

Využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou mírou závislosti na péči – Technika smyslové reminiscence

Mgr. Jarmila Holášková, DiS.

Rigorózní práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ RIGORÓZNÍ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Jarmila Holášková, DiS.**
Osobní číslo: **H170499**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **distanční**

Téma práce: **Využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou mírou závislosti na péči – technika smyslové reminiscence**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k technikám reminiscenční terapie, jejího vlivu na posílení vlastní identity seniora a upevnění pozitivních vztahů k blízkým lidem.

Realizace smíšeného výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah rigorózní práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEVELA, R. a L. ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014. ISBN 987-80-247-4544-2.

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

HOLMEROVÁ, I. Aktivní stárnutí. Strategie Světové zdravotnické organizace. In: Česká geriatrická revue, č. 39. ISSN 12140732.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-2472-454-6.

KALVACH, Z. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.

VOJTOVÁ, H. Smyslová aktivace v české praxi. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

Garant studijního oboru:

doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání rigorózní práce:

4. června 2018

Termín odevzdání rigorózní práce:

1. dubna 2019

Ve Zlíně dne 4. června 2018



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

děkanka

mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA RIGORÓZNÍ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním rigorózní 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 rigorózní práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji rigorózní 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 užit své dílo – rigorózní 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 rigorózní práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky rigorózní práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení 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

Rigorózní práce „**Využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou mírou závislosti na péči – Technika smyslové reminiscence**“ pojednává o možnostech a využití reminiscenční terapie při péči o seniory v pobytovém zařízení. V teoretické části je vymezení základních pojmů, jako jsou senior, stárnutí, stáří, závislost na péči a reminiscenční terapie, u které uvádíme i různé metody a způsoby její realizace. Empirická část obsahuje případové studie jednotlivých seniorů, popis a průběh realizované reminiscenční terapie včetně jejího dopadu na péči o klienta a vyhodnocení dotazníků zaměstnanců, kteří srovnávali vybrané oblasti spokojenosti seniora v období před aplikací reminiscenční terapie a v průběhu její aplikace. Cílem práce je nalézt odpověď na otázku, které oblasti potřeb mohou být reminiscenční terapií ovlivněny.

Klíčové slova: Senior. Závislost na péči. Reminiscenční terapie. Smyslová reminiscence. Domov pro seniory. Smíšený výzkum. Případová studie. Dotazníky.

ABSTRACT

The thesis named "Reminiscence therapy for seniors with increased dependency on care - Sensory reminiscence technique" discusses the possibilities and the use of reminiscence therapy in care of seniors in a residential facility. The theoretical part is devoted to basic concepts, such as senior, aging, age, dependency on care and reminiscence therapy where are mentioned the various methods of its implementation. The empirical part contains case studies of individual seniors, the description and process of implemented reminiscence therapy including its impact on clients care and overall evaluation of their satisfaction based on interviews with staff. The aim of the thesis is to answer the question whether the reminiscence therapy influences the overall client's satisfaction. This answer should help to extend the effect of reminiscence therapy on the quality of senior's lives.

Keywords: Senior. Dependency on care. Reminiscence therapy. Sensory reminiscence. Elderly care home. Mixed methods research. Case study. Questionnaires.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 PÉČE O SENIORA.....	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
1.1.1 Senior.....	13
1.1.2 Stáří.....	14
1.1.3 Stárnutí.....	15
1.2 POTŘEBY SENIORŮ.....	15
1.3 PŘEHLED SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY.....	17
1.4 VYBRANÉ TERAPIE PRÁCE SE SENIORY.....	18
1.5 PROFESNÍ KOMPETENCE PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	20
2 ZÁVISLOST NA PÉČI.....	22
2.1 MÍRA ZÁVISLOSTI NA PÉČI.....	23
2.2 HODNOCENÍ ZÁVISLOSTI.....	25
3 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	26
3.1 VZNIK A PŮVOD REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	26
3.2 PRINCIPY REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	27
3.3 PRÁCE SE VZPOMÍNKAMI.....	29
3.4 FORMY A METODY REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	30
3.5 PROFESNÍ KOMPETENCE REMINISCENČNÍHO TERAPEUTA.....	32
3.6 PROFESNÍ KOMPETENCE TÝMU.....	33
4 VYBRANÉ ZPŮSOBY APLIKACE REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	34
4.1 REMINISCENČNÍ TERAPIE POMOCÍ BIOGRAFIE SENIORA.....	35
4.2 REMINISCENČNÍ TERAPIE POMOCÍ SMYSLOVÉ AKTIVACE.....	36
4.3 REMINISCENČNÍ TERAPIE POMOCÍ PROSTŘEDÍ.....	38
4.4 REMINISCENČNÍ TERAPIE POMOCÍ POMŮCEK.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
5 POPIS VÝZKUMU.....	43
5.1 VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	43
5.2 CÍLE VÝZKUMU.....	43
5.3 KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	44
5.3.1 Případová studie.....	45
5.4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	47
5.4.1 Dotazník.....	48

5.5	ORGANIZACE A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	50
5.5.1	Realizace kvalitativního výzkumu	50
5.5.2	Realizace kvantitativního výzkumu	50
5.6	PROSTŘEDÍ REALIZACE	50
5.7	ETIKA VÝZKUMU	55
6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ – PŘÍPADOVÉ STUDIE	56
6.1	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K1	61
6.2	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K2	63
6.3	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K3	65
6.4	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K4	67
6.5	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K5	69
6.6	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K6	71
6.7	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K7	73
6.8	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K8	75
6.9	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K9	76
6.10	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K10	78
6.11	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K11	79
6.12	REALIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE U KLIENTA K12	81
6.13	VYHODNOCENÍ ZKOUMANÝCH OBLASTÍ	82
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ – DOTAZNÍKY	86
7.1	ZMĚNY VE SLEDOVANÝCH OBLASTECH	86
7.2	ZMĚNY U JEDNOTLIVÝCH KLIENTŮ	88
7.3	PLATNOST HYPOTÉZ	94
8	SHRUTÍ VÝSLEDKŮ	97
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	99
	ZÁVĚR	101
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	104
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	109
	SEZNAM OBRÁZKŮ	110
	SEZNAM TABULEK	111
	SEZNAM GRAFŮ	112
	SEZNAM PŘÍLOH	113

ÚVOD

Stáří je významným obdobím v lidském životě. Jeho kvalitní prožívání dokresluje osobě hodnotu předchozího bytí. Stáří není jen pouhým okamžikem, je to dlouhé, 20 až 30 leté období v lidském životě. Jak hodnotným obdobím stáří bude, ovlivní především aktér sám. Ale co když už nemůže a je odkázán na péči a pomoc ostatních? Nebo má snížené vnímání či komunikaci? Jak ovlivní kvalitu a hodnotu svého stáří? U seniorů, kteří jsou nejvíce závislí na péči druhé osoby, se často ztrácí smysluplnost prožívaného života. Snahou by mělo být zpříjemnit klientům dny tak, aby našli opět chuť do života a cítili se ještě hodnotně. Snížené kognitivní schopnosti, emocionální oploštělost, závislost na péči a pravidlech pobytového zařízení zapříčiňují, že senioři ztrácejí kontrolu nad možnostmi výběrů pro své rozhodování.

V dnešní době tráví třetina seniorů své stáří v domovech pro seniory, a pokud by byla dostatečná kapacita a počet těchto zařízení, bylo by toto číslo daleko vyšší. Kvalita péče v těchto zařízeních stoupá v posledních letech prudce nahoru a nabídka poskytovaných služeb dosahuje velmi slušné úrovně srovnatelné s Rakouskem nebo Německem, které byly doposud vnímány jako ikony nedostižitelné kvality. Stanovená povinnost u rozsahu poskytované péče zakotvená zákonem o sociálních službách vymezuje nejen konkrétní úkony poskytované péče, ale i minimální provozní, personální a administrativní standardy, které musí zařízení splňovat. Rovněž i motivace zařízení dosáhnout vyšší finanční podpory ze stran veřejných a soukromých donátorů prostřednictvím široké a erudované nabídky poskytovaných služeb má na tomto prudkém rozvoji kvality pobytových zařízení podstatný vliv.

Jednou z terapií, která se pomalu dostává do popředí mezi stávající nabídku sociálně-aktivizačních a volnočasových aktivit, patří i reminiscenční terapie. Tzv. „terapie vzpomínkou“ začíná mít významné místo mezi ostatními běžnými terapiemi, jako jsou zooterapie, arteterapie, muzikoterapie a ergoterapie, které jsou snad již zastoupeny ve všech domovech pro seniory pro svou oblíbenost mezi seniory a jednoduchost realizace. K realizaci stačí vzpomínkové předměty nebo jiné podněty, které mají v sobě potenciál minulosti a ochotný senior, který bude rád vzpomínat.

Reminiscenční terapie má potenciál být nejvhodnějším prostředkem aktivizace. Dokáže zkvalitnit seniorům prožívání dne a objevit chuť do života, zvýšit schopnost prožívání a zapojit je do realizace péče. Určení nejvhodnější metody reminiscence vůči těmto klientům

a ověření do jaké míry je tato aktivizační technika pro tuto skupinu klientů přínosná nás přinutilo se intenzivněji věnovat této problematice.

V této rigorózní práci poukážeme na význam reminiscenční terapie při zkvalitňování prožívání stáří u seniorů, kteří jsou odkázáni na pomoc ostatních. Zabýváme se důležitostí kvalitou stárnutí, a jak tuto kvalitu můžeme pomocí reminiscenční terapie ovlivnit u seniorů v pobytových zařízeních.

Rigorózní práce má teoretickou a praktickou část, rozdělených do 9 kapitol. Teoretická část je čerpána z vědeckých článků i odborné literatury. Praktická část je provázána s konkrétním pobytovým zařízením pro seniory. První kapitola je zaměřena na popis problematiky péče o seniora. Vymezuje základní pojmy, jako jsou senior, stáří, potřeby seniorů, popis tělesných, duševních či sociálních změn, které souvisí se stářím. Není opomenuta ani nabídka sociálních služeb vhodných pro seniory a stručná specifika péče o osoby v seniorském věku. V druhé kapitole je vymezen pojem závislost na péči, jakou jsou příčiny závislosti na péči u seniorů, včetně popisu vývoje demence, cévní mozkové příhody a testy, kterými se měří stupně postižení. Zároveň tato část obsahuje i rozdíly v pohledu na vnímání míry závislosti na péči. Třetí kapitola se věnuje popisu a vymezení reminiscenční terapie, která využívá vzpomínek starých lidí a výrazně ovlivňuje kvalitu prožívání stáří. Mapuje vznik, účel, metody, profesní kompetence terapeuta a týmu, který se podílí na realizaci reminiscenční terapie. Čtvrtá kapitola je věnována konkrétním způsobům aplikace reminiscenční terapie z pohledu biografie seniora, smyslové aktivizace a prostředí, ve kterém se senior nachází. Byly vybrány čtyři techniky, které jsou nejoblíbenější u seniorů. Pátou kapitolou začíná empirická část rigorózní práce. V této kapitole je popsán design výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou mírou závislosti na péči. Realizace výzkumu probíhala formou strategie smíšeného výzkumu se stěžejní kvalitativní metodou případových studií a kvantitativní metodou strukturovaných dotazníků. V šesté kapitole jsou prezentované výsledky z případových studií. Sedmá kapitola uvádí výsledky z dotazníkového šetření. V závěrečné osmé a deváté kapitole se shrnují a aplikují výsledky do praxe a stanovují doporučení při práci se skupinou seniorů se zvýšenou závislostí na péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O SENIORA

Stárnutí je proces, který neodmyslitelně patří ke každému lidskému životu. Dopady stárnutí na lidské tělo nejsou dnešní společností, která vyznává kult mládí a krásy, vnímány příliš pozitivně. Přesto sebou stáří přináší i pozitivní aspekty v zúročení svého dosavadního snažení a předávání nabytých zkušeností svým potomkům.

S postupným úbytkem fyzických sil, snižováním smyslových a kognitivních dovedností a tělesných změn se musí každý člověk smířit. Přijmout pomoc a podporu ostatních nemusí být pro každého jednoduchou záležitostí.

1.1 Vymezení pojmů

Vymezení základních pojmů, pochopení procesu stárnutí a potřeb seniorů jsou nezbytným předpokladem pro kvalitní poskytování následné péče.

1.1.1 Senior

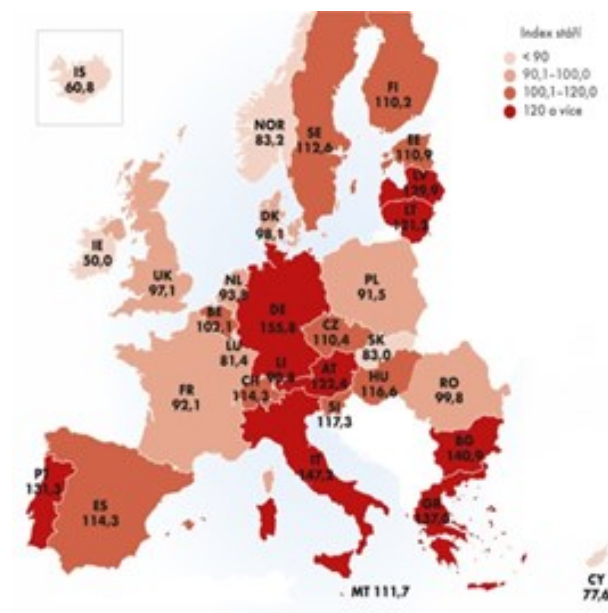
Pojmů, kterých společnost užívá pro označení staré osoby, je několik. Odborným názvem užívaný pro starou osobu v gerontologii je geront. Dalším synonymem je senescent. Jedná se o pojem již zastaralý a užívaný v psychologii. Mezi lidmi je hojně užívaný pojem důchodce, což není pojem, který se jen vztahuje na staré osoby, ale i na lidi pobírající důchod (může se jednat i o mladé lidi pobírající invalidní důchod). Jedná se tedy o nepřesný pojem. Postupproduktivní věk je pojem užívaný v ekonomii a úzce spokojený s ekonomickou produktivitou. Postaktivní věk je označení spojené zejména se sociologií a při jeho užívání je zvýznamňována doba po aktivitě, což sebou přináší sebou negativní náboj, který determinuje seniora k pasivitě (Kalvach, 1997, s. 20-21).

Nakonec docházíme k tomu, že termín senior je nejvhodnější reprezentantem pohledů různých vědních disciplín a zároveň je pojmem významově neutrálním. Vnímání, kdy se člověk stává seniorem je v naší společnosti velmi subjektivní. V době, která je zaměřena na kult mládí, zdravý a krásy, je seniorem často označována osoba, která již nesplňuje kritéria mládí. Čím mladší osoby se zeptáte na věk začínající seniorským obdobím, tím menší věk bude uveden (Sak a Kolesárová, 2012, s. 26).

1.1.2 Stáří

Vnímání a hodnocení pojmu stáří je velmi individuální a velký vliv zde hraje subjektivní vnímání. Jednoznačné vymezení pojmu stáří je proto v odborné literatuře, a i v podvědomí veřejnosti velmi variabilní.

Periodizace lidského života i přesná definice stáří je obtížná, neboť zde hrají velký vliv geografické a kulturní podmínky daného systému. Nejčastěji se stáří dělí do tří skupin: **biologické, sociální a kalendářní**. Biologické projevy stáří nejsou přesně vymezeny a není ani shoda, co by mělo být jejich obsahem (Kalvach, 1997). Sociální stáří určují změny v sociálních podmínkách. Jde o přeměnu sociálních postojů, rolí a sociálního potenciálu vyplývajících ze sociálních situací spojených nejčastěji s odchodem do důchodu (Čevela a Čeledřová, 2014). Tímto věkem je dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění, v české republice 65 let. Podle WHO je stáří definováno dle věku, tzv. kalendářním stářím, a to časným stářím ve věku 60–74 let, vlastním stářím ve věku 75 – 89 let a dlouhověkostí nad 90 a více let (Kalvach, 1997).



Obrázek 1 Index stáří v zemích EU24 a EFTA v roce 2011. Zdroj: ČSÚ

Tzv. index stáří je konstruován jako poměr počtu obyvatel ve věku 65 a více let k počtu obyvatel ve věku 0–14 let. V ČR byl index stáří v roce 2017 18,8%. Celková hodnota indexu stáří dosáhla v České republice podle posledního SLDB hodnoty 110, což znamená,

že na 110 osob starších 65 let připadalo 100 osob ve věku 0–14 let. Výše uvedený obrázek č. 1 ukazuje, jaký je výskyt indexu stáří v rámci celé Evropy (ČSÚ, ©2014).

1.1.3 Stárnutí

Stárnutím se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince (Pacovský a Jeřmanová, 1981, s. 57). Tyto změny nenastupují najednou, neboť proces stárnutí organismu je individuální s nerovnoměrnými změnami jednotlivých funkcí organismu (Múhlpachr, 2004, s. 23).

Tělesné změny – Nejvíce zjevnými změnami ve stáří jsou biologické, tedy tělesné změny, ke kterým dochází nejčastěji po šedesátém roce života. Dochází k poklesu základního metabolismu, k postupné atrofii svalů, ke zvětšování křehkosti kostí a onemocnění kloubů. Ubývá množství funkční tkáně, které jsou nahrazeny vazivem. Zvyšuje se riziko srdečních chorob spojených se změnou krevního tlaku a hladiny tělesného tuku a cukru v krvi (Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 202-204).

Psychické změny ve stáří – Ve stáří dochází ke změně většiny kognitivních funkcí. Vyskytuje se porucha spánku a oslabení kognitivních schopností, které se projevují zhoršením smyslového vnímání, paměti, schopnosti učit a adaptovat se na nové změny. Mezi psychické změny patří i změna osobních vlastností jako zvýšená nedůvěřivost, snížená sebevědomí, sugestibilita, emoční labilita a zhoršení úsudku (Jurásková, 2007, s. 9-10).

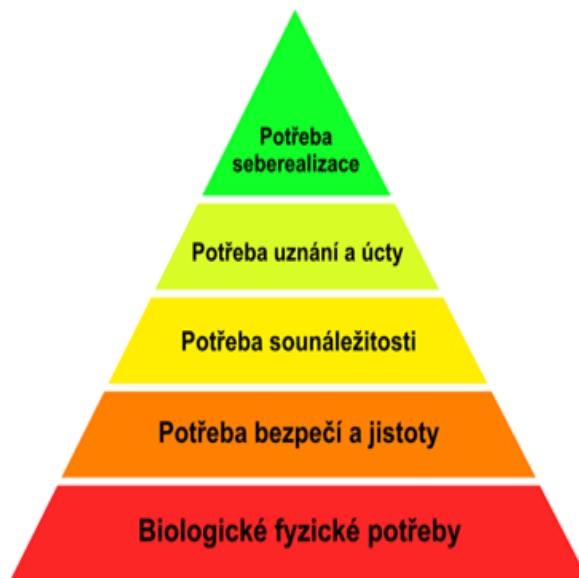
Sociální změny ve stáří – Během stárnutí dochází k řadě sociálních změn, které souvisí s odchodem do penze, a které patří mezi největší sociální změny. S tímto odchodem je spojena ztráta pracovní role, omezení sociálních kontaktů, ovlivnění struktury potřeb, i styl života. Adaptace na tento stav může trvat určitou dobu rozdělenou do několika fází. Může rovněž dojít i k poklesu sebeúcty (Venglářová, 2007, s. 12).

1.2 Potřeby seniorů

Základní lidské potřeby mají několik kategorií – fyziologické, psychologické, sociální a spirituální. Mezi fyziologické potřeby patří potřeba uspokojení hladu, žízně, potřeba pohybu, vyměšování a osobní hygieny, potřeba spánku a odpočinku, potřeba sexuality, vyhýbání se bolesti. Psychosociální potřeby zahrnují potřebu jistoty a bezpečí, vzájemnosti, blízkosti, lásky, svobody, komunikace, informací a kulturní i spirituální potřeby (Holmerová,

2006, s. 164). U seniorů se potřeby od lidí v aktivním věku do jisté míry odlišují. V rámci procesu stárnutí se zvyšuje potřeba jistoty a bezpečí (fyzického, psychického, ekonomického), potřeba důvěry, stability se spolehlivostí, při zachování dostatečného stupně své nezávislosti (Pichaud a Thareau, 1998).

Mezi nejznámější a nejpoužívanější teorie potřeb patří pyramidálně uspořádaný systém amerického psychologa A. H. Maslowa, známý jako „Maslowova pyramida potřeb“ (viz obrázek č. 2). Tento sociolog rozčlenil potřeby do pěti kategorií. Základnu tvoří potřeby fyziologické, druhý stupeň potřeba bezpečí, třetí stupeň potřeby sociální, čtvrtý stupeň zaujímá potřeba autonomie a vrcholem je pátý stupeň s potřebou seberealizace a sebenaplnění.



Obrázek 2 Maslowova pyramida potřeb. Zdroj: Wikipedie

Na tomto systému je zřejmé, že lidské potřeby tvoří jeden celek, který spojuje fyzickou, psychickou i sociální stránku člověka. Pyramidální uskupení znázorňuje stoupající významovou posloupnost potřeb. Zejména u seniorů je patrné, že teprve až po nezbytně nutném materiálním a lékařském zabezpečení (naplnění fyziologických potřeb), se stává aktuální i otázka psychické pohody a sociálních potřeb seniorů.

Společenské vnímání seniorů z hlediska jejich potřeb je stále mylně vnímáno zejména skrze určité stereotypy. Běžně se vyskytují představy o „speciálních potřebách“ starých lidí, neboť jsou potřeby starých lidí snižovány na základní fyziologické a materiální zajištění (Kubalčíková, 2006). Přitom struktura potřeb starých lidí je stejná jako u všech ostatních

příslušníků společnosti, jen míra jejich naplnění je odlišná. Je zřejmé, že některé potřeby u seniorů se zesilují např. potřeba bezpečí, nebo oslabují např. potřeba seberealizace.

S přechodem seniora do pobytového zařízení dochází k podstatným změnám nejen v jeho životě, ale i ve struktuře jeho potřeb, které jsou zapříčiněny snížením míry soběstačnosti, zvýšením závislosti na pomoci okolí vedoucí až k neschopnosti péče o vlastní osobu. Potřeby seniorů jsou pak více zaměřeny na oblast posílení autonomie a nezávislosti (Dvořáčková, 2012).

1.3 Přehled sociálních služeb pro seniory

Nabídka sociálních služeb je v České republice velmi široká a dostupná. Senioři mohou využívat následující z nich:

- **Volnočasové aktivity pro seniory** – Patří zde různé vzdělávací, pohybové i kreativní kurzy, programy. Setkání nebo přednášky pro seniory nabízí zejména celá řada neziskových organizací, kluby seniorů, farnosti nebo centra zřízené obcemi. Jejich cílem je aktivizovat seniory, udržovat je v dobrém psychickém a fyzickém stavu a také dát jim možnost setkat se s vrstevníky a smysluplně trávit svůj čas.
- **Ambulantní pečovatelská a ošetrovatelská péče** – Jednoznačně nejčastější službu využívanou seniory, která jim umožňuje zůstat ve svém vlastním domově, a přitom lépe zvládat každodenní situace, které se pro ně stávají obtížnějšími, je ambulantní pečovatelská a ošetrovatelská péče neboli terénní pečovatelská služba. Jejím cílem je pomoc seniorům s osobní hygienou, pohybem po domácnosti, zajištěním stravování i s drobnými nákupy.
- **Denní centra a stacionáře** – Služby jsou určeny seniorům, mající zájem zůstat ve svém domácím prostředí, nejsou zcela soběstační, vyžadují dlouhodobější dohled a cítí se izolovaně. Cílem je pomoci rodinám, jež chtějí o svého blízkého pečovat doma, ale současně nejsou schopny zajistit 24hodinovou péči. Podle svých možností v ranních časech přivázejí seniora do stacionáře, případně si centrum zajišťuje odvoz klientů samo. Stacionáře je možné využívat denně i omezeně, pouze několik dní v týdnu.
- **Odlehčovací služby** – Jde o péči určenou dlouhodobě nemocným, závislým na péči ostatních a jejich blízkým. Služba může být poskytována jako pobytová s 24hodinovou péčí. Další variantou je terénní odlehčovací služba, kdy kvalifiko-

vaná pečovatelka přichází za klientem domů a v jeho důvěrném prostředí se o něj stará. Cílem je umožnit rodině a dalším pečujícím seniora „odlehčit“ či „ulevit“ v jejich každodenní namáhavé práci, nabrat síly, odpočinout si nebo vyřešit krátkodobé situace jako úpravu domova, dovolenou mimo domov nebo nemoc pečujícího.

- **Léčebny dlouhodobě nemocných** – Fungují převážně ve spojení s nemocnicemi, mohou mít vlastní oddělení následné péče pro své pacienty nebo jsou přemístováni na oddělení dlouhodobě nemocných. Cílem je dlouhodobě nemocným poskytnout lůžkovou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči.
- **Domovy pro seniory** – Poskytují komplexní nepřetržitou ošetrovatelskou a zdravotní péči o seniory, kteří ztrácejí svou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotní stavu.
- **Domovy se zvláštním režimem** – Jsou zaměřeny na specifické potřeby osob vyžadující nepřetržitý, bezpečný a kvalifikovaný dohled, např. u osob s demencí, alkoholovou závislostí nebo psychózou.
- **Hospice a domácí hospice** – Hospice jsou určeny pro pacienty ke konci jejich života, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti léčby. Jde o sociálně-zdravotnická zařízení. Jejím cílem je zaručit klientům důstojný a bezbolestný odchod.

1.4 Vybrané terapie práce se seniory

Většina technik sociální práce zaměřená na seniory žijící v pobytových zařízeních si klade za cíl zlepšit kvalitu jejich života, prostřednictvím posílení funkčních schopností, podpoření fyzické zdatnosti a zlepšení pohybových a kognitivních schopností. Podstatou jejich úspěšnosti je účinné navázání kontaktu (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005).

- **Ergoterapie** – Jde o využívání smysluplné, pracovní činnosti u osob s fyzickým omezením za účelem maximalizování jeho nezávislosti a soběstačnosti ve všech aspektech života prostřednictvím různých dovedností (trénink všedních denních činností, rozvoj herních dovedností, předpracovních a volnočasových schopností, percepčně-motorických dovedností aj.) (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 12).
- **Psychomotorická terapie** – Principem je působit tělesnými nebo pohybovými stimulacemi na lidskou psychiku a měnit chování, emoce a prožívání. Do metod lze

zahrnout tanec, relaxaci, improvizaci pohybem, taneční terapii, psychogymnastiku a pantomimu (Müller, 2014).

