

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**  
**KATEDRA PEDAGOGIKY**

**Bakalářská práce**

**MOŽNOSTI A MEZE ZAVÁDĚNÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE  
V ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY NA ÚZEMÍ MĚSTA PLZNĚ**

**Soňa Belšánová**

Sociální péče, Obor sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Káňová

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 30. června 2013.

vlastnoruční podpis

.....

## **Poděkování**

Děkuji především vedoucí bakalářské práce Mgr. Šárce Káňové za její cenné rady, ochotu, připomínky a doporučení v průběhu tvorby práce.

Děkuji pracovníkům domovů pro seniory za čas který mi věnovali a jejich ochotu a vstřícnost.

Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině za jejich trpělivost kterou se mnou měli při tvorbě práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	6
1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	7
2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....	8
2.1 STÁŘÍ.....	8
2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	8
2.3 ZMĚNY V PAMĚTI .....	9
2.4 PORUCHY PAMĚTI .....	12
2.5 DEMENCE .....	12
3 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	13
3.1 VZNIK A VYMEZENÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE .....	13
3.2 PŘÍSTUPY K REMINISCENČNÍ TERAPII.....	14
3.3 FORMY REMINISCENČNÍ TERAPIE .....	16
3.4 REMINISCENČNÍ POMŮCKY .....	18
4 DOMOVY PRO SENIORY .....	20
4.1 MĚSTSKÁ CHARITA PLZEŇ.....	21
4.1.1 Domov sv. Jiří.....	21
4.1.2 Domov se zvláštním režimem sv. Aloise.....	22
4.2 DIECÉZNÍ CHARITA PLZEŇ.....	22
4.2.1 Domov pokojného stáří sv. Alžběty .....	23
4.3 MĚSTSKÝ ÚSTAV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	23
4.3.1 Domov pro seniory Kopretina .....	24
4.3.2 Domov pro seniory Sedmikráska.....	24
4.3.3 Domov se zvláštním režimem Čtyřlístek.....	25
4.3.4 Domov se zvláštním režimem Petrklíč .....	25
4.3.5 Domov se zvláštním režimem Sněženka .....	26
4.4 LONGEVITA SENIO S. R. O.....	26
4.4.1 Domov péče pro seniory Longevita.....	26
4.5 KOMPAS SOCIAL O. S. ....	26
4.5.1 Senior residence Terasy .....	26
4.6 BACULUS O. S.....	27
4.6.1 Domov poklidného stáří Vejprnice.....	27
5 METODOLOGIE .....	28
5.1 VÝZKUMNÉ STRATEGIE.....	28
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	28
5.3 OPERACIONALIZACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLŮ PRÁCE .....	29
5.4 VÝZKUMNÉ METODY .....	32
5.4.1 Polo-strukturovaný rozhovor .....	32
5.4.2 Dotazník.....	32
5.5 SBĚR DAT .....	32
5.6 ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT .....	33
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
6.1 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST 1: PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ .....	34
6.1.1 Naplnění dílčích cílů 1 .....	36

6.2	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST 2: SPOLUPRÁCE RODINY SENIORA ...	37
6.2.1	Naplnění dílčího cíle 2 .....	38
6.3	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST 3: KLADY A ZÁPORY .....	38
6.3.1	Naplnění dílčího cíle 3 .....	39
6.4	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST: SKUPINY KLIENTŮ REMINISCENČNÍ TERAPIE .....	39
6.4.1	Naplnění dílčího cíle 4 .....	41
7	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ .....	42
	ZÁVĚR .....	44
	RESUMÉ .....	45
	SUMMARY .....	45
	POUŽITÉ ZDROJE .....	46
	SEZNAM PŘÍLOH .....	48

## ÚVOD

Hlavním tématem bakalářské práce je zhodnocení možností a mezí zavádění reminiscenční terapie do domovů pro seniory na území města Plzně. Toto téma si autorka vybrala, protože je toho názoru, že péče o staré lidi je v naší společnosti nedostatečná. Reminiscenční terapii (vzpomínkovou) pokládá autorka za jeden z užitečných aktivizačních prvků pro seniory.

Vzpomínky jsou ve stáří velmi důležité, většinou jsou spojeny s emocemi. Provází nás celým životem, avšak extrémní význam mají právě pro seniory. Slouží totiž k potvrzení vlastní identity a přijetí sebe sama.

Autorka má ráda práci se starými lidmi, protože získali v životě mnohé zkušenosti, a rozhovory s nimi bývají zajímavé. Zároveň je autorce líto, že v důsledku různých nemocí nebo jen v důsledku stáří paměť ztrácí.

Reminiscenční terapie je pro autorku zajímavá právě návratem do dětství a dalších období, protože takto je autorce umožněno poznat životní běh seniorů, čerpat z jejich životní moudrosti a zároveň jim snad i pomoci.

Teoretická část bakalářské práce je členěna do čtyř kapitol. První vymezuje výzkumné cíle a problémy bakalářské práce. Druhá kapitola se věnuje stáří, změnám v jeho průběhu a paměťovým a psychickým problémům s ním spojeným. Třetí kapitola se zabývá teoretickým uchopením reminiscenční terapie, různými přístupy k ní, formami reminiscenční terapie, pomůckami používanými při reminiscenční terapii atd. Poslední kapitola se věnuje ve své první části domovům pro seniory obecně a v druhé části se zabývá některými konkrétními domovy hlouběji.

