provadět motivaci klientů k činnosti, umí činnost provést, dokončit a vyhodnotit
PC - tvorba plakátů aktivit, článků na web, vkládání jídelníčků a týdenních plánů aktivit na web	vedoucí SP + AKP		umí napsat článek, vložit příspěvek na webové stránky včetně jídelníčků
3. MĚSÍC			
Pracuje samostatně (v oblasti aktivizací, asistence u stravování, spolupráce s kolegy)	vedoucí SP		umí vysvětlit a provádí
Seznámení se s pozicí a povinnostmi klíčového pracovníka + individuální plánování v IS Cygnus	vedoucí SP		získání komplex.informací o IP
Seznámení se standardy kvality (objasnění SQ1-15) + má je k prostudování k dispozici	vedoucí SP		má základní vědomosti ze SQ, ví, kde dokumentaci nalezne
Zkouška před uplynutím zkušební doby	vedoucí SP		pohovor + praktické přezkoušení z postupů a volnočasových metodik

PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM A JEHO VYUŽITÍM

Vážená paní (vážený pane),

jsem studentkou sociální pedagogiky na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci diplomové práce s názvem „Osobnostní a profesní role pracovníků zajišťujících výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti v pobytové sociální službě domov se zvláštním režimem“ Vás žádám o poskytnutí rozhovoru, který bude součástí výzkumu, vztahujícímu se k závěrečné práci.

Rozhovor je polostrukturovaný a je zaměřen na Vaše zkušenosti v oblasti práce aktivizačního pracovníka v domově se zvláštním režimem. Vaše účast na rozhovoru je zcela dobrovolná. Mezi Vaše povinnosti nepatří odpovědět na všechny otázky, naopak je jen na Vás, jaké informace mi během rozhovoru sdělíte a co zůstane nezodpovězeno. Pro potřeby analýzy a zpracování výsledků budu rozhovor nahrávat do záznamníku na mobilní telefon. Vámi poskytnuté informace a názory budu považovat za důvěrné a budou použity pouze pro potřeby mé diplomové práce. Přepis rozhovoru a případné Vaše citace v diplomové práci budou anonymizovány. Nikde nebude uvedeno Vaše jméno či jiné osobní údaje, díky kterým byste mohl/a být identifikován/a.

Transkripce bude přípustná pouze komisi u obhajoby diplomové práce, jinak nikomu, až na části citované v textu práce, který bude volně přístupný online.

Žádám Vás laskavě o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkum, který je součástí diplomové práce.

Děkuji.

Jana Tesařová

Svým podpisem uděluji souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho využitím jako výzkumného materiálu v rámci výše uvedené diplomové práce.

Datum rozhovoru:

Jméno a příjmení:

Váš podpis:

PŘÍLOHA P III: PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 5

1. Jaké akreditované kurzy či odborná školení jste absolvoval/la, které Vám pomohly při práci AkP?
 2. Jaké akreditované kurzy či odborné školení byste doporučil/la nově příchozím kolegům/kolegyním pro doplnění či rozšíření své kvalifikace AkP?
 3. Které tři kompetence považujete za stěžejní při Vaší práci?
 4. Jaké další kompetence je třeba si osvojit pro práci AkP se seniory s demencí, abyste svou práci mohl vykonávat co možná nejkvalitněji?
 5. Vyjmenujte základní osobnostní předpoklady, které považujete pro svou práci AkP za nejdůležitější?
 6. Jak Vy osobně čelíte syndromu vyhoření a jak Vám v tom pomáhá zaměstnavatel?
 7. Předcházíte stereotypům v práci, které by mohly mít na Vás i klientelu negativní vliv? Pokud ano, tak jak?
 8. Co konkrétně děláte pro to, aby Vás práce stále bavila a naplňovala?
 9. Co Vám přináší Vaše práce a co na ní shledáváte pozitivního?
 10. Jak hodnotíte Váš přínos jako AkP v celkové péči o seniory s demencí?
 11. Chtěl/la byste k tomuto tématu ještě něco dodat?
-
1. Jaké další kompetence je třeba si osvojit pro práci AkP se seniory s demencí, abyste V domově pracuji pět let a každý rok absolvuji v rámci povinného dalšího vzdělávání několik akreditovaných kurzů a školení. Nejvíce jsem ocenila kurz **Specifika komunikace s klienty s demencí a psychiatrické minimum**, což bylo myslím třídní osmihodinové školení. Za velmi přínosné považuji i školení s názvem **Druhy demence a porozumění jejím projevům** a také **Péče o klienty s demencí**. Tyto kurzy považuji pro mě osobně za velmi přínosné. A další například **Základy aktivizace seniorů** a **Přístupy zaměřené na člověka**. Každoročně nám vedení zajišťuje školení **Základy první pomoci**, což je i pro AkP hodně důležité. Díky omezenému školení v době pandemie Covid 19, jsem neabsolvovala další kurzy a školení. V letošním roce už sama pracuji na plánování dalšího vzdělávání pro sebe i mé kolegy a vedení má naplánováno a objednáno školení, které se týká **Smyslové aktivizace a Základů bazální stimulace**. Člověk je limitován samozřejmě rozpočtem a vedení schválí jen část plánu. Ale i za to jsem ráda.