- **Expresivní terapie** – Jedná se o druh psychoterapie, která využívá pro vyjádření (expresi), kontakt, intervenci i jiné formy než verbální. Expresivní terapie využívá pohyb, metaforu obrazu, tance, dramatické scénky, hudbu, zvuky, básně. Patří sem arteterapie, zooterapie (canisterapie, felinoterapie, hippoterapie aj.), dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie a další (Müller, 2014, 62-63).
- **Preterapie** – Je založena na principu zrcadlení či reflektování za účelem navázání kontaktu s realitou, se sebou samým a s druhými lidmi pomocí slov, zvuků, výrazů, pohybů tváře apod. (Prouty, Werde a Portner, 2005).
- **Validace** – Podstatou je empatie, tolerance, akceptace a vcítění se do validované osoby. Respektující přístup využívá navozování pocitu důvěry, blízkosti, užívání hlubšího hlasu, metodu zrcadlení a parafrázování, apod. Cílem validace je obnovit a upevnit pocit vlastní hodnoty (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 351).
- **Terapie realitou** – Jde o pozitivní přístup pomoci emocionálně narušeným lidem naučit je naplňovat své potřeby, a to způsobem, který neomezuje ostatní v naplňování svých potřeb (Glasser, 2001, s. 191).
- **Biopsychosociální model** – Je určen pro práci s lidmi, kteří mají symptomy demence a zaměřen na hledání souvislostí tělesných změn v kontextu životního příběhu člověka (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 12).
- **Bazální stimulace** – Jde o stimulaci vnímání vlastního těla, k podpoře rozvoje vlastní identity, k umožnění vnímání okolního světa a navázání komunikace s okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007).
- **Smyslová aktivizace** – Cílená, na potřeby orientovaná, biografická aktivizace se zaměřením na dráždění veškerých smyslů. Pozitivním výsledkem je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, komplexní reflexe klienta (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 11-12).
- **Kinezioterapie a taneční terapie** – Tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou prostředkem pro snadnější nonverbální komunikaci. Jde o cestu k intenzivnějšímu a pozornějšímu vnímání, k získání sebedůvěry a zájmu o život a dění kolem sebe (Janečková a Vacková, 2010).

- **Reminiscenční terapie** – Reminiscenční terapie, tzv. terapie vzpomínkou, má za cíl vyvolat příjemné, důležité vzpomínky ke zkvalitnění života klienta. Je založena na skutečnosti, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány vědomosti, návyky a vzpomínky, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti (Janečková a Vacková, 2010).

1.5 Profesionální kompetence pracovníka v sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění, vymezuje pět skupin osob, které mohou v sociálních službách vykonávat odbornou činnost. Jsou to tyto osoby:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách: osoby provádějící přímou obslužnou péči, osoby provádějící základní výchovnou a nepedagogickou činnost, provádějící pečovatelskou činnost v domácnosti a pracující pod dohledem sociálního pracovníka,
- zdravotní pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci.

Tímto zákonem jsou rovněž vymezeny i základní profesní předpoklady pro tyto pozice, jako jsou např. svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. S ohledem na náročnost práce osob v sociálních službách a kvalitu poskytované služby mají poskytovatelé sociálních služeb zajistit pracovníkům v sociálních službách 24 hodin vzdělávání během kalendářního roku, přičemž 8 hodin musí být zajištěno formou akreditovaného kurzu, 8 hodin formou pracovních stáží a zbylých 8 hodin jiným způsobem (např. interní školení, školicí akce). Supervize se do tohoto čísla nezapočítává a doporučený počet hodin MPSV ČR je 6 hodin během kalendářního roku.

Výše uvedené povinnosti vyplývající ze zákona o sociálních službách však nejsou zárukou, že osoby v sociálních službách budou vhodné pro práci se seniory. Práce se seniory má své specifika, mezi které patří zejména:

- komunikační dovednosti (zvýšená hlasitost řeči, respektování principu zpomalení u seniorů, trpělivost při opakování již řečeného, být v dostatečném zorném úhlu u seniora),
- znalosti používání kompenzačních pomůcek,

- fyzická zdatnost při napomáhání pohybu u seniora,
- orientace v systému sociálního zabezpečení,
- orientace ve zdravotní oblasti.

2 ZÁVISLOST NA PÉČI

Není-li člověk schopen samostatnosti u základních, běžných činností, stává se závislý na péči jiných osob. Závislost na péči je vymezena v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění. Hodnotí se schopnost mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. U každé oblasti je pak hodnocena schopnost do jaké míry tuto oblast si osoba zajistí vlastními silami. Např. u oblasti péče o domácnost se sleduje, zda osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

Mezi nejčastější příčiny nesoběstačnosti seniorů řadíme:

- **Imobilizační syndrom** – Neschopnost pohybu, tedy opakem mobility je imobilita (Minaříková, 2008). Při dlouhodobém nedostatku pohybu reaguje lidský organismus vznikem imobilizačního syndromu (též hypokinetický syndrom). Je to soubor poškození, které jsou způsobeny dlouhodobým pobytem a klidem na lůžku. Vede ke komplexní ošetrovatelské, rehabilitační a lékařské péči (Kalvach, 2008, s. 195). Hlavními příčinami imobility bývají silné bolesti, poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému, celková slabost, psychosociální problémy (např. deprese) nebo infekce. Imobilizační syndrom pak vzniká primárně jako přímý následek onemocnění nebo úrazu (pád seniora, centrální mozková příhoda aj.) nebo sekundárně jako stav, který se vyvíjí postupně (např. po operaci, úrazu). **Péče o imobilního seniora** je především zaměřena na prevenci imobilizačního syndromu. Charakter nemoci vyžaduje širokou spolupráci, při níž se všechny profesionální skupiny snaží o ucelený přístup k pacientovi (Minaříková, 2008).
- **Demence** – Demencí se rozumí vážná ztráta celkových poznávacích schopností u normálního jedince, které jsou nad rámec normálních projevů stárnutí. Může být statická, která je výsledkem poranění mozku, nebo progresivní, což vede k poklesu poznávacích schopností kvůli poškození nebo nemoci v těle. I když demence je mnohem častější u geriatrické populace, může se stát, že se vyskytne u osob před

dosažením 65 let, v tom případě se jedná o „časnou demenci“ (Cress, 2013). Dle klasifikace MKN¹ existuje až 21 druhů demence. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které postihují mozek např. Pickova nemoc (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 19). Demence je vždy důsledkem choroby, nikoli stárnutí. Termín stařecká demence neexistuje (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 88). **Alzheimerova choroba** je neurodegenerativní onemocnění. Klinicky se projevuje jako demence. Patří mezi atroficko – degenerativní typy demence. Především je to nejčastější typ demence. Statistiky se liší, ale průměrné zastoupení je kolem 50 %. Demence postihuje kognitivní, behaviorální a psychologické a funkční funkce osobnosti (Kalvach, 2008, s. 96). Rozvoj je nenápadný a pomalý, někdy se může objevit fáze náhlého zpomalení průběhu. V počátcích je většinou diagnostikována jako mírná porucha poznávacích funkcí. K nejběžnějšímu dělení patří stádia: lehké, střední a těžké (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 19).

- **Cévní mozková příhoda** – Nejčastěji dochází k poškození určité části mozkové tkáně prostřednictvím uzávěru mozkové tepny nebo krvácením do mozku, následkem čehož dojde k poškození okolní mozkové tkáně. Jedním z mírných projevů cévní mozkové příhody jsou tzv. transitorní ischemické ataky, což je obvykle několik minut dlouhá neobratnost či drobná porucha motoriky. Dále se objevují poruchy řeči – zhoršení artikulace řeči, poruchy porozumění či ztráta mluvené řeči (afázie). Objevují se také poruchy vidění – diplopie, brnění v končetinách nebo bolesti hlavy (Kalita, 2006).

2.1 Míra závislosti na péči

Soběstačnost je definovaná jako schopnost samostatné existence. Pokud senior ztrácí tuto schopnost, je potřeba mu zajistit společenskou pomoc, a to na různých úrovních podle ztráty míry soběstačnosti (Arnoldová, 2002). Nesoběstačnost seniorů byla v minulosti označována termínem **bezmocnost**. Jedná se o trvalý stav, který si žádá neustálou péči druhé osoby, zejm. v oblasti ošetřování a obsluhy (Matoušek, 2008, s. 32). Tento pojem byl ukotven i v zákoně o důchodovém zabezpečení, kdy pojem bezmocnost označoval trvalý, dlouho-

¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009 : abecední seznam.

dobý stav, kdy člověk nebyl zcela soběstačný a byl odkázán na pomoc druhé osoby. Podle toho, jak velký rozsah pomoci byl nutný, se rozlišovaly na základě tehdy platné vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se prováděl zákon o důchodovém pojištění, ve znění ke dni 31. 12. 2015 původně tři stupně bezmocnosti částečná, převážná a úplná.

Tento zastaralý pojem bezmocnost byl změněn zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění na termín **závislost na péči jiné fyzické osoby**. Jsou vymezeny čtyři míry závislosti lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost. Jednotlivé stupně závislosti od sebe odlišuje míra schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání, obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost.

Závislost na péči může být rozlišena i následovně (Kozáková a Müller, 2006): osoba si dokáže všechny své potřeby uspokojit sama, nedokáže si zabezpečit své fyziologické potřeby, hierarchicky vyšší potřeby si dokáže uspokojit sama, dokáže částečně uspokojit své fyziologické potřeby, dokáže uspokojit své fyziologické potřeby pod vedením druhé osoby (nejčastěji u dezorientovaných lidí), nedokáže si zabezpečit své fyziologické potřeby a současně není schopna sama rozhodnout, co potřebuje.

Následovné dělení závislosti seniora na péči (Kalvach, 2004, s. 169-170) vhodně charakterizuje spektrum seniorské populace a rozmanitost jejich problémů a potřeb na: elitní senioři – tolerance extrémní zátěže, zdatní – fit senioři – velmi dobrá tělesná i duševní kondice, nezávislí senioři – za standardních podmínek nemají problémy se soběstačností, ale bez rezerv a snadno může dojít k dekompenzaci, křehcí senioři – hraniční zvládnání instrumentálních všedních činností, vyžadují občasnou nebo pravidelnou pomoc v určitých činnostech, nezvládnou zátěž, závislí senioři – závažný funkční deficit, omezená mobilita, trvalá potřeba péče rodiny nebo profesionálních služeb, zcela závislí senioři – nezvládnou základní sebeobsluhu, obvykle upoutaní na lůžko, často rozvoj imobilizačního syndromu, potřeba především ošetrovatelské péče.

Pokud je nesoběstačný jedinec s pomocí vhodných kompenzačních pomůcek a upraveného domácího prostředí nebo s pomocí rodiny či profesionálních služeb schopen samostatného bytí, používáme termín zabezpečenost.

2.2 Hodnocení závislosti

Hodnocení celkových funkčních schopností – schopnost sebeobsluhy a péče o domácnost je součástí komplexního geriatrického vyšetření, ale i komplexního vyšetření za účelem adekvátního nastavení sociálních, ošetrovatelských, rehabilitačních a dalších služeb. V současnosti existuje mnoho škál a dotazníků pro hodnocení úrovně soběstačnosti, ale pro hodnocení základních a instrumentálních všedních činností doporučuje Česká geriatrická a gerontologická společnost následovně standardizované a validizované testy:

- **Barthelové test Activities daily living (ADL)** pro získání přehledu soběstačnosti v oblastech základní sebeobslužné péče všedních činností zaměřených na činnosti spojené se stravou, oblékáním, osobní hygienou, kontinencí stolice a moče, použití WC, přesunu na lůžko a židli, chůzi po rovině, chůzi po schodech. Každá položka je ohodnocena příslušným počtem bodů a dosažené skóre vypovídá o stupni závislosti v ADL (Příloha P I). Rozlišujeme čtyři stupně: **vysoce závislý, závislý středního stupně, lehce závislý a nezávislý**. Test ADL je jedním z nejběžnějších nástrojů, které se každodenně používají. Byl vyvinut Dorothou Barthel v 50. letech (Nay a Garratt, 2009, s. 407).
- **Lawtonovu škálu Instrumental activities daily living (IADL)** pro získání přehledu soběstačnosti v instrumentálních oblastech všední činnosti. Jednotlivé položky hodnotí telefonování, používání dopravních prostředků, nakupování, přípravu jídla, vedení domácnosti, práce kolem domu, užívání léků a nakládání s penězi. Podle dosaženého skóre za uvedené položky je stanoven stupeň závislosti v IADL (Příloha P II). Rozlišujeme 3 stupně: **závislý, částečně závislý a nezávislý**.
- Z mentálních testů se provádí zdaleka nejrozšířenější **Mini-Mental State Examination MMSE** (Minimální hodnocení mentálního stavu) (Příloha P III), který byl vyvinut Dr. Folsteinem a kolektivem v roce 1975 (Ames, 2010, s. 12). Rozlišuje funkční stav kognitivní poruchy na 4 stupně: **těžká kognitivní porucha, středně těžká kognitivní porucha, lehká kognitivní porucha a pásmo normálu**.

Hodnotící škály mohou být vyplněny seniorem ve formě dotazníku, ale Topinková (Topinková a Neuwirth, 1995, s. 27) i Weber (Weber, 2000, s. 42) doporučují, aby šetření prováděl zdravotnický pracovník rozhovorem s jedincem a informace ještě ověřil přímým pozorováním, studiem zdravotnické dokumentace a informacemi od rodinných příslušníků, popř. návštěvou v domácnosti seniora. Někteří senioři totiž do odpovědí vsouvají spíše svá přání než reálný stav a u lidí s kognitivní poruchou je validita informací velmi nízká.

3 REMINISCENČNÍ TERAPIE

Reminiscence je akt vzpomínání minulé zkušenosti nebo události. Když člověk sdílí své osobní příběhy s ostatními (Cress, 2013, s. 254). Reminiscenční terapie je „terapie vzpomínkou,“ jejímž cílem je pomocí vyvolaných příjemných vzpomínek, důležitých pro seniora, zlepšit kvalitu jeho života, a to za pomoci rozhovoru terapeuta s klientem o jeho dosavadním životě a prožitých událostech (Špatenková a Bolomská, 2011). Využívá vzpomínání jako terapeutického prostředku. Je založena na faktu, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány ty vědomosti, návyky a vzpomínky, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti. Reminiscenční terapie byla jednou z prvních psychoterapií, která byla vyvinuta výslovně pro seniory (Agronin a Maletta, 2006, s. 191). Působí nejen jako nástroj ke zlepšování kognitivních a paměťových funkcí, ale i jako prevence na udržení jejich stávajících funkcí (Cress, 2013, s. 255). Napomáhá i pracovníkům v sociálních službách v lepším chápání seniorů jako osobnosti, dochází k upevnění vztahu mezi seniorem a pracovníkem a k plánování služby „šité na míru“ jednotlivých seniorů. Pracovník následně lépe pochopí chování seniora a jeho potřeb.

3.1 Vznik a původ reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie našla svůj původ ve Velké Británii. Jejím vznikem byl definitivně překonán názor, že vzpomínání je při práci se seniory věc spíše negativní. Až do šedesátých let minulého století převládalo mínění, že vzpomínání vede k nezdravé introspekci a odmítání přítomnosti (Špatenková a Bolomská, 2011).

Významným zdrojem, který ovlivnil vznik reminiscenční terapie, byla **teorie Rekapitulace života** Roberta Butlera. Tato teorie změnila pojetí vzpomínání při práci se seniory. Vzpomínky byly vnímány jako přirozená a nezbytná součást procesu stárnutí. Dalším významným milníkem pro vznik reminiscenční terapie je „Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek“ (The reminiscence Aids Projekt), který probíhal v letech 1978–79 ve Velké Británii. Výsledkem tohoto projektu byla první reminiscenční pomůcka (série diapozitivů a magnetofonových záznamů s názvem Vzpomínka), která velmi pomohla popularizovat aktivity reminiscenční terapie v odborné i laické veřejnosti (Špatenková a Bolomská, 2011). Od poloviny sedmdesátých let se reminiscenční terapie postupně integrovala do institucionalizované péče o seniory ve Velké Británii a stala se součástí programu zdravého stárnutí. Rozvoj metody podpořil projekt k vytvoření první komerční reminiscenční pomůcky pro reminiscenční aktivity, magnetofonových záznamů a diapozitivů s názvem

Vzpomínka. Vzpomínky ovlivnily změnu pohledu na význam vzpomínání a staly se součástí holistického přístupu v péči o seniory. V Evropě se o rozšíření práce se vzpomínkami zasloužila Angličanka Pam Schweizer. V Londýně založila reminiscenční centrum, které svým vybavením evokuje návštěvníkům předválečné a válečné období 2. světové války. V centru s historickou kavárnou je možné zhlédnout dobové filmy a tematické výstavy. Probíhají zde vzpomínkové besedy, generační setkávání, vzdělávání seniorů, vytváření vzpomínkových knih a krabic, nacvičování divadelních představení (Janečková a Vacková, 2010).

Od počátku osmdesátých let je reminiscenční terapie respektována a využívána při práci se seniory v řadě institucí ve světě. U nás se metoda objevila o dvacet let později. Na jejím rozšíření se podílela řada odborníků gerontologické společnosti (Špatenková a Bolomská, 2011). Kvantitativní výzkumy zaměřené na sledování efektu reminiscenční terapie v pobytových zařízeních pro seniory jednoznačně nepotvrdily pozitivní vliv reminiscence na psychický stav, subjektivní zdraví a sociální integraci seniorů v instituci. Kvalitativní hodnocení však jednoznačně naznačuje pozitivní efekt vzpomínání. Zejména u seniorů s demencí bylo vyzorováno zlepšení aktivity, komunikace a nálady, i působení na kognitivní a některé behaviorální funkce. Je však nutné zohlednit, že efekt reminiscenční terapie byl ovlivněn jednak způsobem reminiscence, ale také konkrétními reminiscenčními aktivitami a reakcemi samotných účastníků výzkumů (Janečková, Holmerová, Vaňková a Dragomirecká, 2007).

V letech 2005-2007 proběhl výzkum Gerontologického centra Praha *Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích*. Výsledky výzkumu potvrdily pozitivní význam zavádění reminiscenčních aktivit do práce se seniory s demencí, protože mohou přispět ke zlepšení kvality jejich života v institucích. Přínosem reminiscenční terapie je snížení sociálních důsledků demence, podpora sociální integrace a zachování lidské důstojnosti u seniorů s demencí. Používání metody také pozitivně ovlivňuje pohled a přístup pracovníků ke klientům v instituci. Umožňuje jim získat více informací o klientech, které mohou aplikovat do individuální péče (Janečková a Vacková, 2010).

3.2 Principy reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je definována (Janečková a Vacková, 2010) jako rozhovor terapeuta se starším člověkem nebo skupinou o jeho dřívějším životě, aktivitách a prožitých událostech. Jde o proces, při kterém je podporováno skupinové vzpomínání na příjemné události

minulého života. Podněty vedoucí ke vzpomínání mohou být rozličné – fotografie, filmy, oblečení, předměty denní potřeby, hudební nahrávky aj.

Reminiscenční terapie (Špatenková a Bolomská, 2011) by však neměla být vnímána jako omezený soubor technik, ale jako interaktivní, zahrnující mnoho dalších přístupů. Jejich užití a rozvinutí je závislé na osobě terapeuta, jeho zkušenostech, dovednostech, ale také na ochotě klientů. Reminiscenci můžeme vnímat i jako celkový přístup ke klientům, který v sobě zahrnuje zájem o klienty, snahu jim porozumět a pochopit je. Takový přístup vede k prohloubení vztahu důvěry mezi klienty a pečujícími pracovníky.

V neposlední řadě může být vnímaná také jako umění, vyžadující a podporující zapojení fantazie, vnímavosti, tvořivosti a určité dovednosti. V rámci reminiscenční terapie se můžeme setkat s rozličnými aktivitami, od pořádání interaktivních setkávání, na kterých lidé společně vzpomínají a hovoří o své minulosti až po umělecké projekty. Pouze vzpomínání, které se vztahuje konkrétně k člověku jako takovému (k osobnímu „já“), má vliv na duševní zdraví seniorů (Janečková a Vacková, 2010).

V reminiscenční terapii můžeme rozlišit čtyři různé přístupy k práci se vzpomínkami (Janečková a Vacková, 2010):

- **Narativní přístup** – Jedná se o spontánní vyprávění vzpomínek, nejčastěji o vyprávění příběhů ze života. Může mít podobu i písemné formy autobiografie nebo knihy života. Probíhat ve dvojicích nebo ve skupině. Hlavním smyslem reminiscenčních aktivit je vyplnění volného času, sociální začlenění, navození psychické pohody apod. Důležité je vytvořit vhodnou atmosféru. Janečková hovoří o tzv. pro-sociální (intersociální) funkci vzpomínání. Důležitým prvkem narativního přístupu je nepřítomnost hodnocení. Snaha hodnotit by mohla být účastníky vnímána jako ohrožující. Někdy je tento způsob označován za příliš zjednodušující. Podle těchto názorů je reminiscence využívána především pro zábavu. Dle výzkumů je však patrné, že narativní metody mají významný vliv na chování účastníků. Účastníci komunikují nejen s personálem, ale začínají komunikovat i s ostatními klienty.
- **Reflektující přístup** – Jedná se o vybavování vzpomínek prostřednictvím životní rekapitulace. Probíhá mezi jedním účastníkem a terapeutem nebo v menší skupině seniorů, popř. formou monologu v soukromí účastníka. Reflektující přístup čerpá z psychoterapie metodu bilancování, validace s výsledkem posílení sebedůvěry a

psychické rovnováhy. Z toho důvodu se klade při realizaci velký důraz na odbornost a zkušenosti terapeuta.

- **Expresivní přístup** – Je spojený s vyjádřením emocí. Dochází k exploraci těžkých, hlubokých vzpomínek, obtížných situací, traumat, životních bolestí, které terapeut odkrývá ve spolupráci se seniorem. Cílem terapie je uvolnění traumatických zážitků a snížení napětí prostřednictvím rozhovoru na písma. Rozdíl mezi ostatními typy reminiscenční terapie je v tom, že expresivní typ terapie pracuje i s budoucností uživatele.
- **Informační přístup** – Jeho podstatou je využívání autobiografické metody prostřednictvím vyprávění životního příběhu v kontextu historických událostí. Přinášením vlastního pohledu posilují vzhled další generaci. Předávání zkušeností mladší generaci umožňuje seniorům, kteří odchodem do penze ztratili svou sociální pozici, znovu nalézt smysl a hodnotu života a adaptovat se na stáří. Do reminiscenčních programů se zahrnují i přednášky s pamětníky, debaty, vzdělávací programy apod.
- Pro klienty trpící depresí či kognitivními poruchami je vyvinut jiný typ terapie – **kognitivně-reminiscenční terapie**. Jde o vytvoření homogenní skupiny 4-6 klientů se stejným typem problému, kteří se pravidelně scházejí s jedním až dvěma terapeuty. Každý účastník má prostor, kdy může mluvit o svém životě. Témata jsou předem dána (vztahy s rodiči a dětmi, životní úspěchy, neúspěchy, problémy, cíle, odkazy mladší generaci). Cílem tohoto typu terapie je pozitivní vnímání sama sebe.

3.3 Práce se vzpomínkami

Vzpomínky a vzpomínání jsou přirozenou duševní činností člověka. Základem lidské identity, je vzpomínání, tedy vybavování starých paměťových stop v průběhu celého života. Uvědomění si vlastního já, je předpokladem k prožití vlastní identity, uvědomění si celistvosti a kontinuity vlastního života, sebehodnocení a sebeúcty.

Přestože je v názvu reminiscenční terapie použito slovo terapie, nejedná se o terapii v pravém slova smyslu. Pojmem terapie v našich sociokulturních podmínkách označujeme vztah mezi psychoterapeutem a klientem. Z důvodu zkreslení vnímání tohoto pojmu se v některých publikacích uvádí práce se vzpomínkami místo reminiscenční terapie. Nicméně není pochyb, že reminiscenční terapie má terapeutické účinky. K těm nejčastěji patří (Špatenková a Bolomská, 2011): katarze, sebeodhalení, větší otevřenost při komunikaci, uvědomění si univerzálnosti své zkušenosti, pocit přijetí skupinou, altruismus vůči ostatním

členům skupiny, porozumění sobě samému, učení se nápodobou, pozorováním ostatních, růst naděje, uvědomění si vlastní síly a zodpovědnosti.

Rovněž se i uvádí (Bender, Bauckham a Norris, 1999): povzbuzení ke spontánní konverzaci mezi klienty, mezi zaměstnancem a klientem, propagace emočních a sociálních stimulací, opětovné použití starých dovedností nebo naučení nových a samozřejmě i zábava a smysluplné prožití volného času.

Procesy vzpomínání ovlivňuje člověk sám nebo pomocí tzv. **aktivátorů vzpomínek** (triggers). Aktivátory vzpomínek přirozeně podněcují vnímání, ožívují paměťové stopy a spouštějí reakce. Podnětem může být cokoli, co evokuje pocity nebo přináší zpět vzpomínky. Můžeme je rozdělit dle smyslů na **zrakové podněty, čichové podněty, sluchové podněty, pohyb, chuťové podněty, hmatové podněty**. Jiným dělením (Špatenková a Bolomská, 2011) je rozdělení podle zdrojů **na pomůcky**, které lze zakoupit, zhotovit nebo zapůjčit, mají individuální nebo obecní charakter, **na komunitní zdroje**, což jsou např. místa, která lze se seniory navštívit nebo **na lidské zdroje**, jedná se o určité osoby, které při reminiscenci spolupracují. U seniorů je zhoršení smyslového vnímání a reminiscenční podněty musí být silnější intenzity. Terapeut musí brát v potaz, že každý podnět vyvolává jinou reakci u aktérů. S touto skutečností musí pracovat a využít tento zdroj široké škály reakcí ve prospěch skupinové dynamiky.

Při výběru seniorů pro reminiscenční terapii je třeba zohlednit jejich potřebu vzpomínat. Někteří senioři nemají o vzpomínání zájem. Vzpomínky jim připomínají bolestné ztráty, se kterými se nikdy nevyrovnali, nebo pocit neuspokojení z prožitého života. Pro některé seniory je zase příjemnější věnovat se současnosti než se vracet do předchozích období svého života. Vzpomínání pro ně nemá žádný zvláštní význam (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 25).

V průběhu reminiscence je také třeba počítat se zkreslenými a pomíchanými vzpomínkami účastníků reminiscenční terapie, protože čas i změněné schopnosti seniora mohou ovlivnit obsah i podobu vzpomínek. Reminiscenční terapie neusměrňuje, nekritizuje ani neopravuje vzpomínky účastníků skupiny (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 60).

3.4 Formy a metody reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie v sobě zahrnuje velké množství metod a technik, které se objevují v různých formách. Použití jednotlivých metod a technik závisí na zkušenostech a schop-

nostech terapeuta, kteří reminiscenční terapii řídí. Můžeme rozlišit tyto formy (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 27-62):

- **Organizovaná diskuze o pohledech na minulost** – společná setkání, na nichž se účastníci podílejí na rozličných aktivitách navozujících vzpomínání (sledování filmů, poslech hudby, reminiscenční pomůcky atd.). Na tato setkání jsou účastníci předem vybráni a je sledována skupinová dynamika.
- **Vytvoření prostředí připomínající minulost** – například prostředí připomínající domov – vzpomínky spojeny s jednotlivými místnostmi (co uživatelé ve svém dětství snídali, jakými činnostmi se zabývali...). Hlavním cílem je společenská interakce, rozptýlení klientů „Kontext pro vytvoření hmatatelného“ - cílem je vytvořit s účastníky něco konkrétního – složit hudbu, napsat báseň, vytvořit ilustraci ke vzpomínce, napsat příběh
- **Terapie jako nástroj snižování izolace a dopadu institucionalizace** – napomáhá bojovat se sociální izolací a zkreslením reality v institucionalizovaném prostředí. Propojuje instituci s vnějším světem. Klientovi se rozšiřují a upevňují sociální kontakty, vznikají nové sociální vazby.
- **Všeobecný kontext pro prohloubení porozumění** – podněcuje zájem personálu o uživatele. Umožňuje vytvořit biografii klientů a díky ní lépe připravit pracovníky na práci s nimi.