Praktická část bakalářské práce se také člení do čtyř kapitol. První kapitola podává informace o použité metodologii. Druhá se zabývá vyhodnocením získaných dat, třetí shrnuje výsledky zkoumání. Závěrečná kapitola se pokouší ze zjištěného vyvodit závěry a doporučení pro praxi.

# 1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Vzhledem k nárůstu počtu seniorů se objevuje mnoho nových problémů, ekonomických i sociálních, kterým budou muset čelit společnosti na celém světě v blízké budoucnosti. Důležitou skutečností se stává mimo jiné otázka zabezpečení péče o seniory v domovech pro seniory, spojená s problematikou kvality života této skupiny populace (Usnesení vlády ČR ze dne 9. ledna 2008 č. 8, O Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. [on line]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti\\_cz\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf) ).

Autorka bakalářské práce se domnívá, že reminiscenční terapie je velkým přínosem pro psychiku seniora a může přispět ke zkvalitnění seniorova života. Hlavním výzkumným cílem práce je posoudit možnosti a meze zavádění reminiscenční terapie v domovech pro seniory na území města Plzně. Výzkumné šetření bylo prováděno v Domově pro seniory Kopretina, v Domově pro seniory Sedmikráska, v Domově se zvláštním režimem Čtyřlístek, v Domově se zvláštním režimem Petrklíč a v Domově se zvláštním režimem Sněženka, dále pak v Domově pro seniory sv. Jiří a v Domově pro seniory se zvláštním režimem sv. Aloise, v Domově pokojného stáří sv. Alžběty, v domovech pro seniory ziskových společností Longevita senio, s. r. o. a Kompas Social o. s. a neziskovou organizací Baculus o. s.

Šetření probíhalo na přelomu května a června 2013

Senioři často a rádi vzpomínají na uplynulý život, což je skutečnost, ze které reminiscenční terapie těží. V době, kdy člověk vstoupí do důchodového věku, bývá na všechno víc času, který senioři často tráví například sestavováním životopisů, rodokmenů atd. Toho se dá využít v reminiscenčních terapiích při tvorbě knih života, vzpomínkových krabic, alb, apod. Reminiscenční terapie je velmi vhodná i pro ty, kteří trpí demencí (Haškovcová, 2012)

## **2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ**

V současné době se věk lidského života stále prodlužuje. Podle demografů se v období do roku 2050 v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, počet stoletých a starších 15,5 krát (Tomeš, 2011).

Otázka kvality života seniorů přináší hluboké sociální a ekonomické důsledky, a to v celosvětovém měřítku (Stuart – Hamilton, 1999).

První část práce je věnována vymezení pojmu stáří, změnám ve stáří, paměti, vzpomínkám a vzpomínání.

### **2.1 STÁŘÍ**

Biologický proces stárnutí je nevratný a zanechává na člověku trvalé stopy (Pacovský, Heřmanová, 1981).

Ve stáří se postupně ztrácí schopnost pracovat a aktivně reagovat na okolní svět. (Tomeš, 2010).

Dle některých vědců můžeme stáří rozdělit do tří období, a to na období presenilní, stárnutí a období stařecké. Ve druhém období, které se většinou vymezuje 65. - 80. rokem, nastupují postupně určité změny, které ale vyžadují pouze přizpůsobení v pracovním výkonu. V období třetím (to je většinou ohraničeno 80. rokem věku.) shledáváme zánik schopností k systematické práci (Tomeš, 2010).

Nicméně praxe ukazuje, že stárnutí je velmi individuální a je ovlivněno celou řadou skutečností – společenskými, individuálními přírodními, obecnými přírodními činiteli (Tomeš, 2010).

### **2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ**

Ve stáří dochází k různým psychickým změnám a to na základě biologických nebo psychosociálních vlivů, popřípadě jejich interakcí. Jak reakce seniorů na tyto změny, tak doby, kdy se změny projeví, je individuální (Vágnerová, 2007).

Podle některých autorů je důležité poznat životní dráhu klientů, a to z toho důvodu, že některé vlastnosti, které jsou připisovány stáří, jsou ve skutečnosti spíše



projevy individuální povahy konkrétního člověka, které ve stáří graduji (Haškovcová, 2010).

Ve vyšším věku dochází ke zhoršení některých psychických funkcí, například k poklesu vitality, nejistotě, poklesu sebehodnocení. Některé skutečnosti, jako například slovní zásoba seniora, se nemění a jiné oblasti se mohou naopak zlepšit, například vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku (Pacovský, 1990).

V případě některých biologicky podmíněných změn (celkové zpomalení, obtíže v zapamatování a vybavení, snížení frustrační tolerance atd.) se může jednat o normální projev stárnutí, ale také o příznaky choroby, což se dá v počátcích jen obtížně rozlišit. V dalších stádiích nemoci bývají už příznaky velmi nápadné. Někdy nemoc způsobí i výraznou změnu osobnosti, např. Alzheimerova demence (Vágnerová, 2007).

K Psychosociálně podmíněným změnám dochází vlivem působení sociokulturních vlivů, životním stylem jedince, ale také postojem společnosti (Vágnerová, 2007).