2. Určitě bych doporučila novým kolegům všechny školení a kurzy, které jsem již jmenovala. Taky by bylo přínosné absolvovat kurz **Bazální stimulace, Reminiscenční terapie, Aktivizace a motivace, Paměťová cvičení pro seniory** a mnohá další. Existuje jich celá řada, ale chce to opravdu kurzy pro praktické využití. Nejen jak s klienty komunikovat, ale i rozšířit své dovednosti třeba ve **výtvarné a tvořivé činnosti, základy keramiky, základy muzikoterapie** apod.
3. Tři kompetence – to musím chvíli popřemýšlet, to není úplně jednoduchá otázka. Tak mezi tři nejdůležitější bych uvedla asi **všestrannost, flexibilita a spolehlivost**.
4. Další kompetence pro AkP – tak například **spolupráce, kooperace** s druhými AkP a dalším personálem, znát a používat **efektivní komunikaci**, jasně a srozumitelně formulovat své požadavky, taky **umění naslouchat**, být **samostatný** při své práci, **umět si poradit**, hledat spíše cesty k řešení než předpokládat dopředu neúspěch. **Aktivní přístup** a nadšení pro věc. **Otevřenost** - objevovat nové činnosti a snažit se je přizpůsobovat seniorům s demencí. Při volnočasových činnostech je potřeba umět **plánovat a organizovat si svou práci**, pomáhat seniorům s činnostmi a neméně podstatné je **dokončování zadaného úkolu** a převzít **zodpovědnost** za svou práci. A také **odpovědnost** za druhé, nám svěřené seniory, kteří trpí demencí. **Podpořit je v jejich rozhodování a motivovat** je k tomu, aby se rozhodli spíše sami, než abychom za klienty rozhodovali my. Ještě bych zapoměla **počítačové znalosti a dovednosti**, protože i ty jsou pro AkP dnes důležité. A **smysl pro krásu, detail a celkově estetiku**. AkP tvoří a pomáhají upravovat interiéry i exteriéry domova, mají za úkol i nástěnky a výstavy a prezentace domova na webu i na různých akcích. Na tom se spolupodílí se sociálními pracovníci a vedením domova.
5. Osobnostní předpoklady – hmm, tak důležitá je **trpělivost, odpovědnost, samostatnost, inteligence** – i **sociální a emoční inteligence**. Také **empatie** a **projevovat opravdový zájem o klienta**. **Nápaditost a kreativita**, možná by se to dalo shrnout pod pojem **tvůrčí přístup**. **Zájem o odbornost a další vzdělávání**. Ne, aby to bral AkP jako povinnost, ale spíše jako své poslání, protože toto povolání je nutné brát právě takto. Ještě mě napadá, že je důležité neopomenout **povahové vlastnosti a rysy AkP**. AkP by měl být extrovert, který se nebojí vystupovat před druhými, má **dobré komunikační dovednosti a je temperamentní**. Je ho zkrátka vidět a slyšet všude. Umí pracovat s hlasem a možná má i výraznější mimiku a gesta a umí s tím pracovat. Zásadní je i **hodnotová orientace AkP** a to sociálního typu, ten, co má rád lidi, je laskavý k druhým a zvládá sebeovládání a estetického typu, ten, co oceňuje krásu kolem

sebe, zapojuje smysly a umí o tom hovořit a dokáže to prožít navenek. Nesmím zapomenout i **odolnost vůči stresu a taky smysl pro humor**.