Z jiného hlediska můžeme reminiscenční terapii členit dle obsahu diskuze. Diferencujeme:

- **Obecná reminiscenční terapie** – předem naplánovaná a využívají se při ní různé reminiscenční pomůcky, které slouží ke stimulaci vzpomínek. Pomůcky lze snadno získat, jsou z volně dostupných materiálů.
- **Specifická reminiscenční terapie** – pracuje s předem vybranými pomůckami. Využívají se osobní předměty. Tato forma je velmi dobře využitelná při práci se seniory s demencí, depresí nebo poruchami chování.

Dalším kritériem dělení je počet klientů účastnících se terapie. Rozlišujeme:

- **Individuální** – Terapeut věnuje pouze jednomu klientovi. Terapie je intenzivní, dochází k vytvoření blízkého vztahu mezi klientem a terapeutem. Seniorovi se dostává pocitu, že je vnímán a respektován. Je oceňována hodnota jeho života. Tato for-

ma terapie je vhodná pro osoby úzkostné, ostýchavé, jejichž povaha nedovoluje uvolnit se při vzpomínání ve skupině.

- **Skupinová formální** – Průběh je předem naplánován a promyšlen. Skupina je pečlivě vybrána, sestavena včetně tématu diskuze. Důraz je kladen na dodržování tématu a na dynamiku skupiny.
- **Skupinová neformální** – Dochází ke spontánnímu setkání, neřízeně během aktivit běžného života – jídlo, hygiena, úklid apod. Úkolem terapeuta je vtáhnout do diskuze (vzpomínání) i ostatní klienty. Setkání je odlehčené, důraz je kladen na příjemnou a klidnou atmosféru.

V praxi dochází k prolínání jednotlivých forem reminiscenční terapie. Nejvhodnější realizací reminiscenční terapie je její zakomponování do každodenní péče a života klienta v zařízení, neboť vzpomínky jsou nedílnou součástí jakékoli sociální interakce, mají aktivizační a preventivní význam.

3.5 Profesionální kompetence reminiscenčního terapeuta

V zařízeních sociálních služeb provádí reminiscenční terapii většinou konkrétně vytipovaný personál, který se zároveň podílí na poskytování přímé péče. Může se jednat o aktivizačního pracovníka, terapeuta, pečovatele, ošetřovatele aj. Pro efektivní a profesionální realizaci reminiscenční terapie je nutná důkladná příprava terapeuta prostřednictvím interního proškolení nebo absolvování speciálního kurzu. Reminiscenční terapie je v rezidenčních zařízeních pro seniory stále poměrně novou věcí. Terapeut musí tedy v některých zařízeních překonávat počáteční nedůvěru a nechuť vedení začlenit reminiscenci do života klientů.

Hlavní náplní práce reminiscenčního terapeuta je organizování reminiscenčních aktivit. Zahrnuje vymýšlení, plánování a realizaci programů, koordinování reminiscenčních aktivit s ostatními programy v zařízení, vytváření reminiscenčních koutů, výletů apod. Terapeut by měl být dále schopen zhodnotit úspěšnost svých programů a přijímat patřičná opatření k případným změnám a vylepšením. Role reminiscenčního terapeuta se může zhostit sociální pracovník, ergoterapeut a jiní pracovníci, kteří se zabývají aktivizací klientů a mají příslušné vzdělání a kvalifikaci.

K základním osobnostním vlastnostem a předpokladům pro výkon pozice reminiscenčního terapeuta patří **dovednost aktivního naslouchání**, dostatek času pro naslouchání účastníkům terapie, schopnost empatie, respekt osobnosti každého klienta, odvaha naslouchat i

bolestným emocím, zájem o minulost účastníků terapie, ochotu sdílet vlastní vzpomínky, schopnost kriticky zhodnotit vlastní práci, schopnost přijímat i poskytovat zpětnou vazbu. Obecně musí být terapeut trpělivý, mít realistický a nesentimentální pohled na věc. K odborným předpokladům kromě znalosti podstaty reminiscenční terapie, patří i orientace v problematice chorob seniorského věku – deprese, demence apod. Dále by měl ovládat principy komunikace se seniory, znát odlišnosti a specifika práce a komunikace se seniory (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 112).

3.6 Profesionální kompetence týmu

Základem pro práci se seniory je přijetí a akceptace principů péče orientované na člověka. Pozitivní přístup ke klientovi, zájem o jeho osobnost, potřeby a přání jsou základem tohoto přístupu. Přijme-li personál principy péče orientované na člověka, vytváří se tak i prostor pro využívání reminiscence. Základní kompetencí k tomuto je umění naslouchat. Vzpomínky jsou pro personál zdrojem informací o klientovi, posilují jejich vzájemný vztah. Reminiscence umožňuje personálu lépe chápat seniora jako jedinečnou osobnost, vytvořit si k němu vztah, lépe pochopit chování seniora a jeho potřeby a rozvíjet svou roli naslouchajícího (Janečková a Vacková, 2010, s. 21-22).

Informace získané z autobiografického dotazníku a reminiscenční terapie jsou využitelné pro celý ošetrovatelský tým, tj. pro sociální pracovníky, pečovatele, ošetrovatele, zdravotní sestry, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, aktivizační pracovníky, sociální terapeuty a pro nutričního terapeuta.

4 VYBRANÉ ZPŮSOBY APLIKACE REMINISCENČNÍ TERAPIE

Základem pro aplikace reminiscenční terapie je **autobiografický dotazník**, jehož pomocí pracovník získává potřebné penzum informací k individuálnímu zaměření terapie (viz Příloha P IV). Pomocí uvedených informací získává terapeut obraz o zvycích a životě seniora. Jsou zde uvedené informace vztahující se ke způsobu života seniora, jako např. náboženské vyznání, umístění hodinek na ruce, nošení šperků, hygienické péče, stravování, pohybovému režimu a tělesné aktivitě, volného času a dalších oblastí (užívání zdravotnických pomůcek, rodinnému zázemí, předchozím pracovním zkušenostem).

Pro práci se vzpomínkami klientů je vhodné u každého klienta sestavit časovou osu, která začíná rokem narození klienta a končí současností. Na osu je třeba zanést co nejvíce informací historických, politických, kulturních a také významné mezníky z oblasti vědy i techniky. Informace je vhodné doplnit o zajímavosti z regionu, z místa narození a bydliště. Posledním krokem je zaznamenat na osu věk a důležité údaje z rodinného a osobního života. Sestavení časové osy umožňuje pracovníkům vyhodnotit vhodná témata pro reminiscence i rizikové osobní a historické události, které by mohly vyvolat negativní reakci. Na vytvoření časové osy historických událostí se mohou podílet i ostatní pracovníci a účastníci reminiscenčních skupin (Janečková a Vacková, 2010, s. 69).

Nejlepším způsobem vyplňování dotazníků je vždy samotným objektem, přestože se může projevit spíše samotné přání než skutečná realita. Ale i informace podané nejbližší osobou nemusí být přesné a odpovídat samotné potřebě seniora. Dále terapeut pohovorem se seniorem nebo rodinným příslušníkem zjišťuje další skutečnosti, potřebné a důležité pro samotnou terapii (Holmerová a Suchá, 2003):

- preferenci kolektivu před samotou,
- aktivitu seniora se podílet na terapii,
- znalost zdravotního stavu a diagnózy včetně ošetrovatelské náročnosti,
- míru chápání mluvené řeči nebo vhodnost alternativní komunikace,
- podrobnosti sociální anamnézy (rodinné zázemí, vztahy, povolání, zájmy, preference, aj.),
- zážitky, které mohou mít vliv na průběh terapie (traumata, významné události).

4.1 Reminiscenční terapie pomocí biografie seniora

Profesor E. Böhm ve svém **psychobiografickém modelu** péče o soby s demencí zmiňuje tři stejně významné okruhy biografie klientů. Individuální biografii, která je tvořena životními příběhy klientů, a stejně významnou historickou a regionální biografii se společenskoo-kulturním aspektem. V biografii lze čerpat náměty pro aktivizační programy, zaměřené na komunikaci nebo tvorbu biografické knihy. Dochází tak k propojení biografie s metodou reminiscence. Přínosem práce s biografií je aktivizace zachovaných schopností a komunikačních dovedností, oživení vzpomínek a pozitivních emocí, redukce neklidu a beznaděje, potvrzení identity člověka s demencí, ovlivnění adaptace a začlenění klientů v instituci (Procházková, 2010).

- **Kniha života** – Jedná se o metodu, při které je do knihy zapisován životní příběh seniora. Kniha života slouží k potvrzení vlastní identity, k dokumentaci vlastního života a k možnosti předávat své zkušenosti. Skrze tuto metodu mohou pracovníci lépe poznat život seniora a porozumět mu. Senioři při jejich tvorbě uplatňují své umělecké nadání a bilancují svůj život. Na knize života pracuje senior sám, se svou rodinou nebo s pracovníkem zařízení, jež navštěvuje. O tom, kdo mu v práci pomůže, rozhoduje senior sám v rámci individuálního plánování. Rozhodne také o místě, na kterém bude kniha uložena, o počtu lidí, kteří o ní budou vedet, a o tom, k jakým účelům bude použita. V knize života jsou použity různé dokumenty, které mají pro seniory zvláštní význam. Jedná se o pohlednice, dopisy, kopie rodných listů aj. Tyto předměty se nalepují do sešitu a senioři k nim dopisují své vzpomínky (Procházková, 2010).
- **Reminiscenční krabice** – Jedná se o metodu, při které si senioři ukládají do krabiček, kufříku nebo beden předměty, které pro ně mají určitou hodnotu, a jejichž prostřednictvím mohou informovat ostatní o svém životě. Vzpomínkové krabice mají i terapeutický účinek, protože umožňují personálu odkrýt minulé zážitky senioru. Cílem vzpomínkových krabic je proměnit životní příběh člověka v umělecký výtvar, do jehož přípravy je možné zapojit i rodinu, výtvarníky a personál. Reminiscenční krabice mají podobu výtvarného díla či koláže, sbírky historických předmětů, vzpomínkového zátiší a výstavy. Před tvorbou vzpomínkové krabice je důležité vyslechnout životní příběh seniora a zjistit, co by chtěl do krabice dát, jak by ji chtěl vyzdobit a co by tím chtěl znázornit. Poté se sesbírají příslušné předměty a přírodní materiály, které budou do krabice uloženy. V další fázi senior vyrábí vlastní předměty, a to ve spolupráci s asistentem, kterého si zvolil. Jde o pletení, háčkování, kreslení, koláže a

výrobky z dalších materiálů. Dále se krabice barevně vyzdobí a zafixují se do ní vybrané a vytvořené předměty tak, aby bylo možné ji přenášet. Sepíše se životní příběh seniora, kterým je vzpomínková krabice doplněna. Senior sám rozhodne o tom, kdo o krabici smí vedet, a k jakému účelu bude použita. Za předpokladu souhlasu klientu může být ze vzpomínkových krabic uspořádaná výstava (Janečková a Vacková, 2010, s. 69).



Obrázek 3 Reminiscenční kufřík. Zdroj: DPS Kamenec

4.2 Reminiscenční terapie pomocí smyslové aktivace

Smyslová aktivizace je pojem, který lze chápat jako „vedení do pohybu“, za účasti veškerých smyslů. Pozitivní výsledek smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti. V rámci smyslové aktivizace jsou osloveny veškeré zdroje prostřednictvím motogeragogiky (psychomotorické aktivity), integrovaného tance, rytmiky a hudby, zvukem – resonancí, smysly podpořený trénink paměti.

Smyslová aktivizace pracuje s biografií člověka, s jeho životním příběhem, citlivě komunikuje a vede ho k vlastnímu pracování a sebepřijetí (Vojtová, 2014, s. 9). U klientů s demencí je prostřednictvím smyslové aktivizace posilována schopnost vyrovnat se s běžnými denními činnostmi, dochází ke zlepšení komplexní komunikace všemi smysly. Díky tréninku komunikačních schopností jsou uchovávané sociální kontakty (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 11).

Smyslová aktivizace se může podle počtu zúčastněných členů dělit na (Vojtová, 2014, s. 9):

- **individuální** – jde o individuální krátkodobou vědomou aktivizaci trvající do 10 minut, s účastí pouze jednoho aktéra a terapeuta.
- **skupinová** – nad 10 minut, je různorodá podle charakteru skupiny (věk, pohlaví ad.).

Jiným rozdělením může být dělení podle počtu zapojených smyslů (Vojtová, 2014, s. 9):

- **izolovaná stimulace** (jednoho smyslu), tzv. monostimulace.
- **skupinová stimulace** (více smyslů na jednou), tzv. multisti mulace nebo multisenzorická stimulace.



Obrázek 4 Snoezelen místnost. Zdroj: DPS Kamenec

V neposlední řadě se používá rozdělení dle jednotlivých smyslů na **zraková, čichová, sluchová, pohybová, chuťová a hmatová stimulace**.

U seniorů ve stádiu těžké demence, s výrazným postižením kognitivních funkcí bez schopnosti verbální komunikace, lze pracovat se vzpomínkami v kombinaci s metodou bazální stimulace. Ke stimulaci a uvolnění klienta metoda využívá oblíbené vůně toaletních potřeb, různé pachy z minulosti, klientovy osobní nebo známé předměty, zvuky z minulosti, hudbu, zpěv, vyprávění a čtení. Orální stimulace využívá známých a oblíbených potravin a nápojů klienta. Taktálně-haptická stimulace pracuje s dotykem, vkládáním osobních před-

mětu do rukou klienta. Metoda stimulace tak pracuje se vzpomínkami na bazální úrovni s cílem udržet identitu a vnímání člověka s demencí (Friedlová, 2007, s. 109-130).

Konkrétní příklady užití smyslové stimulace:

- *Čichové podněty*: vůně mleté kávy, opékaných topinek, smažené cibulky, pečených koláčů, čerstvého chleba, uvařeného guláše, smažených řízků, usychajícího listí, čerstvě posekané trávy, sena, vlhké hlíny, voňavé koupele, vůně vypraného prádla.
- *Hmatové podněty*: hlazení kočky, brouzdání se naboso trávou, šplouchání nohama ve vodě, držení se za ruce, masírování nohou, péče o vlasy, pleť.
- *Sluchové podněty*: přátelský, milý, laskavý lidský hlas hlubšího zabarvení, zvuk šustícího sena, kapky deště, zpěv ptáků, štěkání psů, poslech hudby.
- *Zrakové podněty*: dívání se na všední, prosté, jednoduché, a přitom krásné okouzlující věci (děti na hřišti, sáňkování, lidé na ulici, rybičky v akváriu, zvířata, bublání vody apod.), staré fotografie, předměty v kabelce, části oděvů, krojů.
- *Chuťové podněty*: chléb s máslem a bílá káva, vánočka, kyselo, brambory na loupáčku.
- *Pohyb*: houpání (v houpací židli, na houpačce), tanec, podupávání, tleskání, bubnování.

4.3 Reminiscenční terapie pomocí prostředí

V domácím prostředí je reminiscence přirozenou součástí života. Senior žije v prostředí, ve kterém vyrůstal a žil několik desítek let, je obklopen svými blízkými, kteří s ním umí mluvit, znají ho, vědí, co má a nemá rád. Je obklopen oblíbenými věcmi, které střídal celý život, má své oblíbené křeslo, hrneček na čaj, na kávu, své rituály, my jsme s nimi strávili velkou část života a víme, kdy a proč jsou podráždění, co se jim líbí, co udělá radost a co naopak ne, víme o čem, kdy a jak si s nimi povídat, víme, kdy a jak potřebují pomoc. Přejde – li senior do zařízení sociálních služeb, o toto zázemí přichází. Dostane se do neznámého prostředí, je mu přidělen neosobní pokoj, účelně a univerzálně zařízen nejčastěji postelí, skříní, židlí a stolem. Obklopení cizími lidmi a neznámým personálem jen zvyšují tenzi, stres a ztěžují adaptační proces. Přiblížením ústavního prostředí k domácímu stylu bydlení seniora včetně jeho zvyků a rituálů se zvyšuje úspěšnost adaptačního procesu. Prostřednictvím reminiscenční terapie nachází senior ukotvení v novém řádu „ústavního bydlení.“

Mezi nejčastěji realizovanou reminiscenční terapií prostřednictvím prostředí řadíme:

- **Reminiscenční pokoj** – Jedná se o pokoj zařízený dobovými předměty a nábytkem z dob mládí seniora. Nejčastěji je touto místností klubovna nebo návštěvní místnost v domovech pro seniory. Vybavení bývá zaměřené na 50. a 60. léta minulého století ve stylu útulného obývacího pokoje nebo jídelny.



Obrázek 5 Reminiscenční místnost. Zdroj: Domov Letokruhy.

- **Reminiscenční zahrada** – Prostředím k vyvolávání vzpomínek s pomocí smyslové stimulace může být důmyslně vytvořená reminiscenční zahrada. Součástí zahrady mohou být různá zákoutí s dobovými předměty připomínajícími selskou zahradu nebo zatravněné plochy připomínající louku s lučními květy. Stejně tak záhony s květinami a bylinkami označené cedulkami s popisem, zeleninová či jahodová zahrádka, zákoutí s vinnou révou nebo růžemi doplněné lavičkami k odpočinku (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 47).



Obrázek 6 Reminiscenční zahradní koutek. Zdroj: Domov Odry

- **Reminiscenční výlety a vycházky** – Vycházky a výlety jsou možností, jak změnit prostředí a podívat se místa, která stimulují vzpomínky na určitá období života. Cílem může být rodiště klienta, škola, pracoviště, místo dřívějších procházek, dětských her a lásek. Navštívit je možné také starožitnictví, tematické výstavy, muzea, přírodní skanzeny. Výlet lze také zorganizovat na místa, která stimulují vzpomínky na historická období nebo zájmy seniora. Vycházky a výlety je možné spojit s fotografováním míst a věcí, ke kterým se vážou významné vzpomínky seniora. Fotografovat je možné také portréty osoby při různých činnostech. Fotografie mohou sloužit k výzdobě pokoje, místností v instituci nebo k uspořádání výstavy (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 90-91).

4.4 Reminiscenční terapie pomocí pomůcek

Pomůcky se v reminiscenční terapii používají k pozitivnímu podněcování vzpomínek. Umožňují zapojit do procesu vzpomínání více smyslů (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 75). Jednotlivé pomůcky můžeme následovně rozdělit:

- **Senzorické** – Podněcují a aktivizují smysly. K nejčastěji užívaným patří vizuální pomůcky jako rodinné fotografie, fotografie známých míst a dobové fotografie, zachycující historické nebo sportovní události. Mezi vizuální a zároveň i audiktivní pomůcky patří i články z novin a časopisů, sledování dobových a historických filmů. Hmatové pomůcky zaujmou i seniory s velmi sníženými kognitivními schopnostmi.

Lze použít jako přírodní, sezónní materiál (šišky, květiny), ale i dobové předměty (louskáček na ořechy, natáčky na vlasy).

- **Biografické** – Jedná se o pomůcky, které jsou osobními, individuálně spojené s daným seniorem. Může se jednat o vlastní osobní předměty (kniha, deka) nebo předměty s minulostí seniora (vycházející z jeho profese, zálib).
- **Terapeutické** – Terapeutické pomůcky jsou určeny k léčebnému účelu, tj. k posílení vlastní identity klienta. Patří zde reminiscenční boxy (kufříky, nástěnky), reminiscenční knihy (diáře) aj. pomůcky, za tímto účelem vytvořené.
- **Edukativní** – Slouží k procvičování paměti: speciální mozkové tréninky, hry, soutěže, puzzle apod.
- **Sociální** – Podporující udržení kontaktů a vztahů mezi lidmi, např. reminiscenční výlety, výstavy, společné tematické posezení.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 POPIS VÝZKUMU

V následující části podrobněji představíme výzkumnou strategii, metody a techniky, které byly použity k získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a z ní vyplývající dílčí výzkumné otázky. Bude představena jednotka zkoumání a zjišťování a zároveň popsán průběh výzkumu a jeho etické hledisko.

5.1 Výzkumná strategie

Pro účely této práce byl zvolen smíšený výzkum, tj. kombinace kvalitativní a kvantitativního výzkumu. Použití obou výzkumů přispívá každý po svém k rozšíření znalostí dané problematiky. Výhodou kombinování obou přístupů je také to, že lze výstup z jedné části výzkumu použít jako vstupní materiál pro druhou výzkumnou metodu. Tím může výzkumník svou znalost o daném jevu prohloubit (Hendl, 2008, s. 54-58).

5.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou mírou závislosti na péči.

Dílními cíli výzkumu jsou:

- Popsat průběh a dopad realizace reminiscenční terapie na klienta se zvýšenou mírou závislosti na péči.
- Identifikovat oblasti, které jsou prostřednictvím reminiscenční terapie u klienta se zvýšenou mírou závislosti na péči ovlivňovány.
- Nejčastěji užívané techniky v rámci reminiscenční terapie u klienta se zvýšenou mírou závislosti na péči.

Výzkumné otázky:

- Má aplikace reminiscenční terapie na seniora se zvýšenou závislostí na péči účinek na zlepšení jeho duševního stavu?
- Má aplikace reminiscenční terapie na seniora se zvýšenou závislostí na péči účinek na zvýšení chutě k jídlu?
- Má aplikace reminiscenční terapie na seniora se zvýšenou závislostí na péči účinek na zvýšení zájmu o okolní dění seniora?

- Má aplikace reminiscenční terapie na seniora se zvýšenou závislostí na péči účinek na zvýšení zájmu o jeho osobu?

Vymezení sledovaných oblastí pro výzkumné potřeby

- **Duševní stav** – Stav osobnosti být pozitivně a vyrovnaně naladěný, nebýt neklidný a ve stresu, být motivován ke zlepšení své situace, zúčastňovat se dění kolem sebe, působit spokojeně a vyrovnaně, být pozitivně naladěný na změny v okolí a adaptovat se na ně.
- **Chut' k jídlu** – Projevit zájem o stravu, být zdravě kritický k pokrmům, zajímat se a komunikovat o pokrmech a stravě, podílet se na jejich přípravě, mít zájem se sám nebo pomocí asistence najíst a napít, projevovat zájem o denním menu, podílet se na výběru stravy.
- **Zájem o okolní dění** – Projevit zájem o kontakt s dalšími lidmi, zajímat se o ně, mít zájem a zúčastnit se volnočasových a zájmových aktivit, podílet se na komunikaci s dalšími osobami.
- **Zájem o vlastní osobu** – Podílet se na rozhodování o způsobu a četnosti poskytované péče a realizované terapii, používat osobní předměty, projevit vlastní sebevědomí, uvědomovat si vlastní osobu a preferovat svoje rozhodnutí.

5.3 Kvalitativní výzkum

Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybuďoval. Jde o to prozkoumat do hloubky a kontextuálně zakotvený určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech. Hypotézy či teorie vzniklé na základě kvalitativního výzkumu však není možné zobecňovat. Jsou platné právě jen pro vzorek, na kterém byla data získána (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 334).

5.3.1 Případová studie

Případová studie vede k důkladnému prozkoumání jednoho či několika podobných případů k porozumění jiným podobným případům. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí (Hendl, 2005, s. 104).

Jako **výzkumným souborem** pro případovou studii bylo zvoleno účelovým výběrem 12 seniorů s vysokou mírou závislosti na péči, žijících v domově pro seniory, u nichž existuje možnost aplikace reminiscenční terapie s ohledem na jejich snížené kognitivní a rozumové schopnosti. U těchto seniorů bylo sledováno pohlaví, věk, úroveň kognitivních vlastností, míru závislosti na péči a stupeň mobility.

Vzorek byl vybrán tak (viz tabulka č. 1), aby postihl co nejpřesněji skupinu seniorů s vysokou mírou závislosti na péči ve všech oblastech a současně dle různých měřitelných testů:

- míra závislosti na péči v hodnotě 28 bodů a více (těžce střední závislost, tj. příspěvek na péči ve výši 3 a 4 stupně). Měřeno pomocí speciálního formuláře Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost (Příloha P V.),
- ADL v hodnotě 0–40 bodů (vysoce závislý),
- IADL v hodnotě 0–40 bodů (vysoce závislý),
- MMS v hodnotě 0–20 bodů (těžká a středně těžká kognitivní porucha).

Stanovený počet byl určen s ohledem na náročnost výzkumu, možnost dostupnosti výzkumného vzorku současně s podmínkou odborně poskytované reminiscenční terapie.

Klient č.	Pohlaví	Věk	V zaří- zení od roku	Míra závis- losti na péči	ADL	IADL	MMS
1	Žena	85	2009	36	35	5	15
2	Muž	84	2009	32	40	15	17
3	Žena	91	2009	28	40	10	18
4	Žena	67	2014	35	8	5	8
5	Žena	88	2013	30	35	30	15
6	Žena	81	2014	32	35	40	17
7	Muž	78	2008	34	20	10	10
8	Žena	92	1999	36	15	0	8
9	Muž	72	2010	28	25	30	8
10	Muž	79	1999	36	5	0	12
11	Žena	83	2011	28	40	10	15
12	Žena	99	2014	28	40	10	9

Tabulka 1 Přehled klientů dle stanovených kategorií

Průměrný věk zkoumaného vzorku (viz tabulka č. 2) byl 83 let, míra závislosti byla 32 bodů, což odpovídá těžké závislosti a příspěvku na péči ve 3. stupni, ADL index dosáhl v průměru 28 bodů, což odpovídá těžké závislosti, IADL index byl ve výši 14 bodů, což rovněž odpovídá těžké závislosti a MMS hodnoty dosáhly v průměru u zkoumaného vzorku 13 bodů, což odpovídá středně těžké kognitivní poruše.