Jednou ze změn v psychice bývá například inklinace seniorů k samotářství. (Poledníková, 2006)

Ve funkcích potřebných k zaznamenávání, ukládání a využívání informací dochází v procesu stárnutí k nejvýraznějším změnám. Změny způsobené chorobnými procesy jako jsou například výrazné zhoršení zrakového či sluchového vnímání, zhoršení paměti i uvažování, mají velmi negativní dopad na kvalitu života seniora a to zejména, pokud se v jejich důsledku stane senior závislým na cizí pomoci. K těmto změnám nedochází v raném stáří v důsledku přirozeného stárnutí, ale pouze vlivem choroby. Pravděpodobnost takové choroby však se zvyšujícím se věkem roste (Vágnerová, 2007).

### **2.3 ZMĚNY V PAMĚTI**

Běžným projevem stárnutí bývá zhoršování paměti. Problematické je zpracování a ukládání nových informací i vybavování dříve zapamatovaného. Stárnutí souvisí také s větší unavitelností a obtížnější koncentrací pozornosti. Někdy však zhoršování paměti

může být i projevem somatického onemocnění, jako například různých poruch CNS, kolísání hladiny cukru v krvi, respektive zvýšené hladina inzulinu (Vágnerová, 2007).

Kromě biologických změn závisí proces zhoršování paměti také na genetických předpokladech, na aktuálním zdraví, ale i na zkušenostech a postoji k duševní činnosti. Protože staří lidé většinou vědí, že potíže s pamětí se v jejich věku dají očekávat, více si vykyvů v paměti všímají, a i to může v konečném důsledku paměť negativně ovlivnit (Vágnerová, 2007).

Od sedmdesáti let většinou dochází k rychlému úbytku paměťových schopností. (Preiss, Křivohlavý, 2009)..

V dospělosti ubývá mozkových buněk, avšak pokud je mozek stimulován, má schopnost nové buňky vytvářet. Paměťové schopnosti se velmi často zhoršují v důsledku jejich nepoužívání, také však v důsledku stresu nebo v důsledku některých chorob, například demence, deprese. (Suchá, 2007).

Zkušenosti ukazují, že problémy s pamětí bývají horší u lidí s nižším vzděláním, s nižšími rozumovými schopnostmi, s tendencí k intelektuální nečinnosti a k redukci zájmů – ale zase na druhou stranu tito lidé pociťují problémy s pamětí jako méně obtěžující, než lidé s vyšším vzděláním a širším spektrem zájmů. Pozitivní výsledky ve smyslu dlouhodobějšího udržení správných funkcí paměti mívá trénování paměti (Vágnerová, 2007).

U některých starších osob vznikají deficity paměti v důsledku jejího nedostatečného trénování. Z toho důvodu mohou někteří senioři svou paměťovou výkonnost udržovat i zlepšovat, pokud psychické funkce pravidelně procvičují. U nemocných osob, trpících například demencí, znamená trénink stabilizování a využívání ještě existujících nervů. Cvičení paměti by se mělo praktikovat na smysluplném materiálu se vztahem k běžnému životu. Na nemocného nesmí být vyvíjen časový ani výkonnostní tlak. (Stengelová, 1996).

Trénování paměti u osob s demencí má být šetrnější než u osob zdravých, využívá však podobných technik. Jedná se o tzv. kognitivní rehabilitaci, zahrnující například doplňování slov, nesoutěživé slovní hry, skládání obrazců atd. Velmi prospěšná je pro zachování nebo zlepšení kognitivních funkcí seniorů s demencí

reminiscenční terapie, při které se využívají minulé zážitky, pro seniora významné. Reminiscenční terapie se využívá jako metoda preventivní a aktivizační i u zdravých seniorů, důležitější je však u nemocných s demencí, kteří mají problémy s krátkodobou pamětí, avšak na dávné události si většinou dobře vzpomínají. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007)

U seniorů často dochází ke ztrátě nebo zkreslení informací při jejich převádění z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Zpracování nových informací závisí na činnosti CNS, ta se však s věkem postupně zhoršuje, proto se seniorům často informace popletou a zpřehází (Vágnerová, 2007).

Ve stáří dochází také k poklesu schopnosti vybavování. To, že si senioři lépe vybavují starší události než ty novější, je zaviněno mimo jiné způsobem jejich zpracování. Opakované vybavování totiž starší informace posiluje a kromě toho může starší zkušenost nahradit nedostatek aktuální paměti (Vágnerová, 2007).

Senioři se ve svých vzpomínkách rádi vracejí do minulosti, která pro ně bývá příjemnější než přítomnost. Proto často rádi vyprávějí staré příběhy ze svého života. Stává se, že tyto příběhy opakují mnohokrát po sobě, a tím dochází k posílení paměťové stopy vzpomínky. Vzpomínky však mohou být zkresleny, aniž si to lidé uvědomí (Vágnerová, 2007).

Po 50. roce života bývá častější výskyt reminiscencí, tj. starších vzpomínek, o jejichž vybavení člověk neusiloval. Nejčastěji se vybavují vzpomínky z první a druhé čtvrtiny života, a to proto, že zkušenosti a prožitky z této doby formují osobnost, bývají subjektivně důležité a také se snadno uchovávají. Sami senioři často nedokážou posoudit, jak účinně jejich paměť ještě pracuje a dopouštějí se zkreslení jak v negativním, tak pozitivním smyslu (Vágnerová, 2007).