6. **Syndrom vyhoření** – tak zatím jsem to na sobě nepocítila (smích). Práce mě baví a to je moje prevence. Určitě nás podporuje vedení – máme supervize od externí supervizorky, 4x ročně. A já osobně? Hodně sportuji a pohybuji se venku, jezdím na kole, běhám, chodím na procházky, do fitka na spinning, ráda se bavím a chodím do kina a tím i relaxuji. Taky ráda tančím.
7. **Stereotyp** ještě neznám a nezažila jsem ho. Teď jsem rok na vedoucí pozici a té práce je vážně hodně a je různorodá. Zatím jsem to nemusela řešit a to ani u svých kolegů. Pokud bych padla do stereotypu, tak bych se snažila **změnit něco ve svém přístupu**, aby mě práce zase chytla a zaujala, možná zapojení do nějaké projektu, který by zkvalitnil nejen služby pro naše klienty, ale posunul profesně i mě samotnou, abych pronikla do nějaké oblasti, kterou znám zatím třeba jen povrchově.
8. Snažím se hodně číst a **vzdělávat se** i sama. Mám zájem i o další vzdělávání, což mě vždycky dokáže povzbudit. Taky mě naplňuje, když se mě nebo kolegům společně něco povede a uděláme klientům a jejich rodinám **radost nějakou činností či akcí**. A oni jsou za to vděční a děkují za nějakou netradiční aktivitu či akci. Potom mám opět chuť do další práce.
9. Je to pomáhající profese a to je pro mě důležité. Cítím se **prospěšná**. A když potěším druhé a oni jsou za to rádi a řeknou to, nebo se jen usmějí, tak to je nejvíc. Vždycky jsem chtěla **pomáhat potřebným** a tohle mě naplňuje.
10. Přínos AkP pro seniory s demencí je velmi **významný**. V domově jsou AkP velmi potřeba, protože toho volného času je tady hodně a my nabízíme klientům jak **smysluplně využít volný čas**, procvičit a upevňovat si společenské a pracovní návyky, rozvíjet jejich zájmy, znalosti a tvořivé schopnosti. Také navazujeme na jejich životní příběhy a především na zájmy, záliby, dovednosti a schopnosti. Klienti s demencí jsou už v mnohých činnostech omezeni, spoustu činností už nezvládají, mnohdy ani s podporou. Ale pro ty je důležité, aby to vnímali kolem sebe, aby poslouchali, sledovali a my se snažíme je do té aktivity vtáhnout – a to menším či větším zapojením. AkP je důležitý pro všechny klienty a to jak ve skupině, tak i individuálně. Pečovatelé na tyto činnosti nemají dostatek času, mohou nabízet a částečně i nabízí jednodušší činnosti, doprovody na vycházkách, rozhovory, předčítání, základní smyslovou aktivizaci také zvládnou. AkP zajišťují více odborně tyto aktivity, jsou podle mě více komunikačně

zdatní a mají ke klientům jiný vztah než pečovatelé. Nepečují prvořadě o tělo, ale spíše o psychiku a sociálně (myslím tím vztahy s druhými).

- 11.** Přála bych si, aby **lidé více naslouchali** a oceňovali druhé a **méně kritizovali**. Pracujeme zde v ženském kolektivu a to je někdy hodně náročné v rámci klimatu a celkové atmosféry. Přála bych si, aby **na prvním místě byl vždy a jen klient a ne zájmy vedení, skupin zaměstnanců či jednotlivců**.

Poznámky výzkumníka:

Rozhovor proběhl v příjemném rozpoložení obou účastníků dne 20. 03. 2023 od 17:30 hodin v SC Šanov. Respondentka byla klidná, otevřená, usmívala se. Odpovědi si většinou chvíli rozmýšlela. Hlas měla klidný, hlasitost příjemná a tempo rozhovoru bylo dynamické, doplněné přirozenou mimikou a mírnějšími gesty.

Rozhovor působil na výzkumníka příjemně. Respondentka otevřeně sdělovala své poznatky a postřehy z praxe. Na závěr poděkování za rozhovor.