	Věk	Míra závis. na péči	ADL	IADL	MMS
Průměr	83	32	28	14	13

Tabulka 2 Přehled průměrných hodnot sledovaných kritérií u vybraného vzorku

K získání širokého pole informací pro zpracování případových studií byly použity následující techniky sběru dat:

- **Zúčastněné pozorování** – Byl pozorován průběh reminiscenční terapie, což usnadnilo lépe pochopit a popsat zkoumané, získat množství souvisejících informací a detailů, zapojovat se do interakcí s účastníky výzkumu. Otevřené zúčastněné pozorování je z etického hlediska korektní formou metody zúčastněného pozorování. Účastníci výzkumu byli informováni o jeho účelu a byl získán jejich souhlas k provedení výzkumu. Za účelem výzkumu proběhlo zhruba 153 patnácti až dvaceti minutových návštěv, tj. celkem 46 hodin pozorování. Průběh a obsah získaných informací byl zapsán do stanoveného formuláře Záznamový list k průběhu reminiscenční terapie (viz Příloha P VI).
- **Analýza dokumentů** – Analýza dokumentů se zaměřuje na zkoumání písemného nebo vizuálního materiálu. Patří mezi standardní metody využívanou jak v kvalitativním, tak i v kvantitativním výzkumu (Maňák a Švec, 2005). Zkoumány byly dokumenty různého původu a účelu, vztahujících se k problematice výzkumu. Jednalo se o tyto dokumenty:
 - *Záznamový list k průběhu reminiscenční terapie*
 - *Autobiografický dotazník*
 - *Ošetřovatelská anamnéza*
 - *Záznamový list o ADL indexu*
 - *Záznamový list o IADL indexu*
 - *Záznamový list o MMS indexu*
 - *Posouzení péče, soběstačnost*
 - *Nutriční záznamy o příjmu stravy*
 - *Záznamy o realizaci péče*

5.4 Kvantitativní výzkum

Podstatou kvantitativního výzkumu je ověřování platnosti teorií konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných pomocí statistických operací, jejichž cílem je zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé (Bártlová et al., 2005). Kvantitativní výzkumné

šetření je spojováno s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, který má tyto základní komponenty: teorie, hypotéza, operační (operacionalizovaná) definice, měření, testování hypotézy, verifikace. Mezi přednosti kvantitativního výzkumu patří zobecnění na populaci, relativně rychlý a přímočarý sběr dat, poskytnutí přesných a numerických dat, relativně rychlá analýza dat za využití počítačů a výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi (Hendl, 2015).

5.4.1 Dotazník

Pro realizaci kvantitativní výzkumné strategie byla zvolena metoda dotazování a technika dotazníku vlastní konstrukce. „Dotazník je určen výzkumnými otázkami a slouží ke sběru dat.“ (Punch, 2008, s. 46). Oproti standardizovanému rozhovoru, který lze také pro kvantitativní výzkum použít, má dotazník celou řadu výhod. Mezi ty největší patří možnost postihnout velký počet jedinců a získat tak více informací v relativně krátkém čase (Disman, 2000, s. 141). Pro potřeby výzkumu byl vytvořen dotazník (Příloha P VII), který obsahoval 11 výroků. Na dané výroky odpovídali respondenti z výběru bodů na škále 1–5, přičemž čím vyšší počet bodů byl přiřazen, tím více vyjadřoval souhlasné stanovisko s daným výrokem a naopak.

Výzkumným souborem jsme zvolili pracovníky, kteří realizovali reminiscenční terapii u seniorů, zahrnutých do případové studie a zároveň měli dostatečné odborné a profesní dovednosti a znalosti v oblasti vedení reminiscenčních terapií. Prostřednictvím dotazníku bylo tedy osloveno 7 pracovníků pro volnočasovou a aktivizační činnost, kteří měli absolvovaný akreditovaný vzdělávací program pro reminiscenční terapii MPSV ČR.

Pracovníkům zařízení byl dotazník předán a následně zpět vybrán osobně výzkumníkem v tištěné podobě.

Stanovení proměnných

Základem kvantitativního výzkumu je zkoumání vztahů mezi proměnnými (Punch, 2008, s. 30). „Na proměnnou je nahlíženo jako na vlastnost (nebo charakteristiku) nějaké entity. Konečným cílem výzkumu je nalézt, jak jsou mezi sebou proměnné závislé a proč tomu tak je (Punch, 2008, s. 24). V rámci kvantitativního výzkumu byl zkoumán vztah mezi proměnnými:

Jaký je vztah mezi počtem terapií a duševním stavem seniora, jeho chuti k jídlu, zájmu o okolní svět a zájmu o jeho vlastní osobu?

Stanovení hypotéz

Pro potřeby kvantitativního výzkumu a s ohledem na výše vymezené cíle byly stanoveny následující hypotézy:

- H1. Aplikace reminiscenční terapie má pozitivní účinek na zlepšení duševního stavu seniora se zvýšenou mírou závislosti na péči.
- H2. Aplikace reminiscenční terapie má pozitivní účinek na zvýšení chutě k jídlu u seniora se zvýšenou mírou závislosti na péči.
- H3. Aplikace reminiscenční terapie má pozitivní účinek na zvýšení zájmu o okolní svět seniora se zvýšenou mírou závislosti na péči.
- H4. Aplikace reminiscenční terapie má pozitivní účinek na zvýšení zájmu o vlastní osobu seniora se zvýšenou mírou závislosti na péči.

Rozdělení výroků v dotazníku dle jednotlivých hypotéz:

H1

Klient(ka) je aktivní.

Klient(ka) je spokojený(á).

Klient(ka) je klidný(á), není v napětí.

H3

Klient(ka) má zájem o VČA aktivity.

Klient(ka) se zajímá o okolní dění.

Klient(ka) komunikuje s personálem.

H2

Klient(ka) má chuť k jídlu.

Klient(ka) sní celou porci stravy.

H4

Klient(ka) se zapojuje do péče

o vlastní osobu.

Klient(ka) vyžaduje osobní předměty.

Klient(ka) vyžaduje reminiscenční terapii nebo reminiscenční pomůcku.

5.5 Organizace a zpracování výzkumu

Výzkum byl realizován v období od 3/2018 do 10/2018, celkem tedy **7 měsíců**, což je dostatečně dlouhá doba, aby se projevily účinky terapie na subjekty. Před zahájením výzkumu proběhlo seznámení s odbornou literaturou, odbornými časopisy, internetovými stránkami k dané problematice výzkumu a mapování průběhů reminiscenčních terapie u seniorů i v jiných domovech pro seniory.

5.5.1 Realizace kvalitativního výzkumu

Data získaná pro zpracování případové studie v průběhu výzkumu bylo nutné zaznamenat k následnému zpracování. K fixaci dat získaných pozorováním byly použity Záznamové listy k průběhu reminiscenční terapie (Příloha P VI.), které byly vytvořeny pouze k těmto účelům. Archy sloužily k terénním záznamům popisných dat o průběhu reminiscenční terapie, reakci klienta, činnostech účastníků výzkumu, včetně reflektujících poznámek výzkumníka. Jednotlivé reminiscenční terapie probíhaly vždy v zařízení za účasti seniora, pracovníka pro volnočasovou a aktivizační činnost a výzkumníka. Pro dokreslení případové studie bylo použito studium dokumentů, které probíhalo průběžně během samotného výzkumu.

5.5.2 Realizace kvantitativního výzkumu

Sběr dat probíhal v období 3–10/2018, a to vždy jedenkrát za měsíc (nejlépe poslední pracovní den v měsíci).

Získaná data byla postupně zpracovávána v PC programu MS Excel.

5.6 Prostředí realizace

Výzkum byl realizován v ostravském zařízení Domov pro seniory Kamenec, které mělo z výzkumného pohledu nejvhodnější podmínky:

- **vysoká úroveň** poskytovaných služeb, zejm. **reminiscenční terapie** a dostatečná **zkušenost personálu s touto terapií**. Tato úroveň byla zabezpečena označením zařízení Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR za nejlepší pobytové zařízení pro seniory opětovně v období 2012 a 2016.

Vysoká úroveň reminiscenční terapie byla hodnocena v oblasti: počtu používaných reminiscenčních technik a minimální délky zavedení konceptu reminiscenční terapie, tj. alespoň 3 roky.

- **ochota spolupráce personálu po dobu výzkumu, tj. po dobu 7 měsíců.**

Pro dokreslení celkové vzhledu do zkoumaného jevu je následný popis způsobu realizace reminiscenční terapie v DPS Kamenec. Reminiscenční terapie probíhá podle stanoveného týdenního harmonogramu, kdy je dané místo a doba skupinové reminiscenční terapie pro jednotlivá oddělení zařízení. V rámci této skupinové aktivity provádí volnočasoví pracovníci ještě i individuální reminiscenční terapii, a to zejména s klienty částečně orientovanými nebo zcela neorientovanými, kteří mají omezení mobility. Z těchto důvodů se tito klienti neúčastní skupinové aktivity.

V rámci konceptu sociálně-terapeutických, aktivizačních a volnočasových aktivit plánují pracovníci DPS Kamenec téma na daný měsíc. Témata vychází z ročního období, významných událostí, svátků a podnětů klientů. Vybrané téma se pak projevuje jak ve výzdobě zařízení, tak i v dalších aktivitách určených pro klienty. Nejčastěji se vybírají takové témata, která jsou snadné v realizaci reminiscenční terapie a ergoterapie. Byly použity např. následující témata: v měsíci červenci – cestování nebo dovolená nebo prázdniny, v srpnu – žně, v září – vinobraní, říjen–podzim nebo suché plody a sušiny.

Reminiscenční terapii lze v DPS Kamenec realizovat ve vybudované reminiscenční místnosti, která byla vytvořena nejen pro reminiscenční aktivity, ale také pro další aktivity klientů. Místnost je celodenně otevřená a přístupná jak klientům, tak návštěvám. Klienti se tak mohou v průběhu dne v místnosti kdykoliv zastavit, (neprobíhá-li tam zrovna nějaká skupinová aktivita) a prohlédnout si předměty nebo posedět v dobovém nábytku. Místnost byla vybavena v duchu 50. let dobovým nábytkem i dobovými předměty získaných od rodinných příslušníků nebo samotných klientů DPS Kamenec prostřednictvím darů.



Obrázek 7 Reminiscenční pokoj v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec

Další místností pro realizaci reminiscenční terapie je kulturní místnost, která společně s dalšími třemi slouží ke společnému posezení klientů s návštěvami, nebo ke sledování a poslechu televize nebo rádia, v případě, že klient žádnou nevláští. Rovněž jsou zde prováděny i různé skupinové aktivity. Na rozdíl od zbylých tří kulturních místností, je tato místnost vybavena dobovým nábytkem, zařízením a doplňky ze začátku 20. století ve venkovském stylu.



Obrázek 8 Selská jízdna v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec

Dalšími místy pro stimulaci vzpomínek jsou některé úseky chodeb DPS Kamenec, které jsou vyzdobeny vzpomínkovými obrazy, fotografiemi nebo předměty.



Obrázek 9 Reminiscenční zákoutí v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec

K reminiscenční terapii je možné využívat také místnost pro smyslovou stimulaci, tzv. snoezelen. Tato místnost nejen vyvolává na základě smyslových podnětů vzpomínky na minulost, ale působí rovněž i terapeuticky.



Obrázek 10 Snoezelen v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec



Obrázek 11 Reminiscenční zákoutí v DPS Kameneč. Zdroj: DPS Kameneč

Reminiscenční terapii provádí v DPS Kameneč celkem 7 zaměstnanců. Zaměstnanci jsou zařazeni jako pracovníci pro základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti dle § 116 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění. Všichni tyto zaměstnanci absolvovali akreditované vzdělávání zaměřené na reminiscenční terapii.

U imobilních a částečně mobilních klientů se užívá mobilní snoezelen, který je standardně vybaven promítací technikou včetně dataprojektoru, led světelnými provazy, aromalam-pou, různými druhy aromatických olejů, několika haptickými stimuly (jako jsou např. antistresová mačkátko, kožesinové a plyšové ústřížky látky, haptickými didaktickými kostky).

V rámci reminiscenční terapie pracovníci užívají nejčastěji tyto techniky:

- reminiscenční kufřík s osobními předměty klienta,
- reminiscenční kufřík s obecnými předměty osobní povahy,
- vyprávění nebo doplňování osobního příběhu klienta,
- smyslovou stimulaci vycházející z autobiografického dotazníku klienta,

- reminiscenční pokoj nebo dozdobení vlastního pokoje reminiscenčními předměty,
- užití terapeutické panny.

5.7 Etika výzkumu

„Prakticky v rámci každého výzkumu je třeba řešit určité etické otázky“ (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 43). Jako zásadní pro potřeby tohoto výzkumu vnímáme ochranu osobních údajů zkoumaných subjektů. Z etických důvodů ochrany subjektů nebudou užívány bližší specifikaci ani jména účastníků. Seniors tak označujeme K1 – K12. Při užití fotografií zamezuje poznáním subjektu výzkumu užitím překryvem očí černou barvou.

Informovaný souhlas byl použit pro analýzu dokumentace seniora, účasti a záznamu z realizace reminiscenční terapie a souhlas s publikování práce. Závazek mlčenlivosti pro účely tohoto výzkumu byl použit u výzkumného vzorku, který byl zahrnut do dotazníkového šetření. Během výzkumu nebyly pořízeny žádné videozáznamy. Získaná data z výzkumné studie jsou zpracována a bezpečně uchována v anonymní podobě, budou publikována pouze v rigorózní práci, odborných časopisech a monografiích, prezentována na vědeckých konferencích. Vyplněné dotazníky budou archivovány a je v maximální možné míře zajištěno, aby získaná data nebyla zneužita.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ – PŘÍPADOVÉ STUDIE

Výběr respondentů byl zaměřen na heterogenost v oblasti zdravotního stavu, samostatnosti, soběstačnosti, orientace a mobility, přičemž se vždy jednalo o respondenty se zvýšenou potřebou péče. Bylo tedy možné pozorovat vliv reminiscenční terapie na shodné typy uživatelů služeb. V průběhu výzkumu nedošlo ke změně ve složení skupiny. Za účelem výzkumu proběhlo zhruba 154 patnácti až dvaceti minutových návštěv, tj. celkem 51 hodin pozorování za sledované období 3-10/2018. Průběh a obsah získaných informací byl zapsán do stanoveného **Záznamu z průběhu reminiscenční terapie** (viz Příloha P VI).

Jednalo se následující respondenty:

1. **K1**: žena, paní Emilie, profesí kadeřnice, rozvedená, 85 let, neorientovaná, závislost na péči 36 bodů, v zařízení od roku 2009, ADL 35 bodů, IADL 5 bodů. MMS 15 bodů. Jedná se o imobilní klientku, která má omezené schopnosti vnímání a komunikace, přesto rozumí jednoduchým instrukcím. Klientka trpí těžkostmi vyvolané záněty křečových žil. Často potřebuje úlevové polohy a pozornost personálu. Poskytování péče je celodenní a z pohledu personálu náročné, neboť klientka při manipulaci trpí bolestí, je podvyživená, a tudíž hrozí riziko proleženin, poranění kůže a imobilizačního syndromu. Nejraději tráví den v lůžku, nemá zájem sledovat TV ani rádio. Jediným požadavkem je sledování okolí a čtení literatury. Přeje si pozorovat dění na společné chodbě, nechce mít zavřené dveře od pokoje. Okolní klienti s ní často neverbálně komunikují, zamávají při procházení kolem jejího pokoje. Za klientkou dochází její dva synové, včetně rodin, což klientka vítá. Aktivizační pracovníci i ostatní zaměstnanci k ní přicházejí na krátké tematické hovory, ráda se baví o módě, o účesech. Odebírá měsíčník o módě, o dnešních trendech (od rodiny dostává předplatné jako vánoční dárek).
2. **K2**: muž, pan Karel, profesí řidič, vdovec, 84 let, orientovaný, závislost na péči 32 bodů v zařízení od roku 2009, ADL 40 bodů, IADL 15 bodů, MMS 17 bodů. Jedná se o částečně mobilního klienta, který je schopen přesunu jen s pomocí druhé osoby. Má snížené vnímání, komunikace s ním je těžší, zvládá a rozumí instrukcím. Je plně orientovaný časem, místem, osobou i situací. Klient je při komunikaci přátelský, rád sleduje TV, zejm. programy reálné, především zpravodajství. Je to především pro to, že klient v minulosti byl aktivní člen Komunistické strany a člen výboru Lidových milic v městě Ostrava. Z tohoto důvodu sleduje tyto zprávy, čte novi-

ny, chodí na internet, neboť kritizuje současné politické dění, rád připojuje své levicově zaměřené komentáře. Také si přál návštěvy dobrovolníka, s kterým nejen luští křížovky, ale tento byl také členem strany a diskutují a probírají spolu okolní dění. Tyto aktivity připívají k dobré pohodě a především k aktivizaci klienta. Každá zpráva o neúspěchu současné vlády mu dodává radost ze života.

3. **K3:** žena, paní Květoslava, profesí zdravotní sestra, vdova, 91 let, částečně orientovaná, závislost na péči 28 bodů v zařízení od roku 2009, ADL 40 bodů, IADL 10 bodů, MMS 18 bodů. Jedná se o klientku, která je částečně mobilní, tzn. s dopomocí druhé osoby. Komunikativní, čilá, velmi přátelská klientka, která volný čas nejraději tráví v křesle na chodbě pozorováním a debatováním s ostatními lidmi. Je hojně navštěvovaná nejen rodinnými příslušníky, ale i bývalými sousedy. O manžela před jeho smrtí dlouho pečovala v domácím prostředí. Byl to vysokoškolský profesor, který byl vždy obklopen „ostravskou honorací“. Klientka si velmi zakládala na prestiži svého a manželova povolání. Než manžel umřel, měli stále návštěvy, a to i přestože byl nemocný. Po úmrtí muže, odešla do DPS Kamenec, kde si velmi nadstandardně vybavila pokoj svým nábytkem. Je vždy velmi poctěna návštěvou vedení a stále má sklony chystat „občerstvení.“ Často ji navštěvují vnuci a děti a je zřejmé, že její hostitelské sklony ji přivádějí do finančních obtíží.
4. **K4:** žena, paní Drahomíra, profesí učitelka, 67 let, vdaná, neorientovaná, závislost na péči 35 bodů, v zařízení od roku 2014, ADL 8 bodů, IADL 5 bodů, MMS 8 bodů. Jedná se o klientku imobilní, které je zcela fyzicky odkázána na dopomoc druhého osoby z důvodu svého zdravotního stavu. Prožila několik operací kolenních a kyčelních kloubů dolních končetin z důvodu dědičného degenerativního onemocnění. Nyní neschopna pohybu. Přes zhoršené kognitivní schopnosti je komunikativní, přátelská, vstřícná, ale ironická. Nejraději poslouchá audioknihy nebo předčítání druhé osoby zaměřené na životopisy známých, historický významných osob. Manžel (65 let) za ní do zařízení pravidelně dochází. Společné děti nemají. Manžel má pouze dceru s předchozího manželství a k té klientka nemá vybudovaný kladný vztah. Ve volném čase se v minulosti klientka věnovala ručním pracím, zejm. pletení. Velmi si potrpí na vzhled, vyžaduje časté a dokonalé provádění hygieny, čistoty ložního prádla a oblečení. Čistotu a uhlazený vzhled vyžaduje i od personálu a jakékoliv i malé odlišnosti (líčení, účesy, barevné doplňky) většinou nevhodně komentuje.

5. **K5:** žena, paní Rozálie, profesí prodavačka textilu, vdova, 88 let, částečně orientovaná, závislost na péči 30 bodů v zařízení od roku 2013, ADL 35 bodů, IADL 30 bodů, MMS 15 bodů. Jedná se o klientku, která je mobilní s pomocí druhé osoby, komunikace s ní je obtížná z důvodu snížených kognitivních schopností a introvertní povahy klientky. Nerada navazuje kontakt s neznámou osobou, oblíbené má pouze některé pečovatelky z řad obslužného personálu. Často je nespokojená. Důvody její nespokojenosti bývají nejčastěji z její neoblíbenosti některé stravy a také i jakéhokoliv hluku ze sousedních pokojů. Ubytována je na dvoulůžkovém pokoji a začínají se projevovat vzájemné neshody mezi spolubydlícími. Klientce vadí hlučnost sousedky. Tato uvádí, že klientka žárlí na její rodinu a nelíbí se jí, že její rodinu pomlouvá. Je možné, že respondentka hledá důvody, pro které by mohla kritizovat způsob a kvalitu poskytované služby. Dle sociálního pracovníka je uvedené jednání projevem, dekompenzace nedostatečného zájmu ze strany rodinných příslušníků (zejm. dětí).
6. **K6:** žena, paní Jana, profesí účetní, 81 let, vdaná, částečně orientovaná, závislost na péči 32 bodů, v zařízení od roku 2014, ADL 35 bodů, IADL 40 bodů, MMS 17. Jedná se o klientku imobilní, která zvládá přesuny s dopomocí druhé osoby. Před manželem, který je také v péči daného domova pro seniory, se ovšem snaží držet svůj přístup k běžným činnostem, stěžuje si málo. Klientka je velmi komunikativní, optimistická se sklonem k sarkastickému humoru. Je velmi pečlivá, svědomitá, vyžaduje řád a udržování pořádku. Velmi si potrpí na dochvilnost a přesnost ze stran personálu. Má ráda zažitá stereotypy, u některých činností vyžaduje rituální podobu. Jakékoliv odchylky od stanoveného postupu nevybíravě komentuje, např. nejdříve si přeje umýt dlaně a následně prsty a poté zápěstí.
7. **K7:** muž, pan Vladislav, profesí lesník, rozvedený, 78 let, neorientovaný, závislost na péči 34 bodů, v zařízení od roku 2008, ADL 20 bodů, IADL 10 bodů, MMS 10 bodů. Klient je na službu odkázán v plné míře, bez pomoci druhé osoby by jeho existence nebyla možná. Je neorientovaný, kognitivní funkce v oblasti pozornosti, úsudku i vnímání jsou omezeny, rozhovor je s ním de facto nemožný. Reaguje v omezené míře na jednoduché instrukce, dorozumění je možné pomocí neverbální komunikace v oblasti obličejové mimiky. Velmi pozitivně reaguje na písničky, smyslovou stimulaci, (zvuky lesa, zpěv ptáků, hlasy zvířat, potok), působí na něj i hlubší hlasy některých zaměstnanců a canisterapie, na kterou reaguje nad očekávání

velmi pozitivně, z anamnézy je dané, že choval v minulosti (lesník) vždy minimálně dva psy.

8. **K8:** žena, paní Drahuška, profesí knihovnice, rozvedená, 92 let, neorientovaná, závislost na péči 36 bodů, v zařízení od roku 1999, ADL 15 bodů, IADL 0 bodů, MMS 8 bodů. Jedná se o respondentku zcela imobilní, závislou v nejvyšší míře na pomoci druhých. Klientka v některých chvílích dává najevo nespokojenost se svou situací, dříve byla aktivní, v zařízení vykonávala kronikářku a dlouhé roky zaznamenávala ručně do kroniky dění v zařízení včetně ilustrací nebo zajištění fotodokumentace. Společně s pracovníky si ji ráda prohlíží a v dobrých dnech si uvědomuje a pochvaluje svoji práci. Nyní s ohledem na svůj věk, celkový zdravotní stav a v důsledku nemoci cév trpí často problémy dolních končetin. Následná bolestivost jí znepříjemňuje pohyb, i šetrná manipulace, vertikalizace nebo jen změny poloh jsou nevíтанé a nepříjemné. Doposud si nepřála přestěhování na dvoulůžkový pokoj. V současnosti je ubytována na jednolůžkovém pokoji a bylo u ní stanoveno riziko sociální izolovanosti. Je v péči aktivizačních pracovníků, kteří u ní provádějí bazální stimulaci.
9. **K9:** muž, pan Andrej, profesí horník, svobodný, 72 let, částečně orientovaný, závislost na péči 28 bodů, v zařízení od roku 2010, ADL 25 bodů, IADL 30 bodů, MMS 8 bodů. Jedná se o klienta částečně imobilního, závislého na pomoci druhých. Je navíc dýchavičný, astmatický (zaprášení plic). Je imobilní, používá transportní vozík z důvodu pracovního úrazu od roku 1981 po zranění obou dolních končetin. Nyní se přidalo onemocnění diabetes, hrozí riziko amputace dolních končetin, takže je vedený ve zvýšené péči zdravotnického personálu a je s ním prováděná přiměřená rehabilitace a aktivizační činnost. Je společenský, vtipný, komunikativní a okolím přátelsky přijímán a vítán. Často jej navštěvují mladší, bývalí kolegové, Byl mistr odborného výcviku na pracovišti. Bývalí kolegové jej navštěvují bezmála denně (mají rozpis, což klient neví), někteří chodí i s rodinami, donášejí harmoniku, zpívají hornické písničky, vzpomínají na slavnou minulost hornické profese.
10. **K10:** muž, pan Jozef, profesí důlní zámečnický, vdovec, 79 let, zcela neorientovaný, závislost na péči 36 bodů, v zařízení od roku 1999, ADL 5 bodů, IADL 0 bodů, MMS 12 bodů, neorientovaný v čase, orientace pouze v prostoru (v budově zařízení). Do zařízení přišel před 12 lety, původně s manželkou, která byla o 6 let starší a vyžadovala již péči, kterou jí on nedokázal poskytnout. Na zařízení si v průběhu let

přivykl, nicméně nyní hledá svoji ženu (je již 7 let vdovcem). Příkladem je, že svoji vnučku pokládá za svoji dceru. Většinu času tráví v lůžku, občas má zájem projet se po zařízení a přilehlé zahradě, občas má zájem účastnit se některého z programů, převážně hudebních a zábavných, i když nikdy není schopen je sledovat do konce. Rád se zúčastňuje aktivit: Zpívání pro radost a je členem klubu vážné hudby. Občas zpívá i sám na pokoji.

11. **K11**: žena, paní Lubomíra, nebyla zaměstnaná – žena v domácnosti, vdova, 83 let, částečně orientovaná, mobilní s pomůckou, závislost na péči 28 bodů v zařízení od roku 2011, ADL 40 bodů, IADL 10 bodů, MMS 15 bodů. Klientka po cévní mozkové příhodě ochrnuta na levou polovinu těla. Postižení kognitivních funkcí, hůře mluví, plete si slova, ale chápe a poznává, že se spletla a že jí případně není rozumět. Rozladění z této situace a určitá umělá sociální vyloučenost z kolektivu ji kompenzuje její víra. Klientka se často uchyluje do soukromí svého pokoje nebo modlitebny v zařízení, kde nalézá klid a uspokojení, jak sama říká. Často jí navštěvují nejen její čtyři děti, širší rodina, ale i její pastor. Klientka se cítí ve spirituálním světě šťastná, spokojená a vyrovnaná.
12. **K12**: žena, paní Jaroslava, dělnice ve výrobě Vítkovice, rozvedená, 99 let, částečně orientovaná, imobilní, závislost na péči 28 bodů v zařízení od roku 2014, ADL 40 bodů, IADL 10 bodů, MMS 9 bodů. Po automobilové nehodě, za přítomnosti zjištěného alkoholu v krvi, zavinila smrt 2 osob, spolupracovníků. Léčena na protialkoholní léčbu opakovaně, nyní abstinuje. Postižená nejen po fyzické stránce, chybějící pravá dolní končetina (nad kolenem, bez protézy, kterou odmítá), ale i po psychické stránce: alkoholická demence. Klientka je bezdětná, pro svoji konfliktní povahu (hádavost, nevstřícnost, nevypočitatelnou vzteklost) není oblíbená u spolubydlících. Ráda se poslouchá, vzpomíná na časy kdy: „byla krásná, mladá a žádaná u mužů“. Najde-li posluchače, pak je spokojená, povídavá a vstřícná. Za tímto účelem a ke zlidnění klientky přispívají rozhovory s aktivizačními pracovníky, kteří využívají svého terapeutického výcviku a věcí, které ji těší (fotografie, staré programy divadel, staré kalendáře, zapůjčená kronika Brigády socialistické práce z Vítkovického pracoviště).