Starší člověk využívá více než v mládí rozvahu a zkušenosti. Vyhýbá se tak situacím, které vyžadují rychlé rozhodování, protože upřednostňuje přesnost před rychlostí. Staří lidé bývají citově zranitelnější a mívají větší sklony k depresím, což může být důsledkem ztráty blízkého člověka, bydlení, nemoci, aj. (Říčan, 2006).

Protože autorka v průběhu svých praxí pracovala v domovech pro seniory a mohla se tedy osobně přesvědčit o problémech a změnách, které sebou stáří přináší,,

musí vyjádřit svůj souhlas s autory, kteří tyto změny popisují a z nichž autorka citovala, Dále by autorka chtěla říci, že podle jejího názoru je v dnešní době starým lidem věnováno mnohem méně pozornosti ,než by si zasloužili a potřebovali.

## **2.4 PORUCHY PAMĚTI**

Poruchy paměti způsobují u seniorů vážné psychické problémy. Hranice mezi poruchou paměti a demencí je velmi nezřetelná. Poruchou paměti můžeme nazvat úbytek paměti v jakékoliv kognitivní oblasti, jako je např. krátkodobé zapamatování, zraková paměť atd. (Co je porucha paměti. In. <http://www.klinikazdravi.cz> [online]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/clanky/co-je-porucha-pameti/>).

## **2.5 DEMENCE**

*Demenci lze definovat jako rozvoj mnohočetných kognitivních defektů zahrnujících poškození paměti a nejméně jednu z následujících kognitivních poruch: afázie, apraxie, agnozie, nebo poškození exekutivních funkcí ve srovnání s premorbidním stavem, a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity (Rektorová, 2007, s. 10).*

Demencí trpí každý třetí člověk, který dosáhl věku 80. let, proto bývá vzletně nazývána tichou epidemií 21. Století. Pokud chceme porozumět životu a potřebám lidí s demencí, je zapotřebí se o ně opravdu zajímat. Poznání, která se k takto nemocným vztahují, jsou významná a obvykle je získají pozorní pečující.

V České republice žije v současné době více než 140 000 lidí postižených nějakou formou demence. Všechny veřejné aktivity, které upozorňují na to, jak se projevují počátky nemoci, jak pečovat o nemocného s demencí atd. jsou prospěšné a je potřeba je podporovat. (Haškovcová??)

### **3 REMINISCENČNÍ TERAPIE**

V akademickém slovníku cizích slov je pro výraz „reminiscence“ používáno synonymum „vzpomínka“ (Petráčková, Kraus, 2011). Reminiscenční terapie využívá toho, že ve stáří lidé rádi vzpomínají na své dětství i dospělost. Reminiscenci lze s úspěchem využívat i u nemocných s demencí (Haškovcová, 2012).

#### **3.1 VZNIK A VYMEZENÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE**

Dříve (do 60. let minulého století) se v souvislosti se stárnutím věřilo, že vzpomínání je jev spíše negativní, nezdravý, a v mnohých případech bylo považováno za známku psychické abnormality. Podle tehdejšího názoru vedlo k nezdravé introspekci a odmítání přítomnosti (Špatenková, Bolomská, 2011).

Během 70. let se však situace podstatně změnila a vzpomínání začalo být vnímáno pozitivně, jako neoddelitelná součást úspěšného stárnutí (Špatenková, Bolomská, 2011).

Zlomovým okamžikem v rozvoji reminiscenční terapie bylo také představení projektu pro vytvoření reminiscenčních pomůcek, který sponzorovalo britské ministerstvo zdravotnictví a sociální péče v 70. letech 20. stol. Tento projekt přinesl sérii magnetofonových záznamů a diapozitivů s názvem Vzpomínka. Magnetofon a diaprojektor se tak staly prvními pomůckami pro reminiscenční terapii. Výhodou byla jejich snadná dostupnost. Od té doby je reminiscenční terapie ve Velké Británii uznávána a podporována. K nám se však reminiscenční terapie dostala až asi o dvacet let později (Špatenková, Bolomská, 2011).

U nás se hlavním iniciátorem šíření reminiscenční terapie stalo občanské sdružení JOB. (Špatenková, Bolomská, 2011).

Vymezit samotný pojem reminiscenční terapie je obtížné. Někteří autoři dávají přednost pojmu reminiscence.

Podle Hany Janečkové a Marie Vackové je reminiscenční terapie rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou seniorů. Terapeut se seniorem hovoří o jeho dřívějším životě a aktivitách. (Janečková, Vacková, 2010).

Špatenková a Bolomská uvádějí několik definic autorů, kteří na reminiscenční terapii nahlíží z různých úhlů pohledu, např. jedním z autorů je reminiscenční terapie definována jako *hlasité nebo tiché vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí* (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 21).

Další se přiklání k tomu, *aby byla reminiscenční terapie vnímána jako určitý druh pohledu na péči samotnou, jako vidění péče charakterizované zájmem o klienty a snahou porozumět jim a pochopit je* (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 22).