6.1 Realizace reminiscenční terapie u klienta K1

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 15 reminiscenčních setkání u klientky K1 (viz tabulka č. 3). S ohledem na zhoršení zdravotního stavu nebyla reminiscenční terapie v měsících květnu a červnu realizována.

Při zahájení terapie byla klientce K1 poprvé předložena terapeutická panna (viz obrázek č. 12). Pracovnice požádala klientku o rozčesání panenčiny vlasů za pomoci hřebenu. Klientce se tato činnost velmi zalíbila a později i během dalších setkání se velmi ráda vracela k česání a k úpravě vlasů terapeutické panny. Postupem času se stala terapeutická panna nezbytným společníkem klientky K1. V rámci plánu péče bylo pracovníkům přímé péče doporučeno, aby pannu užívali i ke zklidnění klientky při jejich bolestech. Klienta K1 pannu hladila a bylo z mimiky zřejmé, že bolest následně vnímá méně intenzivně. V průběhu terapie si klientka k panně vyžádala i vlasové ozdoby, které rovněž chtěla užívat spolu s pannou. Následně personál zaregistroval, že klientka se začíná více věnovat svému vzhledu. Neodmítá pravidelné koupání a mytí vlasů. Postupem času začala od personálu spontánně vyžadovat denní úpravu vlasů pomocí sponek. Rodina zakoupila stojanové zrcátko, které si klientka uschovala v šuplíku nočního stolku a kontrolovala výsledek ranní úpravy vlasů.

V rámci terapie se rodina klienty K1 zapojila nejen v obstarání stojanového zrcátka, ale přinesla i osobní předměty klienty. Pracovnice pak vytvořila osobní reminiscenční box klienty K1, který obsahoval natáčky klientky, její starý fén, rodinné fotografie dětí, manžela, svatby, fotografie z kadeřnického salonu s kolegyněmi, štětec na nanášení vlasové barvy a různé spony do vlasů. Rodina nejprve přinesla jen pár věcí, poté co viděla vytvořený reminiscenční kufřík, donesla velké množství kadeřnických pomůcek, které klientka měla uskladněny ve sklepech a které personál použil v rámci reminiscenční terapie i u dalších klientů. Rodina obohatila krabici i o pletářské náčiní a vlnu, které měla klientka před deseti lety jako životní hobby. Ze stran personálu byl zaznamenán i vyšší zájem ze strany rodiny o klientku. Rodina se dotazovala v průběhu terapie, jak klientka reagovala na ten či onen předmět, zda nemají ještě něco donést, zda se klientka zmínila o té či oné události nebo osobě. Před zahájením terapie se kontakt rodiny zúžil pouze na zajištění hygienických předmětů a zajištění dostatek finančních prostředků na depozitním účtu klientky K1.

V průběhu terapie i po ní se rodina začala více zajímat o pocity a naladění klientky K1 a spolupracovat s personálem.



Obrázek 12 Využití terapeutické panny u klienta K1. Zdroj: DPS Kameneč

Na osobní reminiscenční box reagovala klientka velmi překvapeně. Pracovnice byla nucena i zkontaktovat rodinu, aby potvrdila, že věci donesli oni. Počáteční nedůvěra klienty K1 pak ustoupila a při dalších použití reminiscenčního boxu bylo znát, že reminiscenční box klientku vždy sentimentálně rozladí a jeho použití bylo z pohledu pracovníka spíše nevhodné. Pracovnice tedy na základě této zkušenosti pracovala vždy jen s některými předměty (hřeben, natáčky, spony u terapeutické panny nebo štětec na nanášení barvy, tuba s barvou při smyslové aktivizaci) v rámci dané reminiscenční aktivity.

Klientka K1 velmi uvolněně reagovala i na smyslovou aktivizaci. Dávala spíše přednost mobilnímu snoezelenu, než pobytu v multismyslové místnosti. Při výběru předmětů dávala vždy přednost vlasaté terapeutické panně a šumění moře. Načež pracovnice vysledovala, že klientce ladí šumivé a monotónní zvuky včetně zvuku fěnu.

Přes počáteční nedůvěru klientky i rodinných příslušníků se již během první terapie, která byla zahájena terapeutickou pannou, ukázalo, že klientka se více zapojuje a spolupracuje s personálem při péči, více se zajímá o svůj vzhled, lépe prožívá pocit bolesti a sní větší porce.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	5.4.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
2	19.4.2018	Použití osobního reminiscenčního boxu
3	26.4.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
4	7.4.2018	Použití mobilního snoezelenu
5	21.4.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
6	25.4.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
7	4.7.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
8	26.7.2018	Použití mobilního snoezelenu a osobního reminiscenčního boxu
9	9.8.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
10	23.8.2018	Návštěva multismyslové místnosti
11	12.9.2018	Použití osobního reminiscenčního boxu
12	27.9.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
13	11.10.2018	Použití mobilního snoezelenu
14	18.10.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů z boxu
15	25.10.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů z boxu

Tabulka 3 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klientky K1

6.2 Realizace reminiscenční terapie u klienta K2

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 9 reminiscenčních setkání u klienta K2 (viz tabulka č. 4). Klient po 3 reminiscenčních terapiích odmítl spolupráci v rámci těchto terapií. Terapie byly znovu obnoveny po třech měsících. Celkem bylo realizováno 9 setkání. Reminiscenční terapie byla zahájena pracovníkem použitím obecného reminiscenčního boxu pro muže, který obsahuje předměty typicky mužské povahy, jako jsou: ruční šroubovák, pouzdro na brýle s brýlemi, dederonová vázanka, štětka na holicí pěnu, kamenek k zastavení rány při holení, staré rádio, fotografie wartburgu a trabantu a časopis Automobil z 80. let. Tento box však klient nepřijal pozitivně. Nechtěl se zabývat dle jeho slov „.... *starým haraburdím*.“ Pracovnice se mu snažila přiblížit přes časopisy automobilů, což ho rovněž nezaujalo. Reminiscenční terapie skončila jeho příslibem, že příště bude mít větší zájem. Druhá terapie byla realizována pomocí mobilního snoezelenu na téma cestování.



Obrázek 13 Klient K2 při použití mobilního snoezelenu. Zdroj: DPS Kamenec

Z autobiografického dotazníku vyplynulo, že klient byl povoláním řidič a že procestoval mnoho cizích zemí. V rámci této tematiky, která se velmi často spojuje s letními dovolenými, byla v krátkém DVD filmu spuštěna cesta kolem světa. Klient velmi pozitivně reagoval na promítané sekvence a doplňoval je vlastními vzpomínky a zkušenostmi. Po promítání však další setkání odmítl s tím, že „... *to nepotřebuje po druhé vidět.*“ po tříměsíčním snažení, kdy bylo na klienta nenásilně naléháno, aby se opět zapojit do reminiscenční terapie, s účastí souhlasil. Byla mu nabídnuta aktivita v multismyslové místnosti zaměřena dle jeho výběru na cestování. Byl mu promítán shodný film jak při minulé terapii. Multismyslová místnost je však daleko lépe vybavena než jak je mobilní snoezelen a zážitek z tohoto promítání byl pro klienta 2 velmi veliký, což nám osobně potvrdil a bylo to znát i z neverbální komunikace. Následně byl klient K2 ochotný k reminiscenční terapii jen v multismyslové místnosti, kde mu byly pouštěny DVD dle jeho výběru převážně na téma cestování a příroda.

V průběhu terapie personál nezaznamenal žádnou změnu mimo jednu, kdy klient byl účasten společenské aktivity - plesu, který se koná každoročně v DPS Kamenec, což bylo vůbec pro druhé v průběhu 7 let. Přestože klient svou účast na plese nevnímá jako důsledek intenzivnější spolupráce s ním, personál se v kolektivu shodl, že se jedná o vliv reminiscenční terapie a že terapie posílila vlastní identitu klienta a chuť do života. Dle názoru personálu se klient na plese choval sebevědomě a hovořil se svými sousedy u stolu, což u něj

nebyvalo běžné. Zároveň se personálu podařila podchytit skutečnost, že si klient začal zajímat o výběry variant obědů a působí klidnějším a spokojenějším dojmem.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	6.4.2018	Použití reminiscenčního boxu
2	20.4.2018	Použití mobilního snoezelenu
3	4.5.2018	Návštěva multismyslové místnosti
4	18.5.2018	Návštěva multismyslové místnosti
5	5.5.2018	Návštěva multismyslové místnosti
6	21.5.2018	Návštěva multismyslové místnosti
7	22.6.2018	Návštěva multismyslové místnosti
8	20.7.2018	Návštěva multismyslové místnosti
9	14.9.2018	Návštěva multismyslové místnosti

Tabulka 4 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K2

6.3 Realizace reminiscenční terapie u klienta K3

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 14 reminiscenčních setkání (viz tabulka č. 5) u klientky K3. Klientka v měsíci květnu byla dlouhodobě hospitalizována a v tomto období reminiscenční terapie neprobíhala.

Reminiscenční terapie byla zahájena vytvářením osobního reminiscenčního boxu. Jelikož klientka neměla u sebe žádné osobní předměty, byly předměty do boxu zajišťovány ze stran personálu, resp. zdravotních sester, které vybavily kufřík vlastními zdravotními pomůckami, jednalo se o stetoskop, injekční stříkačky, náplasti. Tyto předměty byly použity až na základě požadavku klientky. Často se o nich zmiňovala, že se jednalo o nezbytné předměty v její práci. Pracovala jako zdravotní sestra na ORL. Práce ji velmi bavila a pracovala i v důchodě. Často jezdila s dětmi na tábory jako zdravotní pracovník. Po této informaci jí pracovnice donesla dětský zdravotní kufřík, který si zamilovala a v rámci reminiscenční terapie se vzpomínkami často vracela k dětem. Na základě této zkušenosti jsme s pracovníky použili i terapeutickou pannu, která potřebovala „...ošetřit bolavou nožičku.“



Obrázek 14 Klientka K3 s osobním reminiscenčním kufříkem. Zdroj: DPS Kamenec

Nepřekvapilo nás, že klientka začala starostlivě pannu ošetřovat foukáním na bolavou nohu. Pannu jsme pak několikrát ještě v rámci terapie použili. Klientka si ji pojmenovala Janičkou, protože jí připomínala sousedovu dceru. V rámci reminiscenční terapie byla použita i technika multismyslového vnímání ve snoezelenu. Na návrh pracovníka byl promítán film o přírodě „Cesta mezi stromy.“ Klientka pobyt ve snoezelenu označila na nezapomenutelný zážitek a promítání i jiných filmů se účastnila ještě několikrát. Dle vyjádření personálu pocítili u klientky větší zájem o projížďky a procházky v parku a zahradě DPS Kamenec. Upozorňovali i na častější kontakt klientky a zdravotní sestry. Dle sdělení zdravotní sestry klientka s ní začala více hovořit o práci, vyptává se, co tady vše dělá, proč nenosí čepce a další otázky, které souvisí se zdravotnictvím.

Celkově je klientka po realizaci reminiscenční terapie vnímána personálem spokojenější, výřečnější a s větším zájmem o okolí.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	4.4.2018	Použití mobilního snoezelenu
2	18.4.2018	Použití reminiscenčního boxu
3	13.6.2018	Použití terapeutické panny a předmětů z boxu
4	27.6.2018	Použití reminiscenčního boxu
5	11.7.2018	Návštěva multismyslové místnosti
6	25.7.2018	Použití reminiscenčního boxu
7	8.8.2018	Použití terapeutické panny a předmětů z boxu
8	22.8.2018	Návštěva multismyslové místnosti
9	5.9.2018	Použití reminiscenčního boxu
10	12.9.2018	Použití reminiscenčního boxu
11	26.9.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů z boxu
12	10.10.2018	Návštěva multismyslové místnosti
13	24.10.2018	Použití reminiscenčního boxu
14	31.10.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů z boxu

Tabulka 5 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K3

6.4 Realizace reminiscenční terapie u klienta K4

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 6 reminiscenčních setkání u klientky K4 (viz tabulka č. 6). Klientka souhlasila pouze s 1 reminiscenčním setkáním za měsíc.

V rámci reminiscenční terapie se u klientky velmi osvědčilo používání terapeutické panny. Klientka jí přijala velmi spontánně a radostně. Zcela vědomě jí vnímala jako panenku ze svého dětství, neboť měla podobnou, hadrovou. „*Tatínek jí ji koupil za velmi těžce vydělané peníze, s maminkou jsem pak na ní šila oblečky, sousedova dcera mi ji velmi záviděla, tady měla na ručičce díрку, kterou jsem ji zašila růžovou nití, aby to nešlo poznat.*“ Velmi dobře se pracovníkům podařilo doplnit autobiografický dotazník o nové poznatky z dětství a mládí klientky, o jejich rodičích. Ve spolupráci s manželem byl klientce donesen její kufřík pletacích a háčkovacích potřeb včetně vlny. Klientka začala na svou Haničku háčkovat za pomoci pracovníka aktivizační činnosti bačkůrky, neboť s ohledem na její zdravotní stav rukou a očí se již jedná o obtížnou činnost, přestože ji před lety rutinně prováděla. Ze svého kufříku měla velikou radost. Personálu začala popisovat druhy a barvy vln, ze kterých upletla svetry, jaký vzor a velikost pletacích jehel na to použila. Kufřík měla stále na nočním stolku, tedy ve svém nejbližším dosahu.

Při zhoršení zdravotní stavu se klientce přikládala terapeutická panna nebo do rukou se jí vkládali pletací příze se slovy: „pro zahřátí.“ Z mimiky klientky bylo velmi zjevné, že je jí to příjemné. Při hospitalizaci klientky si manžel zapůjčil panenku a navštívil s ní klientku. Při dotazu, proč panenku klientce v nemocnici nenechal, že by to bylo z naší strany možné, nám sdělil, že manželce řekl, že panenka tady na ni čeká, aby měla motivaci se rychle uzdravit, což se uskutečnilo.



Obrázek 15 Klientka K4 s terapeutickou pannou. Zdroj: DPS Kamenec

V průběhu používání terapeutické panny došlo u klientky ke snížení její tenze a snahy příliš monitorovat svůj vzhled a vzhled personálu. Klientka se zaměřila více na pannu a prostřednictvím ní častěji komunikovala jak s personálem, tak s partnerem. Při zhoršení zdravotního stavu měla díky panně větší motivaci k uzdravení. V níže uvedené tabulce č. 5 jsou uvedeny realizace reminiscenční terapie v přítomnosti pracovníka. Použití terapeutické panny v průběhu dne není v tabulce uvedeno, neboť se nejednalo o reminiscenční terapii ve smyslu tohoto výzkumu.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	17.4.2018	Použití terapeutické panny
2	15.5.2018	Použití terapeutické panny
3	12.6.2018	Použití terapeutické panny a reminiscenčního boxu
4	24.7.2018	Použití terapeutické panny a reminiscenčního boxu
5	21.8.2018	Použití terapeutické panny
6	18.9.2018	Použití terapeutické panny

Tabulka 6 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K4

6.5 Realizace reminiscenční terapie u klienta K5

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 21 reminiscenčních setkání u klientky K5 (viz tabulka č. 7). Klientka se chtěla účastnit jednou týdně reminiscenční terapie, což se až na několik výjimek, které souvisely se zhoršením zdravotního stavu klientky s následnou hospitalizací v nemocnici, podařilo realizovat. V rámci terapie byla klientka seznámena s různými technikami: terapeutická panna, mobilní snoezelen, multismyslová místnost, reminiscenční místnost a reminiscenční kuffík. Nejlépe klientka reagovala na multismyslovou místnost, která byla podpořena promítáním DVD filmů a audionahrávek. Bylo-li to možné a nebránil-li tomu zdravotní stav klientky, bylo snahou personálu ji doprovodit přímo do multismyslové místnosti, která byla nejlépe uzpůsobena k soukromé terapii, neboť klientka byla ubytována na dvoulůžkovém pokoji, a jak sama uváděla, necítila se na pokoji bezpečně: „*necítím tady soukromí kvůli té sousedce.*“ DVD filmy a audio nahrávky byly voleny dle aktuálního výběru klientky. Volila vždy záznamy hudebních koncertů českých interpretů jako např. Heleny Vondráčkové, Karla Gotta, Václava Neckáře, Hany Zagorové apod. Ze začátku terapií se svěřovala pracovníkovi pouze s tím, zda písnička patřila k jejím oblíbeným a kde ji nejčastěji poslouchala „*...tak tuhle jsme si v práci stále pouštěli, to byla naše hitovka*“ nebo „*...Káju manžel nesnášel, moc na něj žárlil*“, postupně však začala přidávat osobnější informace, kupříkladu jak a kde se s manželem potkali, za jakých okolností měli schůzku, vzpomínala na narození první dcery, porod druhé dcery... Postupem času se informace přesunuly k těžkostem v rodinných vztazích a klientka se za písniček Vondráčkové a Gotta rozpovídala o tom, z jakých důvodů ji dcery nechtějí navštěvovat. Jako důvod jejich nezájmu o její osobu vnímala, že možná nepochopily jejich vzájemný vztah, který s manželem měli. Jejich vzájemné hádky mohli vnímat nepříjemně a mohli jí vnímat jako viníka těchto hádek. Dcery velmi inklinovali k otci, který je příliš rozmazloval. Po jeho smrti, kterou ji i možná dávali za vinu z důvodu, že ho nedala včas odvést do

nemocnice, neboť jí to zakázal, se s ní přestali naprosto stýkat. Pomocí této terapie se podařilo navázat hlubší kontakt s klientkou k tomu, aby se svěřila s těmito velmi soukromými a citovými informacemi.

V závěru terapie bylo již patrné, že klientka se zřejmě smířila s postoji svých dcer, neboť o nich začala více mluvit a zlehčovat ironií situaci: *...dobře, že tu nejsou, to by mi z důchodu nic nezbylo*“ nebo *„... vy jste stejně hubatá, jak ta moje Ivana.“*

Během terapie došlo k velkému posunu klientky, a to nejen ve vztahu k personálu, kdy pracovníci zaznamenali, že klientka používá při jejich oslovování „*sestřičko*“ místo původního „*sestro!*“ Odpadla i přemírná kritičnost klienty ke službě, resp. k její kvalitě. Přesunem klientky do multismyslové místnosti se rozšířila klientce možnost vidět pracovníky i u jiných klientů, pracovníky jiných oddělení a režim jiného oddělení, neboť multismyslová místnost je na jiném patře a oddělení. Personál zaznamenal i zlepšení vztahu k spolubydlíci. Po vzájemné dohodě mezi spolubydlíci personál v odpoledních hodinách pouštěl rádio se starými písničky. Při poslechu hudby našli klientky k sobě přátelštější vztah. Sociální pracovník zaznamenal snížení počtu stížností na péči a stravu ze strany klientky. Celkově se personál shodoval v tom, že klientka působí spokojeněji.



Obrázek 16 Klientka K5 v reminiscenční místnosti. Zdroj: DPS Kameneč

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	19.4.2018	Použití mobilního snoezelenu
2	26.4.2018	Použití terapeutické panny
3	3.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
4	10.5.2018	Návštěva reminiscenční místnosti
5	17.5.2018	Návštěva multismyslové místnosti
6	24.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
7	31.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
8	7.6.2018	Použití mobilního snoezelenu
9	14.6.2018	Použití mobilního snoezelenu
10	21.6.2018	Návštěva reminiscenční místnosti
11	28.6.2018	Návštěva multismyslové místnosti
12	13.7.2018	Použití mobilního snoezelenu
13	3.8.2018	Použití mobilního snoezelenu
14	17.8.2018	Použití mobilního snoezelenu
15	24.8.2018	Návštěva reminiscenční místnosti
16	14.9.2018	Návštěva multismyslové místnosti
17	21.9.2018	Návštěva multismyslové místnosti
18	5.10.2018	Návštěva multismyslové místnosti
19	12.10.2018	Návštěva multismyslové místnosti
20	19.10.2018	Návštěva multismyslové místnosti
21	26.10.2018	Návštěva multismyslové místnosti

Tabulka 7 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K5

6.6 Realizace reminiscenční terapie u klienta K6

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 10 reminiscenčních setkání u klientky K6 (viz tabulka č. 8). Klientka se chtěla účastnit jednou za čtrnáct dní reminiscenční terapie, což se až na vánoční období podařilo zrealizovat.

Terapie byla zahájena promítáním DVD filmu na téma Vodní svět prostřednictvím mobilního snoezelenu. Tento způsob promítání klientku natolik nadchl, že jinou techniku reminiscenční terapie nechtěla ani vyzkoušet, a i od pracovnice odmítala nabídku terapeutické panny, reminiscenční předměty z kuffíku nebo návštěvu do reminiscenční místnosti.

Během terapie byly za pomoci optického vlákna, světelné koule, dataprojektoru a audio sluchátek (standardní výbava mobilního snoezelenu v DPS Kamenci) puštěno 10 různých

DVD filmů zaměřených na vodní svět, přírodu, zvířectvo, život v korunách stromů a v lese, na které klientka reagovala velmi pozitivně a emotivně. Při promítání filmů probíhal rozhovor pracovníka s klientkou, při které bylo získáno mnoho informací do autobiografického dotazníku klientky. Klientka na promítání reagovala nostalgickým vzpomínáním na svoje dětství, které trávila u babičky ve Štramberku. Jedná se o vesnici nedaleko Ostravy v úpatí Beskyd. Tam měla klientčina babička „...malý domeček pod horami a já jsem tam u ní byla každický den.“ Vzpomínala, jak ze všeho nejraději měla kozí mléko, které ji babička nadojila a k tomu „trnkáče“, což byly bramborové placky „na sladko“ se švestkami. Hovořila o přírodě, o louce, o těžké práci, kterou babička musela dělat kolem svého hospodářství. Pracovnice si zapůjčila z knihovny knihu **Řemesla a výroba** od Aleny a Vlastimila Vondruškových, ze kterých klientce četla a ukazovala ilustrace dobových předmětů řemeslníků a ilustrace různých postupů výroby. Klientka byla velmi nadšená a velmi zaujatě komentovala ilustrace „...to měla babička taky, to se tady šlapalo a tady se to přidržovalo.“ Klientka byla dokonce schopna i napodobit pohyb rukou, trupem, de facto zapojila celou horní část těla, což při její celkové slabosti byl významný pohyb. Přínosnou pro vzpomínání byla i vypůjčená sešitová knížka od autora Jiřího Tichánka, ve které byly náčrtky a fotografie starého Štramberku a okolí (viz obr. č. 20). Klientka se rozvzpomínala na své sousedy. Posteskla si nad tím, jak dlouho tam nebyla. Pracovnice ji proto pomocí tabletu a aplikace Google Maps ukazovala, jak vypadá okolí nyní.

Personál zaznamenal, že klientka v průběhu terapie začala projevovat zájem o účast na společných, skupinových aktivitách jako bylo např. Zpívání, kterých se bude účastnit. Pomocí reminiscenční terapie se podařilo nejen doplnit autobiografický dotazník klientky, ale zejména zapojit ji do skupinových aktivit a tak jí rozšířit možnosti dalších sociálních kontaktů, které doposud omezovala jen na personál a svého manžela. I přes svou imobilitu se personálu podařilo nastavit ve spolupráci s klíčovým pracovníkem a pracovníkem pro aktivizační činnost harmonogram činností klientky, kdy se personálu podařilo namotivovat klientku do volnočasových činností např. Diskuzní setkání, tréninku paměti, setkání u stolových her.

Klient K6		
Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	26.4.2018	Použití mobilního snoezelenu
2	10.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
3	24.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
4	14.6.2018	Použití reminiscenčních předmětů
5	28.6.2018	Použití mobilního snoezelenu
6	26.7.2018	Použití reminiscenčních předmětů
7	22.8.2018	Použití mobilního snoezelenu
8	12.9.2018	Použití reminiscenčních předmětů
9	27.9.2018	Použití mobilního snoezelenu
10	11.10.2018	Použití mobilního snoezelenu

Tabulka 8 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K6

6.7 Realizace reminiscenční terapie u klienta K7

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 20 reminiscenčních setkání u klienta K7 (viz tabulka č. 9). Klient se chtěl účastnit pravidelně každý týden v úterý, což se mimo týdny, kdy byl hospitalizován v nemocnici, podařilo zrealizovat.

S ohledem na vysoký stupeň zhoršených kognitivních funkcí klienta byla dle praktických zkušeností pracovníka reminiscenční terapie realizována pomocí smyslové reminiscenční terapie za pomoci mobilního snoezelenu a haptických reminiscenčních předmětů. Pracovník při výběru vhodné terapie vycházel z autobiografického dotazníku klienta, ve kterém byla uvedena velká záliba v lesnictví, myslivectví a chovu psů.

V rámci mobilního snoezelenu byly během terapie pouštěny DVD filmy zaměřené na tematiku zvířat, lesa, přírody, ptactva. Promítání bylo umocněno reminiscenčním předmětem související s danou tematikou. Např. při promítání záznamu z honu měl klient v ruce lesní roh, který byl vypůjčený od pracovníka. Klient předmět držel velmi pevně, přestože měl v rámci péče velmi chabý stisk a úchop. Tato zkušenost byla pak převedena do praxe v oblasti zajištění kvality péče v oblasti udržení funkčnosti horních končetin. Pracovníci začali vkládat klientovi lesní roh do dlaně ve spolupráci s fyzioterapeutem k posílení funkčnosti úchopových svalů horní končetiny.

Významnou situací bylo i položení psa canisterapeutem na hrudník klienta za doprovodu zvuků lesa v rámci mobilního snoezelenu. Klient reagoval velmi radostně a tato situace mohla být znovu opakována až při další návštěvě canisterapeuta, tj. po 4 měsících.

Personál zaznamenal, že klient po terapiích byl velmi nakloněný k jakékoliv spolupráci. Tato spolupráce byla využita ve prospěch klienta, a proto reminiscenční terapie byla realizována před obědem. V průběhu terapie došlo totiž k aktivizování klienta, včetně jeho horních končetin. Následné podání stravy probíhalo s menšími výhradami klienta a celkově bez obtíží. Rovněž se ukázalo, že v rámci smyslové stimulace za pomoci aromatického borovicového oleje dochází k okamžité aktivizaci uživatele, což v rámci péče personál používal při ranní hygieně klienta, kdy tento olej přidával do tělových mycích prostředků.



Obrázek 17 Reminiscenční terapie s canisterapeutickým psem u klienta K7.

Zdroj: DPS Kameneč

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	24.4.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
2	15.5.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
3	29.5.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
4	5.6.2018	Canisterapie a použití mobilního snoezelenu
5	12.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
6	19.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
7	26.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
8	20.7.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
9	24.7.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
10	14.8.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
11	4.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
12	11.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
13	18.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
14	25.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
15	2.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
16	9.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
17	16.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
18	23.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů
19	30.10.2018	Canisterapie a použití mobilního snoezelenu
20	31.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a reminiscenčních předmětů

Tabulka 9 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K7

6.8 Realizace reminiscenční terapie u klienta K8

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 14 reminiscenčních setkání (viz tabulka č. 10) u klientky K8.