Podle jiného autora *je možné říci, že reminiscenční terapie na sebe bere status filozofie péče, ve kterém minulost, původ, prostředí a životní styl každého jednotlivého člověka slouží jako základ, od kterého se poté odvíjí péče o něho samotného. Tato filozofie se soustřeďuje na zdůraznění schopností starých lidí a cení si všeho, čím jsou ještě schopni přispět k životu svému i druhých lidí* (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 21).

Někteří autoři se důsledně vyhýbají pojmu terapie. Hovoří o reminiscenčním přístupu či aktivitách. Reminiscence podle nich využívá něčeho, co dělá rád každý z nás, a to je vzpomínání a sdílení vzpomínek s jinými lidmi (Janečková, Vacková, 2010).

Všechny výše uvedené definice jsou důležité proto, že každá se dívá na reminiscenci z jiného úhlu pohledu. Autorka se domnívá, že by reminiscenční terapie měla zahrnovat všechny tyto pohledy – měla by vycházet nejen ze vzpomínek seniora,, ale také z celkového pochopení staršího člověka a z úcty k jeho zkušenostem a dovednostem. Také proto je autorce nejbližší definice, která klade důraz na komplexní přístup k seniorovi, zahrnující jak jeho minulost, tak i to, čím je ještě schopen přispět sobě i ostatním.

### **3.2 PŘÍSTUPY K REMINISCENČNÍ TERAPII**

**Narativní přístup** pracuje s vyprávěním vzpomínek. Základem jsou volně vyprávěné vzpomínky a to buď ve dvou, nebo ve skupině, v přátelské, uvolněné, bezpečné atmosféře pod vedením facilitátora. Dále může jít také o psané vzpomínky, knihy života, memoáry atd. Důraz je kladen na příjemné vzpomínky. Takto pojatá

reminiscenční terapie pak přináší sociální začlenění, přirozenou kognitivní stimulaci, nastolení psychické pohody, posílení sebeúcty atd. (Janečková, Vacková, 2010).

**Reflektující přístupy.** K těmto přístupům patří především životní rekapitulace Roberta Butlera. Ta je definována *jako proces prozkoumávání, organizování a hodnocení celkového obrazu života jednotlivce* (Janečková, Vacková, 2010, s. 25). Vychází z potřeby seniorů uspořádat si svůj život. V rozhovoru, který probíhá mezi terapeutem a jedním seniorem nebo malou skupinkou seniorů, si staří lidé vybavují vzpomínky, včetně nepříjemných nebo traumatizujících. Účelem je hledání smyslu života a jeho přijetí, ať byl jakýkoli (Janečková, Vacková, 2010).

Na základě výše zmíněného přístupu vytvořil Philips Cappeliez vlastní model, určený hlavně pro seniory s depresí a kognitivními poruchami, tzv. kognitivně – reminiscenční terapii. Je určena zejména pro osoby s depresí a poruchami kognice. Terapie se koná v malých skupinkách jedenkrát týdně, pod vedením jednoho nebo dvou terapeutů. Skupinky by měly být vzhledem ke stupni deprese a poruchy kognice homogenní. Každý účastník dostane možnost mluvit o svém životě z určitého úhlu pohledu za účelem systematického prozkoumávání vzpomínek. Pro staré lidi je velmi důležité dostat možnost podělit se o své vzpomínky a svěřit se třeba i s traumatizujícími okolnostmi svého života. Je-li jim tato možnost dána, ubývá, jak potvrzují statistické studie, deprese a v závislosti na tom také spotřeby léků (Janečková, Vacková, 2010).

**Expresivní přístupy.** Psycholog James Pennebaker popsal metodu expresivního vyjádření emocí. Jde o odkrytí traumatizujících témat, která v sobě člověk dlouho nosil. Expresie emocí přináší úlevu a zlepšení zdravotního stavu. Kromě toho, že seniorovi někdo naslouchá, projeví soucit, porozumění, může tato terapie přinést také změnu klientova náhledu na trauma, změnu pocitů s ním spojených i změnu pohledu na sebe sama. Mnohými studiemi bylo prokázáno, že odhalení traumatizujících vzpomínek přináší významné zisky pro zdraví klientů. Expresivní vyjádření emocí zohledňuje také přítomnost a budoucnost, a to na rozdíl od jiných přístupů (Janečková, Vacková, 2010).

#### **Informační přístupy (biografie)**

Při Informativní reminiscenci se využívá hlavně autobiografická metoda, jde o zaznamenávání zážitků, postojů v kontextu historických událostí a předávání zkušeností

mladším. Tento přístup je přínosný hlavně pro seniory, kteří odchodem do důchodu ztratili své společenské postavení. Díky informativní reminiscenci získávají roli učitelů a lépe se tak adaptují na stáří (Janečková, Vacková, 2010).

Analytické, reflektující přístupy se silným psychoterapeutickým nábojem prokazatelně snižují depresi, naproti tomu u narativních přístupů nejsou výsledky tak zřejmé. Samotný pojem reminiscenční terapie není jednoznačně definován, a proto je i měření efektu reminiscenční terapie velmi složité (Janečková, Vacková, 2010).