Reminiscenční terapie byla zahájena na doporučení syna vytvářením osobního reminiscenčního boxu. Syn i dcera klientky donesli na přání své maminky staré časopisy, kalendáře, almanachy a fotografie. Klientka byla profesí knihovnice a práci ji velmi bavila, proto i v době, kdy už byla v důchodu, občas chodila vypomáhat na různé akce do knihovny, kde celý život pracovala. Rovněž i v zařízení DPS Kamenec několik let vedla osobně místní knihovnu.

Syn klientce donesl starý kufřík, do kterého ji uložil několik historických kalendářů, časopisů a fotografií. Velkým přínosem pro reminiscenci byl deník, který klientka sama napsala i ilustrovala v období, kdy sama měla děti malé a zachycovala v něm zajímavé okamžiky

jejich rodinného života. Klientka měla ráda tento starý kuffík na očích a v dosahu. Dokázala si v něm sama najít fotografie blízkých, na které se zájmem dívala.

Během reminiscenční terapie byla použita i technika smyslového vnímání v multismyslové místnosti. Klientce byl promítnut dokument o městě, ve kterém celý život bydlela.

Vzhledem k pozitivním reakcím na snoezelen nezůstalo u jednoho promítání. Klientka vždy reagovala pozitivně, projevovала po reminiscenční terapii větší aktivitu o okolní svět. Sama se začala vyptávat pečujícího personálu na to, zda mají děti, kolik jim je let a zda rády čtou. Ve spolupráci s rodinou byl její pokoj zútulněn malou knihovničkou na policiče a rodinnými a pracovními fotografiemi k posílení identity klientky.

Celkově je klientka po realizaci reminiscenční terapie vnímána jako aktivnější, pozitivnější se sebeuvědoměním sama sebe. Personál se snaží o maximální využití informací z autobiografického dotazníku při péči např. tím, že paní má prostírání vytvořené ze své oblíbené publikace.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	10.4.2018	Použití reminiscenčního boxu
2	24.4.2018	Použití mobilního snoezelenu
3	15.5.2018	Použití reminiscenčního boxu
4	24.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
5	5.6.2018	Návštěva multismyslové místnosti
6	19.6.2018	Návštěva multismyslové místnosti
7	24.7.2018	Použití reminiscenčního boxu
8	4.9.2018	Použití mobilního snoezelenu
9	18.9.2018	Použití reminiscenčního boxu
10	25.9.2018	Použití mobilního snoezelenu
11	9.10.2018	Použití reminiscenčního boxu
12	16.10.2018	Použití reminiscenčního boxu
13	23.10.2018	Návštěva multismyslové místnosti
14	30.10.2018	Použití mobilního snoezelenu

Tabulka 10 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K8

6.9 Realizace reminiscenční terapie u klienta K9

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 6 reminiscenčních setkání u klienta K9 (viz tabulka č. 11). Klient se chtěl účastnit pravidelně jednou až dvakrát za měsíc, což při

klientových aktivitách (návštěvách bývalých spolupracovníků) bylo vhodnější stanovit jedenkrát za měsíc.

Terapii bylo vhodné s ohledem na dobré komunikační schopnosti klienta zaměřit na vytváření jeho osobního příběhu, popř. zaměřit se na jeho pozitivní vzpomínky. K tomu výborně sloužil pokoj klienta, který byl čteně vybaven hornickými předměty, pracovními uznání a osobními fotografiemi klienta. V rámci reminiscenční terapie bylo velmi těžké uhlídat čas, aby terapie nezatěžovala klienta více než 20–30 minut. U klienta tato terapie trvala vždy minimálně 30–40 minut, a to byla ze strany pracovníka vždy velmi naléhavě ukončena, neboť klient by byl schopný o svých vzpomínkách hovořit minimálně hodinu až dvě. Během terapie byl doplněn autobiografický dotazník klienta, který před jejím zahájením byl z velké části nevyplněn. Doplněny byly informace v oblasti oblíbených předmětů, přesného harmonogramu dne, oblíbeného jídla nebo hudby.

V průběhu reminiscence vyvstaly dvě významné události, které mohou být brány jako dopad reminiscenčních rozhovorů klienta s pracovníkem. Obě události souvisely s intenzivním prosazováním klientových zájmů. Jednalo se o klientovu snahu uveřejnit jeho zásluhy ve formě životního příběhu v seniorském zpravodaji, které zařízení čtvrtletně vydává. Požadavek klienta nebyl možný, neboť v seniorském zpravodaji se zveřejňují pouze provozní informace a události. I když tato podmínka byla klientovi několikrát vysvětlována, klient se cítil uraženě a svůj požadavek odstupem měsíce dvakrát požadoval. Při rozhovoru se sociálním pracovníkem a následně s personálem, jsou téhož vysvětlení. Klient v rámci terapie pocítil důležitost ze stran personálu, zvýšilo se mu sebevědomí, rozšířily se mu příležitosti k seberealizaci a cítil možnost podělit se o svoje vzpomínky i s ostatními spolubydlicími.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	26.4.2018	Použití reminiscenčních předmětů
2	17.5.2018	Použití reminiscenčních předmětů
3	21.6.2018	Použití reminiscenčních předmětů
4	12.7.2018	Použití reminiscenčních předmětů
5	6.9.2018	Použití reminiscenčních předmětů
6	10.10.2018	Použití reminiscenčních předmětů

Tabulka 11 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K9

6.10 Realizace reminiscenční terapie u klienta K10

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 20 reminiscenčních setkání u klienta K10 (viz tabulka č. 12). Klient se chtěl účastnit pravidelně každý týden, což se až na pár výjimek podařilo zrealizovat.

S ohledem na jeho zálibu v hudbě a ve zpěvu a izolaci způsobenou imobilitou na lůžku byla terapie zahájena mobilním snoezelenem a puštěním DVD koncertu Rusalky od Antonína Dvořáka. V doprovodu světelných efektů a lesního aromatického oleje v difuzéru byl klient promítáním operního díla naprosto nadšen, i když terapie s ohledem na jeho zdravotní a kognitivní stav trvala jen 10 minut. Další setkání pak probíhala v multismyslové místnosti. Vždy po 5minutovém promítání DVD filmu na plátně s různou tematikou (Rusalka, Prodaná nevěsta, Libuše, Dalibor aj.) pracovník navázal promítáním osobních fotografií klienta. Jednalo se o manželku, dceru, rodinné fotografie z oslav nebo výročí. Fotografie vybrala rodina a přidala k nim popisky. Pracovník je oskenoval a pak každou fotografii klientovi okomentoval popiskem. Bylo zřejmé z řeči, mimiky i z chování klienta, že na fotografie velmi emotivně reaguje.

V průběhu terapie se snažili aktivizační pracovníci využít aktivní reakce klienta na vážnou hudbu. Byla tedy klientovi promítána vážná hudba ve formě CD v dopoledních hodinách. Personál přímé péče zaregistroval, že klient lépe reaguje na verbální instrukce, dokonce se u něj projevovaly vlastní vědomé pohyby, kterými se chtěl dotknout láhve s pitím nebo lžičky s pokrmem.

Sociální pracovník spolu s personálem se shodli na závěru, že klient v průběhu reminiscenční terapie se začal lépe orientovat v realitě. Promítáním fotografií spolu s mluveným popisem fotografie je možné, že se mu posílila orientace osobou.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	7.5.2018	Použití mobilního snoezelenu
2	14.5.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
3	21.5.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
4	28.5.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
5	4.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
6	18.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
7	25.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
8	2.7.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
9	6.8.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
10	20.8.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
11	27.8.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
12	3.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
13	10.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
14	17.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
15	24.9.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
16	1.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
17	8.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
18	15.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
19	22.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií
20	29.10.2018	Použití mobilního snoezelenu a rodinných fotografií

Tabulka 12 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K10

6.11 Realizace reminiscenční terapie u klienta K11

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 13 reminiscenčních setkání u klienta K11 (viz tabulka č. 13). Klientka se chtěla účastnit pravidelně jednou týdně, což se z důvodu časté hospitalizace z důvodu onemocnění horních cest dýchacích nedařilo pravidelně realizovat. Terapie byla zahájena použitím terapeutické panny, která je vhodná zejména u žen, které vychovaly děti nebo vykonávali profesi spojenou s dětmi (zdravotní sestry, vychovatelky, aj.). Rovněž i u této klientky byla navázána důvěrná atmosféra. Klientka pannu přijala se slovy „*ty malý sirotku, pojď sem...*“. Při dalším setkání už to nebyl sirotek, ale „*andělíček chudinek...*“. Na začátku terapie byla klientka velmi pasivní v rozhovoru, nemající zájem reagovat. Terapeut jí proto vybízel, aby hovořila alespoň s panenkou. Stále bylo zjevné, že klientka má velký ostych hovořit nahlas. V průběhu terapie se klientka rozhovořila, stále ale bylo patrné, že hovořit na neživou věc jí je milejší a i snazší. Personál přímé péče však vysledoval, že klientka hovoří na pannu i po skončení terapie, kdy tam panna

není. Terapeut proto zajistil další pannu jen pro potřeby klientky. Po uplynutí několika dnů si klientka pannu natolik přivlastnila, že s ní trávila jakýkoliv čas. Na chodítku měla připravený odkládací košík, kde „svého andílka“ vozila a bezmála se od něj neodlučovala. V průběhu reminiscence klientka nejčastěji vzpomínala na svého manžela, jak s ní málo „prožíval víru“, nechodil do kostela, i jak těžké to měli za komunismu, jak manžel měl problémy v práci kvůli tomu, že ona chodila do kostela a vypomáhala i na faře. De facto se svěřovala své panence, na otázky pracovníka odpovídala směrem k panence, při rozhovoru se s ní mazlila. Když pracovník použil příměr panenky a malého dítěte, toto velmi striktně odmítla se slovy „to není dítě, to je andílek.“



Obrázek 18 Reminiscenční terapie s terapeutickou pannou u klientky K11.

Zdroj: DPS Kamenec

Pracovníkovou snahou bylo během terapie vytvořit s klientkou reminiscenční box. Přestože byla klientka seznámena s jednotlivými kroky a byl jí ukázán reminiscenční box jiného klienta pro inspiraci, tuto techniku odmítala se slovy: „*nechci hromadit staré nepotřebné věci*“. Rovněž ji byl představen mobilní snoezelen, ale její nedůvěra k technickému pokroku se projevila i ve vztahu k tomuto zařízení, jakékoliv sledování DVD filmu nebo puštění hudby či relaxace odmítala.

Klientčin pokoj byl vyzdoben mnoha rodinnými fotografiemi, které se v rámci terapie použily, včetně jejího fotografického alba.

V průběhu terapie personál zaznamenal zvýšený požadavek klientky na čistotu a úklid pokoje, který vyžadovala zejména před terapií. Rovněž i rodina se začala více zajímat o přístup personálu ke klientce, resp. dvě dcery již před terapií měly menší zájem o spolupráci

s personálem. V průběhu terapie se u jedné z nich zájem o něco zvýšil, dle sdělení personálu. Jedna z dcer byla velmi potěšena a překvapena, že jejich maminka se chlubí ještě v těchto letech svými dětmi, a že i lidé z personálu mají zájem si vyslechnout těžce artikulující seniorku.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	10.4.2018	Použití terapeutické panny
2	24.4.2018	Použití terapeutické panny
3	15.5.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
4	29.5.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
5	12.6.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
6	26.6.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
7	3.7.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
8	31.7.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
9	14.8.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
10	11.9.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
11	25.9.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
12	10.10.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů
13	30.10.2018	Použití terapeutické panny a osobních předmětů

Tabulka 13 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K11

6.12 Realizace reminiscenční terapie u klienta K12

V průběhu sledovaného období proběhlo celkem 6 reminiscenčních setkání u klienta K12 (viz tabulka č. 14). Klientka měla zájem se zúčastnit pouze jednoho setkání za měsíc.

Poř. č.	Termín setkání	Obsah setkání
1	27.4.2018	Použití osobních předmětů
2	25.5.2018	Použití mobilního snoezelenu a osobních předmětů
3	15.6.2018	Použití mobilního snoezelenu a osobních předmětů
4	3.8.2018	Použití osobních předmětů
5	14.9.2018	Reminiscenční výlet
6	26.10.2018	Použití osobních předmětů

Tabulka 14 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K12

Terapie byla zahájena pomocí osobních předmětů klientky. Pracovník požádal klientku o ukázání několika osobních fotografií. Klientka měla k dispozici celé album. V rámci jeho

prohlížení vzpomínala na své mládí, práci, na muže, které potkala, na náročnou práci, kterou vykonávala.

Další setkání proběhlo promítáním dokumentárního filmu o Proměnách Dolních Vítkovic. Klientka toto promírání vnímala velmi emotivně, povzdechla si, jak by toto místo opět ráda navštívila. Dokument neustále komentovala „...*tam jsem byla! ... Bože, kde ty časy jsou.... Tam stála kantýna! Rezatá Alena tam vařila!*“ V daný den a další dny personál zaznamenal neskutečnou proměnu klientky. Byla velmi klidná, jevila se spokojeně, byla přívětivá k personálu. Další terapii chtěla rovněž realizovat promítáním dokumentárního filmu. Vybrala si: Příběh našich dnů Nová huť v Ostravě (1958), kde rovněž poznávala svoje bývalé pracoviště a prostory, ve kterých se pohybovala. Následná terapie probíhala opět prohlížením alba klientky s jejími rodinnými fotografiemi a otázky zaměřené na zjišťování zvyků klientky pro doplnění autobiografického dotazníku.

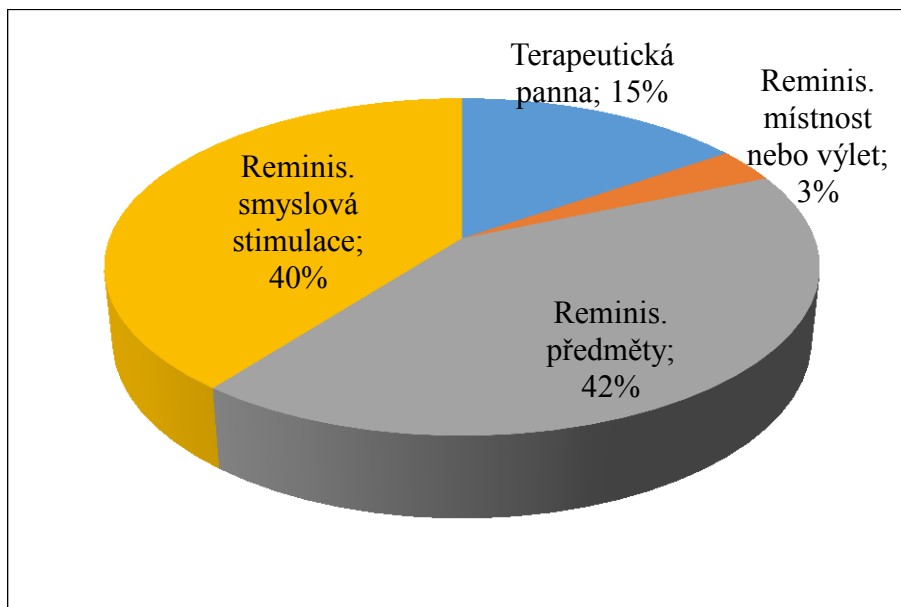
Zcela významnou situací byla návštěvy klientky Dolní oblasti Vítkovic (konkrétně důl Hlubina a vysoké pece a koksovna Vítkovických železáren), kde před lety jako dělnice pracovala. Jedná se o národní kulturní památku, která zahrnuje rozsáhlý průmyslový areál Vítkovických železáren. V doprovodu pracovníka prošli menší úsek železáren. Přestože se nejednalo přímo o pracoviště klientky, byla klienta naprosto ohromena a dojata, že se zde mohla ještě po tolika letech podívat. Vzpomínala, jak se změnilo nejen okolí železáren, ale i samotné stavby a atmosféra objektu.

Po skončení terapie personál zaznamenal, že klientka nehovoří o ničem jiném než o výletě do Vítkovic. Klientka se jim jeví klidná, bez agresivních útoků, je ochotnější ke spolupráci při zajišťování obslužné péče, podávání léků a výběru peněz z deponitního účtu, který je veden pracovníky v zařízení.

6.13 Vyhodnocení zkoumaných oblastí

V níže uvedeném grafu č. 1 jsou znázorněny techniky, které byly během sledovaného období u vytipovaných klientů užívané. Techniky byly rozděleny dle zaměření a obsahu na použití reminiscenční panny, využití reminiscenční místnosti nebo realizace reminiscenčního výletu, použití reminiscenčních nebo osobních předmětů a využití reminiscenční smyslové stimulace za použití snoezelen místnosti nebo mobilního snozelenu. V případě, že klient reagoval přívětivě na konkrétní techniku, byla v rámci dalších reminiscenčních terapií opakovaně užívána. Z celkově používaných byla klienty nejlépe přijímána remis-

cenční terapie s použitím reminiscenčních předmětů (42 % všech realizovaných reminiscenčních terapií), nejméně užívána technika byla za použití reminiscenční místnosti nebo výletu (3 % všech realizovaných reminiscenčních terapií).



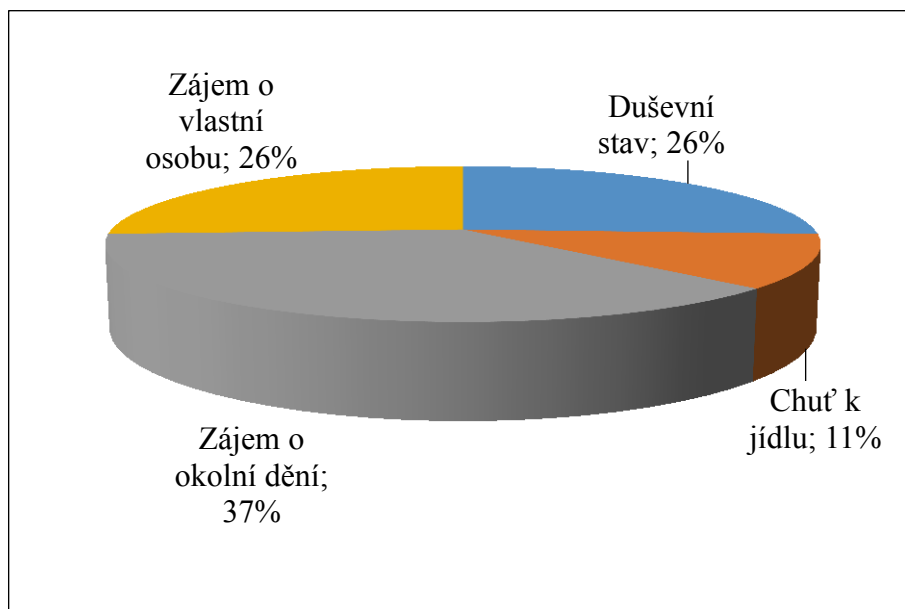
Graf 1 Přehled realizovaných reminiscenčních technik za sledované období

V níže uvedeném grafu č. 2 jsou zaznamenány výsledky, které byly vyhodnoceny ze záznamových listů k průběhu pozorování. Záznamové listy byly následně kódovány a jednotlivé změny rozděleny do pěti skupin, které odpovídají stanoveným hypotézám.

Jedná se o:

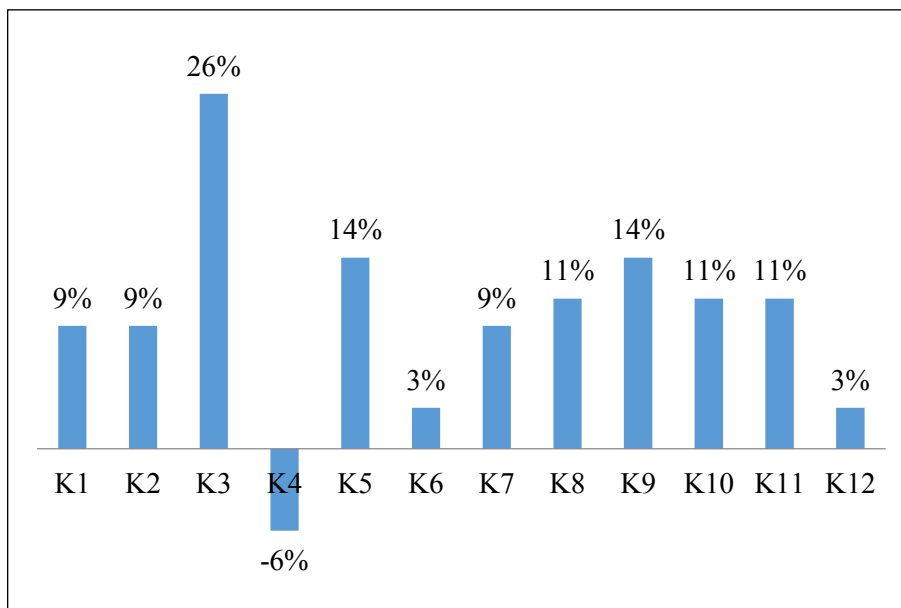
- duševní stav. Zahrnuje pro potřeby výzkumu následující výroky klientů: zklidnění klienta, pocit spokojenosti, aktivní přístup, orientaci v realitě aj.
- chuť k jídlu. Zahrnuje pro potřeby výzkumu následující výroky klientů: zájem o výběr variant obědů, zvýšení chutě k jídlu, snížení stížností na jídlo.
- zájem o vlastní osobu. Zahrnuje pro potřeby výzkumu následující výroky klientů: motivaci k uzdravení, zapojení při mytí, zvýšení sebevědomí, zájem o vlastní osobu.
- zájem o okolní dění. Zahrnuje pro potřeby výzkumu následující výroky klientů: častější komunikaci a kontakt s dalšími osobami, zlepšení mezilidských vztahů, účast na volnočasových a zájmových aktivitách, spolupráci, zájem o úklid pokoje.

Z grafu je patrné, že pozorováním bylo zjištěno, že k největšímu počtu změny došlo u klientů v oblasti zájmu o okolní dění, a to ve výši 37 %. K nejmenší změně došlo v oblasti stravování, a to u 11 % klientů. Nebyl žádná klient, u kterého by v důsledku aplikace reminiscenční terapie nedošlo k žádné změně.



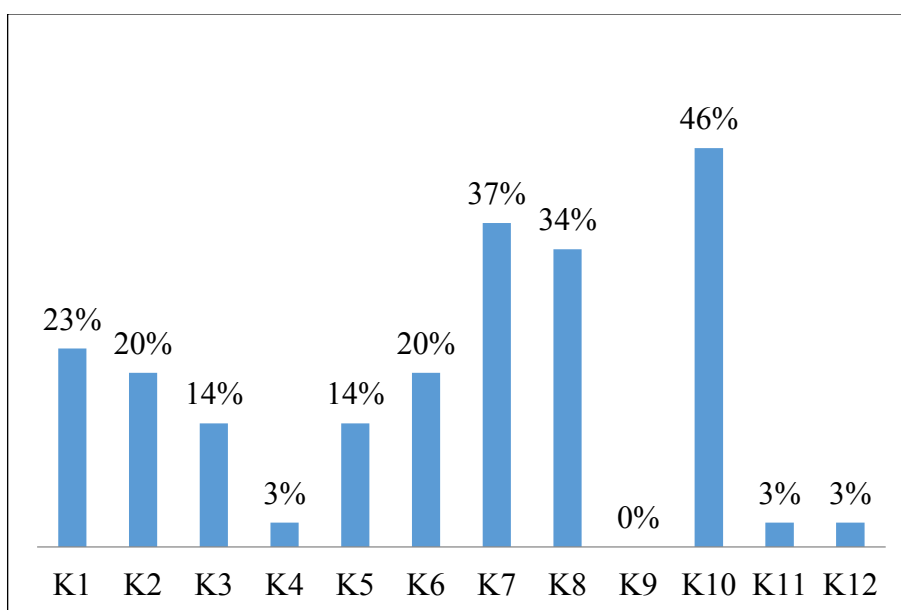
Graf 2 Přehled změn v pozorovaných oblastech u všech klientů dle Záznamových listů k průběhu pozorování

Prostřednictvím analýzy dokumentace nutričního terapeuta Nutriční záznamy o příjmu stravy, které se vedly denně u zkoumaných seniorů během sledovaného období o přijaté stravy, bylo zjištěno, že za sledované období došlo u klienta K10 ke zvýšení o 45 % množství přijaté stravy oproti období, ve kterém nebyla reminiscenční terapie realizována. Zároveň níže uvedený graf ukazuje, že až na jednoho klienta K9, u všech došlo ke zvýšení množství přijaté stravy ve sledovaném období. V průměru došlo ke zvýšení množství přijaté stravy o 9,5 %.



Graf 3 Přehled o změně množství přijaté stravy u klientů ve sledovaném období dle Nutričních záznamů o příjmu stravy oproti počátečnímu stavu

Výsledky analýzy dokumentace Záznamy o realizaci péče, které jsou uvedeny v grafu č. 4 uvádí, že až na jednoho klienta došlo ke zvýšení počtu realizovaných volnočasových aktivit ve sledovaném období oproti období, ve kterém nebyla realizována reminiscenční terapie. V průměru došlo ke zvýšení počtu realizovaných volnočasových aktivit o 18 %.



Graf 4 Přehled o změně počtu realizovaných volnočasových aktivit u klientů ve sledovaném období dle Záznamů o realizaci péči oproti počátečnímu stavu

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ – DOTAZNÍKY

Do dotazníkového šetření bylo zapojeno celkem 7 respondentů, kteří vyplnili celkem 12 dotazníků vztahující se k výsledkům aplikace reminiscenční terapie u 12 seniorů. Každý dotazník obsahoval 11 výroků, na které respondenti odpovídali vybráním z pěti bodové škály, přičemž 5 bodů znamenalo absolutní souhlas s daným výrokem a opačně, 1 bod znamenal nesouhlas s daným výrokem. Respondenti odpovídali v průběhu 7 měsíců, přičemž každý měsíc byl sledován zvlášť. Tímto byly zaznamenané změny ve sledovaných oblastech: duševní stav, chuť k jídlu, zájem o okolní dění a zájem o vlastní osobu.

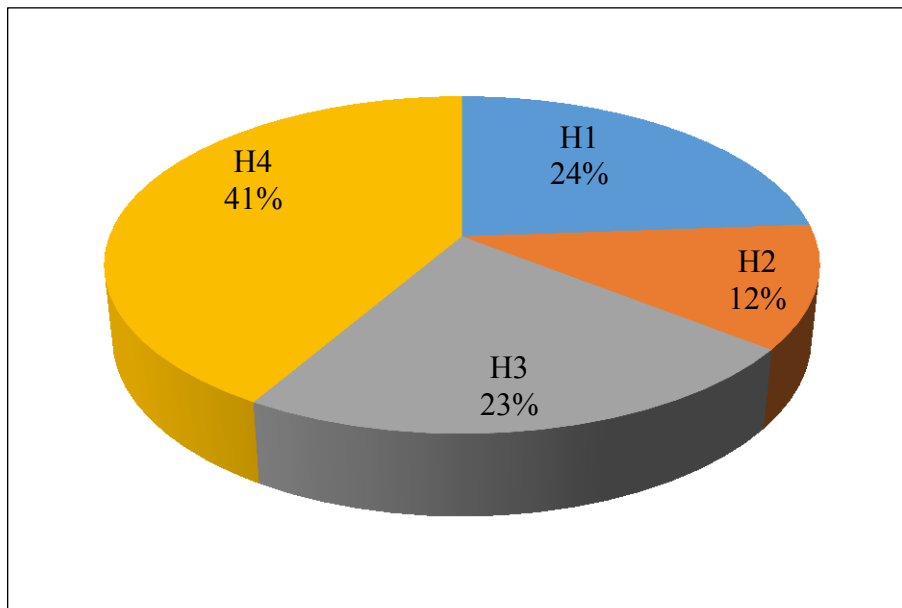
V rámci vyhodnocení dotazníku je zapotřebí si vysvětlit použité pojmy:

- **Počáteční stav** – Počátečním stavem se rozumí sledovaná data za měsíc březen, ve kterém neprobíhaly žádné reminiscenční terapie a je tedy statusem quo.
- **Konečný stav** – Konečným stavem rozumíme vyhodnocení zjištěných dat za období duben až říjen, kdy byly zjištěná data zprůměrovaná.
- **Změna** – Jedná se o rozdíl mezi konečným a počátečním stavem ve sledované oblasti.
- **Sledovaná oblast** – 7 měsíců, březen–říjen 2018.