### **3.3 FORMY REMINISCENČNÍ TERAPIE**

Reminiscence může mít tyto podoby:

**Diskuse o aspektech minulosti.** Jedná se o reminiscenční setkání, při kterém senioři sledují filmy, pouštějí si hudbu, prohlížejí fotografie atd. a navozují tak vybavování určitých vzpomínek. Vývoj skupiny je sledován a hodnocen (Špatenková, Bolomská, 2011).

**Vytvoření prostředí, které co nejvíce připomíná domov.** V tomto případě probíhá interakce zároveň s běžnými aktivitami v daném zařízení, například s udržováním hygieny klienta (A jak jste se doma koupali, když jste byl malý?). Reminiscenční setkání v tomto případě připomínají spíše setkání společenská, při kterých se povídá, popíjí čaj a poslouchá hudba. Takto se klienti rozptýlí v přátelském prostředí alespoň vzdáleně připomínajícím prostředí domácí (Špatenková, Bolomská, 2011).

**Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného.** Při této formě reminiscenční terapie jde o to vytvořit něco konkrétního a hmatatelného (např.: ilustrace ke vzpomínkám, složit báseň, zaznamenat svůj příběh a vzpomínky atd.) tato terapie využívá stávajících schopností klienta, popřípadě může klient i objevit schopnosti nové (Špatenková, Bolomská, 2011).

**Prostředek ke snížení pocitu izolace a dopadu institucionalizace.** Nejen klienti, ale také pracovníci institucí dlouhodobé péče mohou zažívat pocit sociální izolace, což pak u pracovníků může vést až k nevraživosti ke klientům a nevhodnému zacházení s nimi. Z toho důvodu mohou přicházet například dobrovolníci, stážující



studenti, pracovníci knihoven atd. Společně s klienty i zaměstnanci instituce pak pracují na reminiscenčním projektu. Takto dochází ke vzájemné interakci (Špatenková, Bolomská, 2011).

**Všeobecný kontext pro prohloubení porozumění.** Reminiscenční setkání mohou také posloužit k prohloubení zájmů pracovníků o jednotlivé klienty a lepšímu poznání jejich života a popřípadě z toho vyplývajícího chování daného klienta. Je možno využít výše zmíněných, ale také jiných forem reminiscenční terapie (Špatenková, Bolomská, 2011).

Podle počtu zúčastněných osob můžeme reminiscenci rozdělit na individuální a skupinovou.

Individuální reminiscence se účastní jeden klient a jeden terapeut. Bývá to příležitost k vytvoření vzájemného vztahu založeného na vzájemné důvěře. Už toto může být pro starého člověka velkým přínosem z hlediska jeho psychického stavu. Vzhledem k relativnímu dostatku času při tomto typu terapie je možné probrat větší množství témat, která jsou pro seniora důležitá, a umožnit tak, aby se cítil stále vnímán a respektován. Také pro ostýchavější klienty je tato terapie vhodnější než terapie ve skupině (Špatenková, Bolomská, 2011).

Skupinová reminiscence se dělí na neformální a formální.

Neformální skupinové reminiscence je spontánní, nenucená a otevřená komunikace, kdo je v místnosti. Úkolem terapeuta je, aby se klienti, popřípadě i další zúčastnění, zapojili do hovoru. Ačkoli je skupina považována za neformální, je přesto nutné zajistit, aby všichni zúčastnění dobře viděli, slyšeli, a aby v místnosti byla příjemná atmosféra. Cílem je, aby senioři získali radost, stimulaci a nový smysl života (Špatenková, Bolomská, 2011).

Formální skupinové reminiscence se účastní omezený počet klientů, kteří jsou předem informováni o tom, jaká téma se budou probírat a jakým způsobem bude terapie probíhat. Terapie je předem naplánována a cíleně zaměřena. Velká pozornost je věnována facilitaci.

V praxi často dochází k prolínání těchto dvou přístupů, což ovšem nemusí být na závadu. Naopak bývá přínosné, pokud nezávazné popovídání si přechází si ve formálně vedenou diskuzi (Špatenková, Bolomská, 2011).

Špatenková a Bolomská odkazují na názor Andrewa Norrise, který uvádí, že je velmi důležité naslouchat starému člověku kdykoli začne vzpomínat (což se u starých lidí běžně stává několikrát během dne). Ignorovat vzpomínajícího by bylo značně necitlivé a kromě toho, pokud je vzpomínka důsledkem reminiscenční terapie, (avšak objevila se v dobu mimo terapii), bylo by ignorováním vzpomínajícího zničeno vše,, čeho reminiscenční terapie měla dosáhnout.

Možnost reminiscence by měla být přirozenou součástí péče o seniory (Špatenková, Bolomská, 2011).

### **3.4 REMINISCENČNÍ POMŮCKY**

Reminiscenční terapie využívá celou řadu pomůcek, které stimulují smysly účastníků a tak způsobují vyvolávání vzpomínek. S pomůckami je třeba zacházet citlivě a vyvarovat se násilného, neuváženého vyvolávání vzpomínek – to by mohlo mít dopad spíše negativní (Špatenková, Bolomská, 2011).

Pomůcky mohou být charakteru vizuálního, auditivního nebo sloužit k jiné stimulaci

K nejčastějším reminiscenčním **vizuálním pomůckám** patří například:

- **Fotografie.** Fotografie dokážou navodit atmosféru minulosti a podnítit účastníky terapie k diskuzi. Posloužit mohou i kresby a obrázky.
- **Články z novin, časopisů, inzeráty, informace z knih.** Dobové tiskoviny jsou vhodné zvláště tehdy, jestliže obsahují významné informace ze života seniora, jako například oznámení o sňatku.
- **Televize, video a DVD.** Zde mohou posloužit filmy pro pamětníky, historicko – společenské atd. Důležité je, aby se po skončení filmu rozvinula diskuze, neboť podnětí komunikace je jedním z hlavních cílů reminiscenční terapie (Špatenková, Bolomská, 2011).

- **Promítání filmů.** Některé archivy mají sbírku dobových záznamů, které se většinou vážou k určitému regionu. Scény z běžného života, které tyto záznamy často obsahují, jsou velmi cenné, protože vzpomínání na každodenní život je pro seniory zúčastňující se reminiscenční terapie zvláště přínosné. (Špatenková, Bolomská, 2011).

**Auditivní pomůcky.** *Obrazy a zvuky* se většinou člověku vybavují společně, jedno doprovází druhé a není možné je oddělit. Vybavení si jednoho znamená i objevení se druhého (Špatenková, Bolomská, 2011). Je možno použít například:

- **Nahrávky zvuků.** Zvuky, se kterými se lidé dříve setkávali, v nich dokážou vyvolat bezprostřední vzpomínky.
- **Nahrávky mluveného slova.** Např. recitace poezie, čtení beletrie, záznamy divadelních her nebo jiných hereckých vystoupení apod.
- **Hudební nahrávky.** Jsou velice účinné, protože vzbuzují v lidech silné emoce.

**Další senzorní stimulace.** Kromě zraku a sluchu mohou vzpomínky evokovat také například doteky, vůně a chutě (Špatenková, Bolomská, 2011).

## 4 DOMOVY PRO SENIORY

Domovy pro seniory (dříve domovy důchodců) začaly vznikat po druhé světové válce. Pro potřeby seniorů, kteří zestárlí a často i onemocněli, byli v domovech později zaměstnání i zdravotníci. V době socialismu byl kritizován špatný technický stav některých domovů a nedostatečné materiální vybavení (Haškovcová, 2012).

Na počátku roku 2007 se domovy důchodců většinou změnilly na domovy pro seniory. Materiální úroveň se sice zlepšila a senioři si mohou vybírat služby, které potřebují, snížil se však počet kvalifikovaných sester a měsíční platby za pobyt jsou vysoké (Haškovcová, 2012).

Bylo by jistě správné, kdyby se děti postaraly o své staré rodiče, avšak v dnešní době jsou mladí manželé většinou pracovně vytíženi, starají se o své vlastní děti a při nejlepší vůli se nemohou starat o své rodiče, kteří často potřebují celodenní péči a dohled (Rheinwaldová, 1999).

Skutečnost je tedy taková, že je nutné, aby senioři, kteří se o sebe nedokážou postarat sami, odcházeli do domovů pro seniory, kde by jim měla být poskytnuta nejen zdravotní péče, ale také prevence fyzického i duševního chátrání (Rheinwaldová, 1999).

1. Domovy pro seniory patří mezi zařízení sociálních služeb. O poskytnutí sociální služby může poskytovatele sociálních služeb požádat každý ze své svobodné vůle. Po případné dohodě je pak mezi poskytovatelem a uživatelem sepsána smlouva o poskytování služby. O umístění člověka v zařízení sociálních služeb nemůže rozhodovat žádný správní orgán ani úřad, k tomu nemá právo ani kompetence (služby. In. [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368>).

Zákon č. 108/2006 SB. umožňuje také zřizování domovů se zvláštním režimem. Těchto domovů je však nedostatek, a proto bývá častým problémem, kam umístit seniory s některou z rozvinutých forem demence.

V posledních 20. letech se objevují také soukromé rezidenční služby pro seniory, které činí asi 15% z celku rezidenčních služeb pro seniory (Haškovcová, 2010)

Využití reminiscenční terapie je velmi vhodné nejen v domovech pro seniory, ale i v domovech se zvláštním režimem, jelikož má pozitivní dopad na osoby trpící demencí.

Dále se autorka zmiňuje o domovech pro seniory a o domovech se zvláštním režimem na území města Plzně a o organizacích, pod které tyto domovy spadají.

#### **4.1 MĚSTSKÁ CHARITA PLZEŇ**

Městská charita Plzeň (MČHP) je veřejnou církevní právnickou osobou. Jedná se o neziskovou organizaci, která sídlí na Francouzské třídě. MČHP je členem Diecézní charity Plzeň a řídícím subjektem organizačních složek. Organizačními složkami jsou farní charity u sv. Bartoloměje, u sv. Martina a Prokopa, u Panny Marie Růžencové a Plzeň Severní předměstí.

MČHP získává finance z dotací od Plzeňského kraje, dotací MPSV, magistrátu MP, darů od organizací, fyzických osob, ze sbírek.