7.1 Změny ve sledovaných oblastech

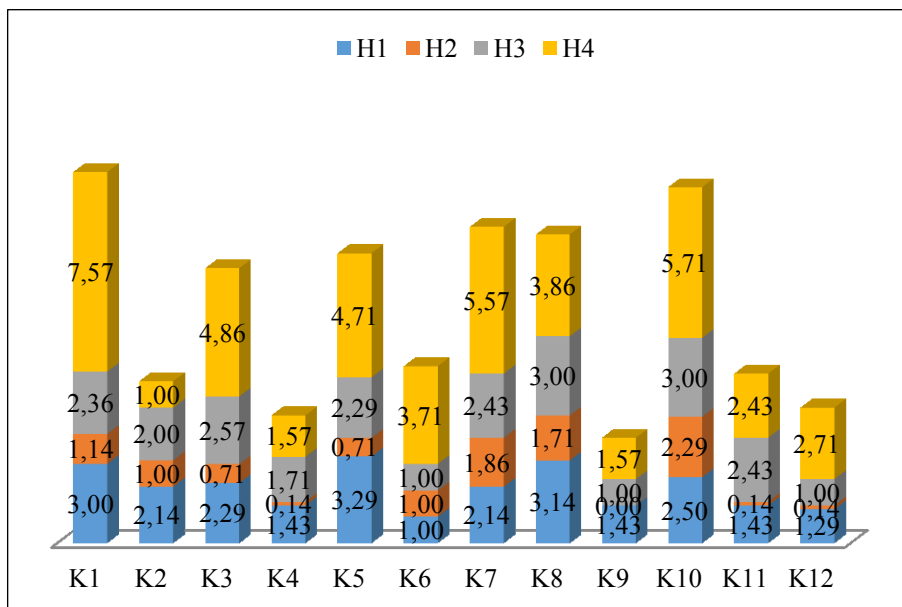
Výroky v níže uvedených tabulkách jsou rozčleněny dle jednotlivých hypotéz, které souvisí se sledovanou oblastí: duševní stav (H1), chuť k jídlu (H2), zájem o okolní dění (H3) a zájem o vlastní osobu (H4).

Z grafu č. 5 vyplývá, že v zájmu o vlastní osobu seniora došlo k největšímu zlepšení, a to o 41 % oproti počátečnímu stavu, následovala pak oblast duševního stavu, kdy došlo o 24 % ke zlepšení, oblast zájmu o okolní dění byla zlepšena o 23 % a poslední oblast stravování, resp. chuť k jídlu seniora, byla zvýšena o 12 %.



Graf 5 Přehled celkových změn ve sledovaných oblastech za všechny klienty

Graf č. 6 znázorňuje o kolik bodů v průměru, se změnila sledovaná oblast u konkrétního klienta. U klienta K1 došlo k nejvýznamnějšímu posunu, a to o 7,57 bodů v oblasti zájmu o vlastní osobu. Naopak U klienta K9 nedošlo k žádné změně (0,00 bodů) v oblasti stravování, resp. chuti k jídlu.



Graf 6 Přehled změn ve sledovaných oblastech u jednotlivých klientů

7.2 Změny u jednotlivých klientů

Z tabulky č. 15 vyplývá, že k největší změně u klienta K1 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 7,57 (výrok 5, 8 a 9). Naopak k nevýznamnému posunu došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 1,14 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	3,00	3,57	0,57
H1	2	3,00	3,93	0,93
H1	10	2,00	3,50	1,50
H2	3	3,00	3,43	0,43
H2	11	3,00	3,71	0,71
H3	4	3,00	3,43	0,43
H3	6	3,00	3,93	0,93
H3	7	3,00	4,00	1,00
H4	5	1,00	3,43	2,43
H4	8	2,00	3,71	1,71
H4	9	1,00	4,43	3,43

Tabulka 15 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K1

Z tabulky č. 16 vyplývá, že k významné změně u klienta K2 došlo v oblasti duševního stavu s celkovým součtem bodů 2,14 (výrok 1, 2 a 10). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování a zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 1,00 za každou oblast.

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	3,00	3,57	0,57
H1	2	3,00	4,29	1,29
H1	10	3,00	3,29	0,29
H2	3	3,00	3,71	0,71
H2	11	3,00	3,29	0,29
H3	4	2,00	2,43	0,43
H3	6	2,00	2,57	0,57
H3	7	2,00	3,00	1,00
H4	5	2,00	2,29	0,29
H4	8	2,00	2,29	0,29
H4	9	2,00	2,43	0,43

Tabulka 16 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K2

Z tabulky č. 17 vyplývá, že k významné změně u klienta K3 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 4,86 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 0,71 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	3,00	3,57	0,57
H1	2	3,00	4,00	1,00
H1	10	4,00	4,71	0,71
H2	3	3,00	3,43	0,43
H2	11	3,00	3,29	0,29
H3	4	3,00	4,29	1,29
H3	6	3,00	3,86	0,86
H3	7	4,00	4,43	0,43
H4	5	3,00	3,43	0,43
H4	8	3,00	4,86	1,86
H4	9	2,00	4,57	2,57

Tabulka 17 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K3

Z tabulky č. 18 vyplývá, že k významné změně u klienta K4 došlo v oblasti zájmu o okolní dění s celkovým součtem bodů 1,71 (výrok 4,6 a 7). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 0,14 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	2,00	2,14	0,14
H1	2	2,00	2,29	0,29
H1	10	1,00	2,00	1,00
H2	3	2,00	1,86	-0,14
H2	11	2,00	2,29	0,29
H3	4	2,00	1,71	-0,29
H3	6	1,00	2,29	1,29
H3	7	2,00	2,71	0,71
H4	5	2,00	2,43	0,43
H4	8	2,00	2,57	0,57
H4	9	2,00	2,57	0,57

Tabulka 18 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K4

Z tabulky č. 19 vyplývá, že k významné změně u klienta K5 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 4,71 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 0,71 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	4,00	4,57	0,57
H1	2	3,00	4,57	1,57
H1	10	3,00	4,14	1,14
H2	3	3,00	3,43	0,43
H2	11	3,00	3,29	0,29
H3	4	4,00	4,71	0,71
H3	6	4,00	5,00	1,00
H3	7	4,00	4,57	0,57
H4	5	3,00	4,29	1,29
H4	8	2,00	4,14	2,14
H4	9	3,00	4,29	1,29

Tabulka 19 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K5

Z tabulky č. 20 vyplývá, že k významné změně u klienta K6 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 3,71 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo ve zbylých třech oblastech: stravování, duševního stavu a zájem o okolní dění s celkovým součtem bodů 1,00 za každou oblast.

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	2,00	2,71	0,71
H1	2	3,00	3,43	0,43
H1	10	5,00	4,86	-0,14
H2	3	2,00	2,57	0,57
H2	11	2,00	2,43	0,43
H3	4	2,00	2,86	0,86
H3	6	2,00	2,57	0,57
H3	7	2,00	3,57	1,57
H4	5	2,00	2,43	0,43
H4	8	1,00	2,14	1,14
H4	9	1,00	3,14	2,14

Tabulka 20 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K6

Z tabulky č. 21 vyplývá, že k významné změně u klienta K7 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 5,57 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 1,86 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	2,00	2,71	0,71
H1	2	2,00	3,00	1,00
H1	10	4,00	4,43	0,43
H2	3	2,00	2,86	0,86
H2	11	2,00	3,00	1,00
H3	4	2,00	2,43	0,43
H3	6	1,00	2,00	1,00
H3	7	2,00	3,00	1,00
H4	5	1,00	2,43	1,43
H4	8	1,00	2,71	1,71
H4	9	1,00	3,43	2,43

Tabulka 21 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K7

Z tabulky č. 22 vyplývá, že k významné změně u klienta K8 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 3,86 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 1,71 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	2,00	2,86	0,86
H1	2	2,00	2,86	0,86
H1	10	2,00	3,43	1,43
H2	3	2,00	3,00	1,00
H2	11	2,00	2,71	0,71
H3	4	2,00	2,57	0,57
H3	6	1,00	2,57	1,57
H3	7	2,00	2,86	0,86
H4	5	2,00	2,86	0,86
H4	8	2,00	4,00	2,00
H4	9	2,00	3,00	1,00

Tabulka 22 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K8

Z tabulky č. 23 vyplývá, že k významné změně u klienta K9 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 1,57 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 0,00 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	4,00	4,57	0,57
H1	2	3,00	3,14	0,14
H1	10	3,00	3,71	0,71
H2	3	5,00	5,00	0,00
H2	11	5,00	5,00	0,00
H3	4	3,00	3,71	0,71
H3	6	5,00	4,86	-0,14
H3	7	4,00	4,43	0,43
H4	5	4,00	4,00	0,00
H4	8	5,00	5,00	0,00
H4	9	1,00	2,57	1,57

Tabulka 23 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K9

Z tabulky č. 24 vyplývá, že k významné změně u klienta K10 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 5,71 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 2,29 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	2,00	2,43	0,43
H1	2	2,00	3,29	1,29
H1	10	2,00	3,14	1,14
H2	3	1,00	2,14	1,14
H2	11	1,00	2,14	1,14
H3	4	2,00	2,57	0,57
H3	6	1,00	2,14	1,14
H3	7	1,00	2,29	1,29
H4	5	1,00	2,00	1,00
H4	8	1,00	3,14	2,14
H4	9	1,00	3,57	2,57

Tabulka 24 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K10

Z tabulky č. 25 vyplývá, že k významné změně u klienta K11 došlo ve dvou oblastech, a to oblast zájmu o okolní dění s celkovým součtem bodů 2,43 (výrok 4, 6 a 7) a oblast zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 2,43 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 0,14 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	3,00	3,29	0,29
H1	2	3,00	4,29	1,29
H1	10	3,00	2,86	-0,14
H2	3	4,00	4,14	0,14
H2	11	4,00	4,00	0,00
H3	4	3,00	3,57	0,57
H3	6	3,00	4,14	1,14
H3	7	3,00	3,71	0,71
H4	5	2,00	2,29	0,29
H4	8	2,00	2,57	0,57
H4	9	1,00	2,57	1,57

Tabulka 25 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K11

Z tabulky č. 26 vyplývá, že k významné změně u klienta K12 došlo v oblasti zájmu o vlastní osobu s celkovým součtem bodů 2,71 (výrok 5,8 a 9). Naopak k nevýznamné změně došlo v oblasti stravování s celkovým součtem bodů 0,14 (výrok 3 a 11).

Hypotéza	Číslo výroku	Počáteční stav	Konečný stav	Absolutní rozdíl
H1	1	4,00	4,14	0,14
H1	2	4,00	4,29	0,29
H1	10	3,00	3,86	0,86
H2	3	4,00	4,29	0,29
H2	11	4,00	3,86	-0,14
H3	4	4,00	4,14	0,14
H3	6	4,00	4,43	0,43
H3	7	3,00	3,43	0,43
H4	5	3,00	3,43	0,43
H4	8	3,00	4,29	1,29
H4	9	3,00	4,00	1,00

Tabulka 26 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K12

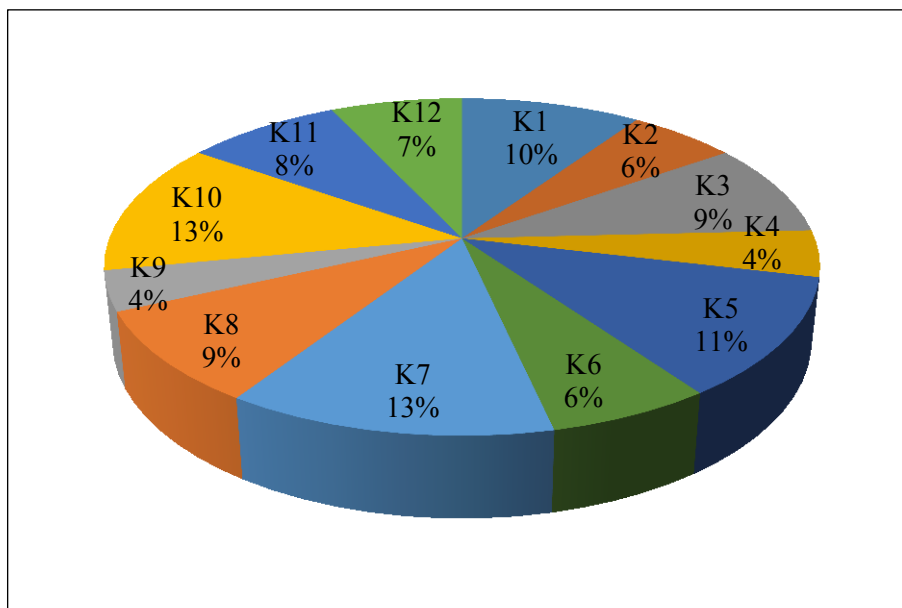
7.3 Platnost hypotéz

V tabulce č. 27 je uveden přehled součtu bodů u jednotlivých klientů ve sledované oblasti. Tento přehled bude zdrojem dat pro výpočet síly lineárního vztahu mezi jednotlivými proměnnými.

Klient	Počty terapií	Součet všech bodů u výroků pro danou hypotézu			
		H1 (výroky 1,2,10)	H2 (výroky 3,11)	H3 (výroky 4,6,7)	H4 (výroky 5,8,9)
K1	15	3,00	1,14	2,36	7,57
K2	9	2,14	1,00	2,00	1,00
K3	14	2,29	0,71	2,57	4,86
K4	7	1,43	0,14	1,71	1,57
K5	18	3,29	0,71	2,29	4,71
K6	10	1,00	1,00	1,00	3,71
K7	20	2,14	1,86	2,43	5,57
K8	14	3,14	1,71	3,00	3,86
K9	6	1,43	0,00	1,00	1,57
K10	20	2,50	2,29	3,00	5,71
K11	13	1,43	0,14	2,43	2,43
K12	11	1,29	0,14	1,00	2,71

Tabulka 27 Celkový přehled bodů u klientů ve vztahu ke sledovaným oblastem

Níže uvedený graf č. 7 uvádí procentuální podíl realizovaných reminiscenčních terapií u jednotlivých klientů ve sledovaném období na celkovém počtu všech realizovaných reminiscenčních terapií. Nejméně terapií 4 % (tj. 6 terapií) proběhlo u klienta K9, nejvíce terapií 13 % (tj. 20 terapií) proběhlo shodně u klienta K7 a K10. Celkem proběhlo 157 terapií, v průměru 13 terapií na jednoho klienta.



Graf 7 Přehled o realizovaných reminiscenčních terapiích u jednotlivých klientů ve sledovaném období

V rámci výzkumu jsme zjišťovali závislost proměnných a těsnost této závislosti. Personův korelační koeficient je statistický ukazatel síly lineárního vztahu mezi párovými daty. Pearsonova korelace byla použita k určení vztahu mezi 12 párovými hodnotami: počet realizovaných terapií u jednotlivých klientů a výsledky v rozdílech bodů ve sledovaných oblastech mezi počátečním a konečným stavem. Pro verbální vyjádření síly korelace užijeme Evansovu příručku (Mareš et. al, 2015), kterou navrhl pro absolutní hodnotu korelace.

Pro sledovanou oblast Duševního stavu seniora (hypotéza H1) a počtu realizovaných reminiscenčních terapií **byla zjištěna střední pozitivní korelace** ($r=0,55$, $N=12$, $p=0,028$).

Pro sledovanou oblast Chutě k jídlu seniora (hypotéza H2) a počtu realizovaných reminiscenčních terapií **byla zjištěna silná pozitivní korelace** ($r=0,73$, $N=12$, $p=0,007$).

Pro sledovanou oblast Zájmu o okolní dění seniora (hypotéza H3) a počtu realizovaných reminiscenčních terapií **byla zjištěna silná pozitivní korelace** ($r=0,72$, $N=12$, $p=0,008$).

Pro sledovanou oblast Zájmu o vlastní osobu seniora (hypotéza H4) a počtu realizovaných reminiscenčních terapií **byla zjištěna silná pozitivní korelace** ($r=0,79$, $N=12$, $p=0,002$).

Hodnota vícenásobného korelačního koeficientu, hodnotícího všechny faktory dohromady, tj. vztah mezi počty realizovaných reminiscenčních terapií a získaných bodů ve sledovaných oblastech, vyjadřuje **velmi silnou pozitivní korelaci** ($r=0,88$, $N=12$, $p=0,019$).

Prostřednictvím kvantitativního výzkumu se podařilo potvrdit, že aplikace reminiscenční terapie má nezanedbatelný účinek na duševní stav seniora se zvýšenou závislostí na péči, jeho chuť k jídlu, zájem o okolní dění a jeho vlastní osobu (viz tabulka č. 28).

H1	$r=0,55$	$N=12$	$p=0,028$
H2	$r=0,73$	$N=12$	$p=0,007$
H3	$r=0,72$	$N=12$	$p=0,008$
H4	$r=0,79$	$N=12$	$p=0,002$

Tabulka 28 Výsledky Personovy korelace

8 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

Předložený výzkum se týkal využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou mírou závislosti na péči. Cílem bylo popsat průběh a dopad realizace reminiscenční terapie u vytipovaných klientů.

Do případové studie bylo zahrnuto celkem 12 osob, které vykazovali vysokou závislost na péči ve všech sledovaných ukazatelích současně (ADL, IADL, MMS, příspěvek na péči). Jednalo se převážně o klienty, kteří měli snížené kognitivní schopnosti, v důsledku toho byli neorientovaní nebo částečně orientováni časem, místem, osobou a situací a měli snížení komunikační dovednosti. Spolupráce těchto osob na realizování výzkumu byla pasivní, výzkumná data byla zajištěna formou pozorování, analýzou dokumentů a prostřednictvím dotazování pečujícího personálu.

Za sledované období 3-4/2018 bylo realizováno celkem 157 terapií, tj. 51 hodin pozorování, v průměru na 1 klienta 13 terapií, 4,5 hodiny pozorování.

V rámci případových studií bylo zjištěno, že klienti velmi dobře reagují na reminiscenční terapie, které vycházejí z jejich biografie. Pozorováním bylo zjištěno, že klienti mnohem aktivněji reagují, pokud jsou předkládány stimulatory, které jsou osobní povahy, vycházejí z biografie seniora nebo mohou při terapii zapojit více smyslů najednou a lépe tak absorbovat podněty. Z tohoto zjištění vychází i poznatek, že nejčastěji používanou technikou v rámci všech reminiscenčních terapií bylo užívání reminiscenčního předmětu, který stimuluje všechny smysly jedince. Následuje pak samotná smyslová terapie, která byla zaměřena zejména na vizuální a auditivní stimulaci.

Prostřednictvím pozorování průběhu reminiscenčních terapií a bezprostředně po jejich ukončení bylo zaznamenáno, že u všech klientů došlo k pozitivní změně nejčastěji ke zklidnění nebo ke zlepšení komunikačních nebo kognitivních schopností. Oblasti, ve kterých došlo k výrazné pozorovací změně, byly rozděleny do čtyř základních sledovaných oblastí: duševní stav, chuť k jídlu, zájem o okolní dění a zájem o vlastní osobu.

Analýzou dokumentů bylo potvrzeno, že ve sledovaných oblastech došlo během reminiscenční terapie k pozitivním změnám. Analýzou nutričních dokumentů bylo zjištěno, že u 11 % klientů došlo ke zlepšení chuti k jídlu a v průměru došlo ke zvýšení množství přijaté stravy o 18 %. Analýzou dokumentů Záznamů o realizované péči se potvrdilo, že se zvýšil

počet realizovaných volnočasových aktivit u klientů v průměru o 18 %. U klienta K10 dokonce o 46 %. Vždy byl porovnáván počáteční stav s konečným stavem.

Do dotazníkového šetření bylo zapojeno 7 zaměstnanců, kteří realizovali reminiscenční terapie u výzkumného vzorku 12 klientů. Respondenti odpovídali každý měsíc v průběhu sedmiměsíčního období na 11 otázek, zaměřených na obodování sledovaných kritérií vztahující se opět k duševnímu stavu, chuti k jídlu, zájmu o okolní dění a zájmu o vlastní osobu. Bylo tak získáno dostatečné množství relevantních dat k jednotlivým klientům, které validují výsledky z kvalitativního výzkumu. Zájem o vlastní osobu seniora byl zvýšen o 41 %, duševní stav o 24 %, zájem o okolní dění o 23 % a chuť k jídlu zvýšena o 12 % oproti počátečnímu stavu.

Korelačním koeficientem se nám potvrdila střední až silná pozitivní korelace mezi jednotlivými sledovanými oblastmi a počtem realizovaných terapií.

Shrnutím všech výsledků z kvalitativního a kvantitativního výzkumu můžeme přijmout závěry, že počet realizovaných reminiscenčních terapií má účinek na zlepšení duševního stavu, chuti k jídlu, zájmu o okolní dění a zájmu o vlastní osobu seniora se zvýšenou závislostí na péči.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Senioři se zvýšenou závislostí na péči jsou specifickou klientelou pobytových zařízení. Především z důvodu nemoci a ztráty pohybových schopností jsou odkázáni na vysokou míru podpory a pomoci ze stran personálu. Často jsou u nich snižené kognitivní a komunikační schopnosti, které tvoří vážné předpoklady pro vznik izolačního syndromu, riziku ztráty vlastního sebepojetí a seberealizace.

Realizace reminiscenční terapie u osob s nedostatečnými komunikačními a kognitivními schopnostmi, není možno provádět klasickým způsobem, tj. skupinovou formou, která se realizuje nejčastěji „debatním kroužkem.“

V rámci výzkumného šetření bylo potvrzeno, že nejlepším způsobem efektivní realizace reminiscenční terapie je pro všechny seniory, kteří jsou závislí na péči, využití **smyslové reminiscence**. Propojení smyslové stimulace a reminiscenční terapie stimuluje k dvojnásobnému efektu vycházející z propojení dvou rozdílných terapií. Zapojením alespoň dvou smyslů (zrak/sluch, hmat/sluch, zrak/čich aj. kombinace) spolu s reminiscenčním podnětem vycházející z autobiografie klienta (nejlépe z profese nebo ze zájmové činnosti) vzniká smyslová reminiscence.

Smyslovou reminiscenci přijímají klienti přirozeně, se zájmem, s následným otevřením k realizaci reminiscence. Lze konstatovat, že působením smyslové reminiscence dochází u seniora nejen k aktivizaci smyslové soustavy, k nabuzení nervové soustavy a k nabuzení procesu vzpomínání, ale i:

- ke zlepšení duševního stavu,
- ke zvýšení chutě k jídlu,
- ke zvýšení zájmu o okolní dění,
- ke zvýšení zájmu o vlastní osobu.

Pro praxi lze doporučit, aby terapeutické činnosti v domovech pro seniory byly převážně zaměřeny na reminiscenční terapii formou smyslovou aktivizace s prvky biografie. Obě terapie lze realizovat prostřednictvím multismyslových a reminiscenčních místností, reminiscenčních boxů, ojediněle mobilních snoezelenů. Předměty používané pro stimulaci, by měly být integrovány do terapie se znalostmi autobiografie klienta. Důležitý je výběr vhodnosti druhu smyslových podnětů k aktivaci u konkrétního uživatele. Obsahovost a způsob samotné aktivace s cílem provedení reminiscenční terapie, klade na terapeuta vyso-

kou míru znalosti biografie samotného jedince. Spojením reminiscenční a smyslové terapie do tzv. **smyslové reminiscence**, lze očekávat zapojení širšího okruhu klientů do reminiscenčního procesu.

V rámci doporučení pro praxi navrhuje:

- 1. Zavést u každého klienta v pobytové sociální službě autobiografický dotazník** jako zdroj jeho rituálů, zvyků pro individuální péči s možným zavedením reminiscenční terapie v budoucnu.
- 2. Vždy zavést reminiscenční terapii** u seniorů se sníženými kognitivními a komunikačními schopnostmi.
- 3. Při realizaci reminiscenční terapie u seniorů vždy vycházet z autobiografických dotazníků**, zejm. z informací týkající se povolání a rodiny.
- 4. U seniorů se sníženými kognitivními a komunikačními schopnostmi realizovat reminiscenční terapii prostřednictvím smyslů**, tzv. smyslovou reminiscenci.
- 5. U seniorů s vysokou ztrátou kognitivních funkcí realizovat smyslovou reminiscenci stěžejně pomocí hmatu.**
- 6. Pro zvýšení chutě k jídlu realizovat u seniorů se zvýšenou závislostí na péči smyslovou reminiscenci.**
- 7. Pro zvýšení zájmu o vlastní osobu realizovat u seniorů se zvýšenou závislostí na péči smyslovou reminiscenci.**
- 8. Pro zvýšení zájmu o okolní dění realizovat u seniorů se zvýšenou závislostí na péči smyslovou reminiscenci.**
- 9. Smyslovou reminiscenci provádět opakovaně a dlouhodobě pro získání většího efektu u seniorů se zvýšenou závislostí na péči.**
- 10. Smyslovou reminiscenci zavést u seniorů, kteří nejsou ještě závislí na péči v plné nebo částečné míře již jako prevenci.**

ZÁVĚR

Senioři se zvýšenou závislostí na péči jsou zranitelnou skupinou uživatelů pobytových služeb. Z důvodu snížení kognitivních a komunikačních schopností, odkázanosti na péči a ústavním prostředím jsou ohroženi ztrátou vlastní identity, seberealizace a smysluplnosti života. Snahou personálu by mělo být realizace péče takovým způsobem, aby se senior cítil bezpečně, rovnoprávně a hodnotně. K tomu mohou pracovníci využít několik nástrojů. Jedním z nich je i reminiscenční terapie. Tato terapie se snaží pomocí vzpomínek zaktivizovat seniora, najít ztracený smysl života a zkvalitnit prožívání. Reminiscence (lat. vzpomínání) je činnost, která zejména v seniorském věku je velmi přínosná pro svou nenáročnost a smysluplnost.

Tématem rigorózní práce byla reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou závislostí na péči. Snahou práce bylo popsat využití reminiscenční terapie u seniorů se zvýšenou závislostí na péči. Popsat průběh a dopad realizace reminiscenční terapie na klienta se zvýšenou mírou závislosti na péči. Identifikovat oblasti, které jsou prostřednictvím reminiscenční terapie u klienta se zvýšenou mírou závislosti na péči ovlivňovány. Charakterizovat nejčastěji užívané techniky v rámci reminiscenční terapie u klienta se zvýšenou mírou závislosti na péči.

Při tvorbě teoretické části bylo východiskem studium odborné literatury a s pomocí získaných informací jsme se snažili proniknout do problematiky tématu. Zabývali jsme se těžkostmi i zlepšením kvality života starých lidí, stárnutím a stářím. Jedna z kapitol byla zaměřena na vysvětlení pojmu závislost na péči a měření její míry. Následné dvě kapitoly teoretické části byly věnovány popisu reminiscenční terapie a vybraným technikám. V empirické části byly pomocí strategie smíšeného výzkumu, a to kvalitativní metody případové studie a kvantitativní metody prostřednictvím dotazníků získávány poznatky k stanovení praktických závěrů. Stěžejní metodou sběru dat se stalo zúčastněné pozorování u klientů, splňující základní předpoklady, a to závislost na péči a ochotu realizace reminiscenční terapie. Zúčastněné pozorování probíhalo na každé reminiscenční terapii v průběhu výzkumného šetření. Druhou kvalitativní metodou byla analýza dokumentů, která tvořila významný pilíř pro vypracování případových studií. Kvantitativní metodou bylo vyhodnocení strukturovaných dotazníků s pracovníky, kteří realizovali reminiscenční terapie. Interpretace výsledků byla pro lepší přehled rozdělena na interpretaci dat z kvalitativního a následně z kvantitativního výzkumu. Nejprve byly stručně popsány kazuistiky seniorů,

jejich míra závislosti na péči, úroveň kognitivních funkcí a mobility. Zároveň jsme se snažili o popsání jejich krátkého životního příběhu. Následně jsme navázali popsáním stěžejních bodů realizované reminiscenční terapie uvedených v záznamových listech a pomocí analýzy záznamů z realizace prováděné reminiscenční terapie jsme zhodnotili a popsali výsledek realizované terapie a účinek na sledované oblasti u seniora, a to oblast duševního zdraví, oblast chutě k jídlu, oblast zájmu o okolní dění a poslední oblast zájmu o vlastní osobu. Zjištěné výsledky jsme porovnali s vyhodnocenými dotazníky, které porovnávaly počáteční stav (období, kdy nebyla realizovaná reminiscenční terapie u seniora) s konečným stavem (období 7 měsíců, kdy byla reminiscenční terapie u seniora realizována). Rozdíl mezi těmito stavy byl bodově vyjádřen a pomocí statistických výpočtů změřena závislost na počtu realizovaných terapií.

Na základě kvalitativního výzkumu jsme došli k závěrům, že autobiografický dotazník a znalost základních informací z kazuistik klienta jsou podstatnými zdroji pro realizaci reminiscenční terapie pracovníky. Jednotlivé informace o klientech jsou natolik individuální, že nelze stanovit obecný, platný postup realizace reminiscenční terapie. Ze zúčastněného pozorování během realizace reminiscenční terapie lze konstatovat, že se klient aktivněji zapojuje do terapie, která přímo souvisí s jeho zájmy nebo profesí a při které dochází ke stimulaci dvou nebo více smyslových orgánů najednou. Po ukončení terapeutického setkání a celé terapie bylo skoro vždy na klientovi znát zesílený pocit spokojenosti s průběhem poskytované služby. Kvantitativním výzkumem bylo potvrzeno, že reminiscenční terapie má vliv na zlepšení duševního stavu seniora, zvýšení chutě k jídlu, zvýšení zájmu o okolní dění a o jeho osobu.

Na základě výzkumných šetření bylo zjištěno, že nejvhodnější metodou k provádění reminiscenční terapie je smyslová reminiscence. Pojem smyslová reminiscence, který jsme použili z důvodu jasného a výstižného označení terapie, zahrnuje v sobě použití dvou terapií v daný okamžik, a to smyslové stimulace a reminiscenční terapie. **Smyslová reminiscence je terapie zaměřená na reminiscenci klienta pomocí smyslových stimulů.**

Uvedené zjištění a jeho ověření v praxi u samotných pracovníků je pro zařízení, ve kterém byl výzkum realizován, podstatným podnětem pro další intenzivnější zaměření na klienty se zvýšenou závislostí na péči při práci s autobiografickými dotazníky a realizaci reminiscenční terapie.

Pojem a metodu smyslové reminiscence je vhodné zavést plošně mezi stávající terapie, které jsou vhodné pro seniory se sníženým vnímáním.

Uvedené hypotézy ve výzkumu se nám podařilo potvrdit, proto výzkum hodnotíme jako vyhovující. Výsledky rigorózní práce mohou být přínosem pro další a odbornější zpracování dané problematiky a pro další obdobná zařízení zabývající se péčí o seniory se zvýšenou závislostí na péči. Pokud práce najde uplatnění a zlepší kvalitu života i jen ojediněle, máme za to, že splnila své poslání, např. v zařízení, ve kterém byl výzkum proveden, připravují zavedení koncepce smyslové reminiscence. Zároveň bude tato zkušenost předána spolupracujícímu partnerskému zařízení Zariadenie pre seniorov Náruč v Prešově, které má rovněž v úmyslu zavést tuto metodu mezi své klienty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AGRONIN, Marc E. a Gabe J. MALETTA. *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2006. ISBN 0-7817-4810-0.

AMES, David. *Guide to the psychiatry of old age*. New York: Cambridge University Press, 2010. Cambridge medicine. ISBN 978-0-521-68191-9.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-726-2175-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-x.

BENDER, Mike, Paulette BAUCKHAM a Andrew NORRIS. *The therapeutic purposes of reminiscence*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 1999. ISBN 978-08-039-7642-9.

CRESS, Cathy, Jo. *Handbook of Geriatric care management*. United STATES: Cram 101, 2013. ISBN 978-14-902-6929-0.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČSÚ. Český statistický úřad. *Seniori v česku*. [online]. [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a4>

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DOMOV LETOKRUHY, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE. *Reminiscenční místnost* [online]. Copyright © [cit. 18.03.2019].

Dostupné z: http://www.domov-letokruhy.cz/evt_image.php?img=651.

DOMOV ODRY. *Domů - Domov Odry* [online]. Copyright © [cit. 18.03.2019]. Dostupné z: <http://www.ddodry.cz/poskytovane-sluzby/animacni-cinnosti/>

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

GLASSER, William. *Terapie realitou: o uspokojování potřeb a nalézání skutečného vztahu k realitě*. Praha: Portál, 2001. Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8493-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 80-736-7040-2.

HOLMEROVÁ, Iva. Aktivní stárnutí. Strategie Světové zdravotnické organizace. In: *Česká geriatrická revue*, č. 39, 2006, 2005s. 164. ISSN: 1214-0732.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie: základní metody a aplikace*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva a Jitka SUCHÁ. Reminiscenční terapie. In: *Praktický lékař*. 2003, č. 83, s. 295-297. ISSN: 0032-6739.

JANEČKOVÁ, Hana, Iva HOLMEROVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Eva DRAGOMIRECKÁ. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů-využití kvantitativních a kvalitativních metod. In: *Česká geriatrická revue*. 2007, č. 3. ISSN: 1212-7299.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

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

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2472-454-6.

JURÁSKOVÁ, Dana. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. Praha: EuroProfis, 2007. ISBN 978-80-239-8838-3.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-8591-226-0.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80 -247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4721-699.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2006a. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. [online]. [cit. 2018-09-18]. Dostupné z: <http://www.kpss.brno.cz/download/osp/1197449279.doc>

LANGMEIER, Jiří a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195 -X.

MAŇÁK, Josef, Štefan ŠVEC a Vlastimil ŠVEC, ed. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. Pedagogický výzkum v teorii a praxi. ISBN 80-210-3802-0.

MAREŠ, Petr, Ladislav RABUŠIC a Petr SOUKUP. *Analýza sociálněvědních dat (nejen) v SPSS*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-6362-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009 : abecední seznam. Praha: Bomton Agency, 2009. ISBN 978-8090-425-91-0.

MINAŘÍKOVÁ, Petra. 2008. Imobilizační syndrom. *Sestra*, roč. 18, č. 9, s. 17 -19. ISSN 1213 - 2330.

MLÝNKOVÁ, Jana. Rizika dlouhodobého pobytu seniora na lůžku: Imobilizační syndrom. In: *Sociální péče*, 2009, č. 2, s. 17 – 19. ISSN 1213 – 2330.

MOTLOVÁ, Lenka. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. In: *Odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. 2007, č. 2. ISSN 1804-7122. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2007/481-autonomie-nezavislost-a-uspokojovani-potreb-osob-vyssiho-veku>

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

NAY, Rhonda a Sally Garratt. *Older people issues and innovations in care*. 3. vyd. Chatswood, NSW:Churchill Livingston Elsevier, c2009. ISBN 978-07-295-3898-5.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. In: *Sociální služby*. 2010, č. 3. ISSN 1803-7348.

PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

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

VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

Vyhláška č. 284/1995 Sb., prováděcí zákon o důchodovém pojištění v platném znění.

WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activity daily liviny.
CD	Compact disk.
Dr.	Doktor
DPS	Domov pro seniory.
DVD	Digital versatile disc.
EFTA	Evropské sdružení volného obchodu.
EU27	Dvacet sedm států Evropské Unie.
IADL	Instrumental activities daily living
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí.
MMSE	Mini mental state exam.
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.
ORL	Otorinolaryngologie.
Sb.	Sbírka.
SLDB	Sčítání lidu, domů a bytů.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Index stáří v zemích EU24 a EFTA v roce 2011. Zdroj: ČSÚ.....	14
Obrázek 2 Maslowova pyramida potřeb. Zdroj: Wikipedie	16
Obrázek 3 Reminiscenční kufřík. Zdroj: DPS Kamenec	36
Obrázek 4 Snoezelen místnost. Zdroj: DPS Kamenec	37
Obrázek 5 Reminiscenční místnost. Zdroj: Domov Letokruhy.....	39
Obrázek 6 Reminiscenční zahradní koutek. Zdroj: Domov Odry	40
Obrázek 7 Reminiscenční pokoj v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec	52
Obrázek 8 Selská jizba v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec	52
Obrázek 9 Reminiscenční zákoutí v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec	53
Obrázek 10 Snoezelen v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec.....	53
Obrázek 11 Reminiscenční zákoutí v DPS Kamenec. Zdroj: DPS Kamenec	54
Obrázek 12 Využití terapeutické panny u klienta K1. Zdroj: DPS Kamenec	62
Obrázek 13 Klient K2 při použití mobilního snoezelenu. Zdroj: DPS Kamenec.....	64
Obrázek 14 Klientka K3 s osobním reminiscenčním kufříkem. Zdroj: DPS Kamenec	66
Obrázek 15 Klientka K4 s terapeutickou pannou. Zdroj: DPS Kamenec.....	68
Obrázek 16 Klientka K5 v reminiscenční místnosti. Zdroj: DPS Kamenec.....	70
Obrázek 17 Reminiscenční terapie s canisterapeutickým psem u klienta K7. Zdroj: DPS Kamenec.....	74
Obrázek 18 Reminiscenční terapie s terapeutickou pannou u klientky K11. Zdroj: DPS Kamenec.....	80

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled klientů dle stanovených kategorií.....	46
Tabulka 2 Přehled průměrných hodnot sledovaných kritérií u vybraného vzorku.....	46
Tabulka 3 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klientky K1	63
Tabulka 4 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K2	65
Tabulka 5 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K3	67
Tabulka 6 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K4	69
Tabulka 7 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K5	71
Tabulka 8 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K6	73
Tabulka 9 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K7	75
Tabulka 10 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K8	76
Tabulka 11 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K9	77
Tabulka 12 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K10	79
Tabulka 13 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K11	81
Tabulka 14 Přehled realizace reminiscenčního setkání u klienta K12	81
Tabulka 15 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K1.....	88
Tabulka 16 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K2.....	88
Tabulka 17 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K3.....	89
Tabulka 18 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K4.....	89
Tabulka 19 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K5.....	90
Tabulka 20 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K6.....	90
Tabulka 21 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K7.....	91
Tabulka 22 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K8.....	91
Tabulka 23 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K9.....	92
Tabulka 24 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K10.....	92
Tabulka 25 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K11.....	93
Tabulka 26 Výsledky aplikace reminiscenční terapie u klienta K12.....	93
Tabulka 27 Celkový přehled bodů u klientů ve vztahu ke sledovaným oblastem.....	94
Tabulka 28 Výsledky Personovy korelace.....	96

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Přehled realizovaných reminiscenčních technik za sledované období.....	83
Graf 2 Přehled změn v pozorovaných oblastech u všech klientů dle Záznamových listů k průběhu pozorování	84
Graf 3 Přehled o změně množství přijaté stravy u klientů ve sledovaném období dle Nutričních záznamů o příjmu stravy oproti počátečnímu stavu.....	85
Graf 4 Přehled o změně počtu realizovaných volnočasových aktivit u klientů ve sledovaném období dle Záznamů o realizaci péči oproti počátečnímu stavu	85
Graf 5 Přehled celkových změn ve sledovaných oblastech za všechny klienty	87
Graf 6 Přehled změn ve sledovaných oblastech u jednotlivých klientů	87
Graf 7 Přehled o realizovaných reminiscenčních terapiích u jednotlivých klientů ve sledovaném období.....	95

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I. Dotazník ADL.....	114
PŘÍLOHA P II. Dotazník IADL.....	115
PŘÍLOHA P III. Dotazník MMS.....	116
PŘÍLOHA P IV. Autobiografický dotazník.....	117
PŘÍLOHA P V. Posouzení péče o vlastní osobu a soběstačnost.....	122
PŘÍLOHA P VI. Záznamový list k průběhu reminiscenční terapie.....	124
PŘÍLOHA P VII. Dotazník pro zaměstnance.....	125

PŘÍLOHA P I. DOTAZNÍK ADL

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

PŘÍLOHA P II. DOTAZNÍK IADL

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0

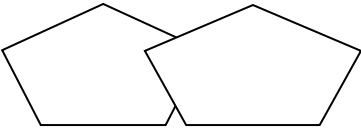
Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů – závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů – nezávislý

PŘÍLOHA P III. DOTAZNÍK MMS

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí? (pokoji?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta, například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl).</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 1 1 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

PŘÍLOHA P IV. AUTOBIOGRAFICKÝ DOTAZNÍK

Biografický dotazník pana/paní -

Vámi poskytnuté informace budou sloužit pouze pro potřeby zaměstnanců za účelem poskytnutí péče, která bude odpovídat Vaším zvyklostem a potřebám. Naše zařízení pracuje s konceptem bazální stimulace, biografického modelu péče, smyslové stimulace a paliativní péče. Jedná se o koncepty a metody, které mají podstatný vliv na zkvalitnění a důstojné prožívání stáří.

Budeme rádi, když vyplníte všechny otázky. Vaše odpovědi jsou důvěrné a my s nimi budeme nakládat v souladu s platnými zákony o ochraně osobních údajů.

Dětství	
V jakém městě jste se narodil/a (doma, nemocnice, město) a kde jste prožil/a dětství? (domek, byt, jiné město...)	
Jak se jmenovali Vaši rodiče? Kde pracovali?	
Ke komu jste měl/a v dětství nejbližší?	
Máte sourozence, kolik a jak se jmenují?	
Museli jste se starat o sourozence?	
Jaký je Váš mateřský jazyk?	
Měli jste doma nějaká zvířata? Máte k nim vztah?	
Jaké jste měl/a zvláštní vlastnosti (co říkala maminka, tatínek, kamarádi)?	
Jaké jste měl/a zvláštní nadání/zručnost?	
Měli jste oblíbené dítě/kamaráda (jméno apod.)?	
Jaké bylo v dětství Vaše oblíbené jídlo, pití? Co jste naopak neměl/a ráda?	
Jaká byla Vaše oblíbená vůně? (vzpomínky)	
Jaká byla Vaše oblíbená píseň, hudba? (vzpomínky)	
Vzpomínáte si na krajinu domova - oblíbený pohled...?	
Jaká byla Vaše oblíbená dětská činnost? (hry)	
Jaká byly Vaše povinnosti doma? (pomáhání rodičům...)	
Vzpomenete si, do jaké školy jste chodil/a? Na jméno učitele, oblíbený předmět, počet let?	
Měl/a jste další vzdělávání - např. jazyky, kroužky hodiny náboženství apod.?	
Co Vám rodiče dovolili dělat ve volném čase?	
Co Vám rodiče zakazovali dělat ve volném čase?	
Jaká byla v rodině výchova?	
Jaké byly Vaše koníčky, záliby?	
Na co ještě rád/a vzpomínáte?	
Je něco, o čem nechcete mluvit?	

Mládí	
Kam jste docházel/a dále do školy? (gymnázium...) Měl/a jste oblíbený předmět, cizí jazyk... a naopak?	
Jaká byla Vaše volba studia nebo povolání? Vybral/a jste si sám/sama?	
Pamatujete si, kdy jste ukončil/a studium?	
Měl/a jste nějaké povinnosti?	
Co pro Vás znamenal pojem svoboda?	
Byl někdo Vaším vzorem, idolem?	
Byl/a jste aktivní např. ve svazech, sportu, kultuře, trampingu apod.?	
Vzpomínáte si na první lásky?	
Jezdil/a jste rád/a na výlety?	
Na co ještě rád/a vzpomínáte?	
Je něco, o čem nechcete mluvit?	
Dospělost	
Kde jste byl/a zaměstnán/a? Bavilo Vás Vaše povolání? Jaké máte tituly?	
Jaké jste měl/a povinnosti, pracovní úkoly?	
Jaká byla Vaše svatba?	
Jak se jmenuje Váš manžel/ka či partner/ka a kde byl/a zaměstnán/a?	
Máte děti? Kolik, jak se jmenují? Kde pracují?	
Navázal/a jste nová přátelství?	
Kde jste v dospělosti žil/a v domku nebo bytě? Ve městě nebo na vesnici (jméno)?	
Jak jste trávil/a volný čas, co Vás bavilo? (výlety, kultura, sport, zájmy, politika apod.)	
Kde jste trávil/a svou dovolenou? Kde se Vám líbilo nejvíce?	
Nastaly ve Vašem dospělém životě nějaké zdravotní problémy?	
Na co ještě rád/a vzpomínáte?	
Je něco, o čem nechcete mluvit, nějaké téma, které je Vám nepříjemné?	
Stáří	
Vzpomenete si, kdy jste odešel do důchodu?	
Byla to pro Vás pozitivní změna?	
Přišly s odchodem do důchodu jiné povinnosti, úkoly?	
Měl/a jste na trávení důchodu nové plány?	
Zůstaly Vaše kontakty s přáteli zachovány?	
Jak jste trávil/a obvykle volný čas?	
Když se ohlédnete zpět, které období Vašeho života bylo nejšťastnější?	
Na co rád/a vzpomínáte?	
Nastaly ve Vašem životě nějaké změny, zdravot-	

ní problémy, omezení?	
Co bylo pro Vás v životě nejobtížnější?	
Komu nyní nejčastěji voláte, s kým udržujete kontakt?	
Chodíte rád/a na procházky sám/a či s doprovodem?	
Jakými předměty se rád/a obklopujete?	
Kdo je pro Vás nyní nejbližší osoba?	
Prožil/a jste v poslední době nějaký důležitý zážitek?	
Řešíte nyní nějaký pro Vás důležitý problém?	
Obáváte se, co přinese budoucnost?	
Je něco, o čem nechcete mluvit?	
Současnost – zájmy, rituály, aktivity	
Jaký je Váš oblíbený herec, zpěvák.....?	
Máte rád/a filmy a seriály? Jaký TV kanál preferujete?	
Jste sběratel/ka?	
Máte rád/a společnost? Povídáte si rád/a?	
Co Vám dělá radost?	
Hrajete na hudební nástroj?	
Jakou hudbu máte rád/a a jaké písničky?	
Jste manuálně zručný/á?	
Hrajete společenské hry?	
Máte rád/a zvířata?	
Máte vztah k moderní technice?	
Preferujete nějakou vůni? Jakou?	
Máte zájem o návštěvy pedikérky a kadeřníka?	
Máte raději v místnosti chladněji nebo tepleji?	
Chcete přes den větrat?	
Máte nějaké denní rituály?	
Jaké jsou Vaše spirituální potřeby?	
Chcete mít v pokoji hodiny nebo hodinky?	
Na které ruce jste zvyklý/á nosit hodinky?	
Jste zvyklý/á na nošení šperků?	
Používáte mobilní telefon?	
Jste zvyklý/á během dne poslouchat hudbu?	
Přes den máte raději přítmí anebo plné světlo?	
Které věci chcete mít v dosahu? (hůl, telefon aj.)	
V noci máte raději tmu, nebo slabé osvětlení?	
Přejete si mít v pokoji své obrazy, drobnosti, květiny či fotky? Oblíbený předmět?	
Jakým způsobem relaxujete?	
Které roční období preferujete? Oblíbený měsíc v roce?	
Máte nějaké koníčky?	

Co Vás dokáže namotivovat k aktivnímu trávení volného času?	
Máte rád/a společnost?	
Čtete knihy, noviny nebo časopisy? Jaké?	
Jste zvyklý/á na práci na zahradě?	
Máte zájem, aby k Vám docházel dobrovolník?	
Jakou jinou činností by jste se chtěl/a zabavit?	
Vaříte, pečete rád/a?	
Pohybujete se rád/a venku?	
Pravidelná pohybová aktivita?	
Hygiena a sebek péče	
Jak zvládáte svou sebek péči? (oblékání, mytí, najíte se)	
Jak často se koupete?	
Jak často si myjete vlasy? Jakou značkou?	
Jak je máte rád/a učesány vlasy?	
Jaké používáte přípravky na vlasy?	
Jak často si myjete ruce?	
Jak často si myjete obličej?	
Jaké pomůcky používáte při hygieně?	
Na jaké hygienické prostředky jste zvyklý/á?	
Používáte tělové mléko?	
Máte zubní protézu?	
Fixujete zubní protézu? Jak?	
Jaké pomůcky a přípravky používáte při čištění zubů? Jaké značky?	
Jak pečujete o vousy?	
Jaké používáte přípravky na i po holení?	
Používáte nějaké inkontinentní pomůcky?	
Používáte parfém, deodorant?	
Příjem potravy a tekutin	
Pijete kávu? Jakou?	
Kolikrát za den jíte?	
Co máte rád/a k jídlu?	
Kde a s kým nejraději jíte?	
Jaké používáte náčiní k jídlu?	
Držíte nějakou dietu?	
Máte problémy s polykáním?	
Jakému nápoji dáváte přednost? Sladké, hořké? Teplé, studené? Oblíbená chuť?	
Pijete v noci?	
Máte nějaké specifické stravovací návyky?	
Jíte příborem anebo jen lžící?	
Máte alergii? Neoblíbené jídlo?	
Smysly	

Máte problémy se sluchem?	
Používáte naslouchadlo?	
Slyšíte na některé ucho lépe?	
Kterými pomůckami pečujete o své uši?	
Oblíbené/neoblíbené zvuky?	
Jste zvyklý/á nosit příkrývku hlavy?	
Máte problémy se zrakem?	
Nosíte brýle nebo čočky?	
Preferujete nějakou vůni? Jakou?	
Máte rád/a hlazení po rukou, zádech, tváři apod.?	
Které doteky jsou Vám nepříjemné?	
Máte rád/a masáže a kde?	
Spánek	
Máte problémy s usínáním?	
Máte nějaké specifické zvyky před spaním, usínáním?	
Jak dlouho asi spíte?	
Spíte i přes den, jak dlouho?	
Probouzíte se během noci?	
V jakém oblečení nejraději spíte? Používáte ponožky?	
Kolik příkrývek a polštářů potřebujete, abyste se cítil/a dobře?	
V jaké poloze rád/a usínáte?	
Spíte se zubní protézou?	
Máte rád/a temno v pokoji na spaní?	
Máte rád/a být zcela zakryt při usínání?	
Poslední rozloučení	
Koho si přejete informovat v případě závažné události?	
Máte nějaké specifické přání ohledně Vašich posledních okamžiků života?	
Je pro Vás téma smrti tabu?	

PŘÍLOHA P V. POSOUZENÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU A SOBĚSTAČNOST

Jméno Příjmení

Rodné číslo:

Datum narození:

Nástup k pobytu:

Ukončení pobytu:

Středisko:

Oddělení:

Pokoj:

Přiznaný příspěvek na péči:

Posouzení péče o vlastní osobu:

Příprava stravy	
Podávání, porcování stravy	
Přijímání stravy, dodržování pitného režimu	
Mytí těla	
Koupání nebo sprchování	
Péče o ústa, vlasy, nehty, holení	
Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	
Vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	
Sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	
Stání, schopnost vydržet stát	
Přemísťování předmětů denní potřeby	
Chůze po rovině	
Chůze po schodech nahoru a dolů	
Výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	
Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	
Orientace v přirozeném prostředí	
Provedení si jednoduchého ošetření	
Dodržování léčebného režimu	
Počet úkonů v péči o vlastní osobu, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá:	

Posouzení soběstačnosti:

Komunikace slovní, písemná, neverbální	
Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	
Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	
Obstarávání osobních záležitostí	
Uspořádání času, plánování života	
Zapojení do sociálních aktivit odpovídajících věku	
Obstarávání si potravin a běžných předmětů (nákupy)	
Vaření, ohřívání jednoduchého jídla	
Mytí nádobí	
Běžný úklid v domácnosti	
Péče o prádlo	
Přepírání drobného prádla	
Péče o lůžko	
Obsluha běžných domácích spotřebičů	
Manipulace s kohouty a vypínači	
Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří	
Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	
Další úkony spojené s chodem a údržbou domácnosti	
Počet úkonů v posouzení soběstačnosti, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá:	

Počet úkonů, které klient zvládá s pomocí nebo nezvládá celkem:

Vyhodnocení:		
Návrh na stupeň závislosti:		
Stupeň 0	zcela nezávislý	nezvládne max. 12 úkonů
Stupeň I	lehká závislost	nezvládne 13 - 18 úkonů
Stupeň II	středně těžká závislost	nezvládne 19 - 24 úkonů
Stupeň III	těžká závislost	nezvládne 25 - 30 úkonů
Stupeň IV	úplná závislost	nezvládne 31 a více úkonů

Formulář vytvořil/a Poláková Radka, Mgr.

Podpis:

PŘÍLOHA P VI. ZÁZNAMOVÝ LIST K PRŮBĚHU REMINISCENČNÍ TERAPIE

Jméno a příjmení klienta: _____

Datum realizace RT: _____ Jméno terapeuta: _____

Podrobný popis průběhu RT (technika, pomůcky, dotazy a odpovědi klienta, popis průběhu, významné události, postřehy pracovníka):

8. Klient(ka) vyžaduje osobní předměty.	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
9. Klient(ka) vyžaduje reminiscenční terapii nebo reminiscenční pomůcku.	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
10. Klient(ka) je klidná, není v napětí.	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
11. Klient(ka) sní celou porci stravy.	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1

Děkuji za vyplnění. Vyplněné dotazníky osobně vyzvednu 1.11.2018. Velmi děkuji za spolupráci.

Mgr. Jarmila Holášková, vedoucí soc. útvaru