MČHP poskytuje služby pobytové, ambulantní a terénní. Mezi pobytové řadíme Domov pro seniory sv. Jiří, Domov sv. Aloise - domov se zvláštním režimem, Domov sv. Františka – azylový dům, Domov sv. Zdislavy pro matky s dětmi v tísní a Krizové a sociální centrum Vochov. Do ambulantních spadá Domov sv. Františka - nízkoprahové denní centrum, noclehárny a Centrum pro rodinu Vinice. K terénním službám patří Osobní asistence Plzeň, Tísňová péče, Charitní pečovatelská služba.

Další pozornost bude věnována zařízením sociálních služeb poskytujícím péči seniorům, která spadají pod městskou charitu, a to Domovu sv. Jiří a Domovu se zvláštním režimem sv. Aloise ( Výroční zpráva MČHP, 2011).

##### **4.1.1 Domov sv. Jiří**

Domov sv. Jiří je jedním ze dvou domovů v Plzni, ve kterých se praktikuje reminiscenční terapie.

Domov sv. Jiří zajišťuje seniorům kvalitní a plnohodnotný život a to takový, na jaký byli zvyklí. Klientem domova se může stát občan, který dosáhl věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, a který pro sociální a zdravotní změny potřebuje péči

sociálního zařízení, pokud péče nemůže být zajištěna ve vlastním prostředí seniora.. Občan musí být příjemcem příspěvku na péči II. – IV. stupně nebo ve věku nad 75 let bez příbuzných. Mezi mnohé poskytované služby patří např. přímá obslužná péče nonstop, lékařská péče, duchovní péče, ergoterapeutická dílna, zájmové kluby, taneční zábavy, tematické besedy, výlety bezbariérovým mikrobusem (Výroční zpráva MCHP, 2011).

#### **4.1.2 Domov se zvláštním režimem sv. Aloise**

V Domově sv. Aloise jsou praktikovány prvky reminiscenční terapie.

Domov je určen pro seniory s poruchami paměti. Klienty se mohou stát občané, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, kteří mají diagnostikovanou poruchu paměti, jejíž projevy neumožňují další život v domácím prostředí a potřebují péči sociálního zařízení. Zdravotní stav seniora musí odpovídat příspěvku na péči II. – IV. stupně. Zaměstnanci se s pomocí profesionálního, ale zároveň také osobního přístupu snaží zajistit seniorům kvalitní a plnohodnotný život. Mezi pravidelné aktivity patří zejména trénování paměti, společné čtení, ergoterapie, muzikoterapie, canisterapie a reminiscenční terapie. Využívány jsou moderní přístupy péče jako terapie panenkou a bazální stimulace.

Domov pracuje jako pobočka České alzheimerovské společnosti a jsou zde pravidelně pořádány „čaje o páté“, kde se setkávají svépomocné skupiny pro rodinné pečující (Výroční zpráva MCHP, 2011).

## **4.2 DIECÉZNÍ CHARITA PLZEŇ**

Jedná se o neziskovou, církevní organizaci se sídlem v Sadech 5. května. Je to zařízení spadající pod římskokatolickou církev s vlastní právní subjektivitou. Pomáhá lidem v nouzi bez ohledu na jejich barvu pleti, národnosti či vyznání.

DCHP poskytuje služby pobytové, ambulantní a terénní. Mezi pobytové řadíme Domov pokojného stáří sv. Alžběty, Domov pro seniory BOR, Domov pro matky s dětmi v tísní Domažlice a Azylový dům sv. Albrechta. Do ambulantních spadá Charitní pečovatelská služba Blovice. K terénním službám patří Terénní krizová služba v Plzeňském kraji.

Další pozornost bude věnována zařízení sociálních služeb pro seniory, které spadá pod diecézní charitu Plzeň, a to Domovu pokojného stáří sv. Alžběty (Výroční zpráva DCHP, 2011).

#### **4.2.1 Domov pokojného stáří sv. Alžběty**

V domově je praktikována reminiscenční terapie.

Domov slouží jak mobilním, tak imobilním klientům, kteří se kvůli svému zdravotnímu stavu nemohou o sebe sami postarat a ani jejich rodiny nejsou schopny jim potřebnou péči zajistit.

Domov poskytuje komplexní odbornou péči včetně zdravotní. Klienti si mohou vybrat z různých aktivizačních a motivačních programů, jako jsou například reminiscenční terapie, canisterapie, ergoterapie atd. Pro věřící klienty je jednou týdně sloužena mše svatá a je zajištěné duchovní doprovázení. Senioři mají také k dispozici společenskou místnost a dvorek a altánkem a grilem. Také díky těmto možnostem panuje v domově přátelská atmosféra.

Domov udržuje kontakty s vnějším společenským prostředím. Často do něj dochází děti z mateřských a základních škol, sportovního a církevního gymnázia i základní umělecké školy. Druhým rokem též probíhá přátelství klientů domova se seniory postiženými zemětřesením v roce 1988 v Arménii, zprostředkované humanitární sdružení ARCHA. Kapacita objektu je 30 míst, v současné době má domov 90 čekatelů (Výroční zpráva DCHP, 2011).

### **4.3 MĚSTSKÝ ÚSTAV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

MÚSS je městskou příspěvkovou organizací se sídlem na Klatovské třídě. Patří k největším poskytovatelům sociálních služeb na území města Plzně. MÚSS Plzeň je zřízen Statutárním městem Plzeň. MÚSS poskytuje služby pobytové a terénní.

Mezi pobytové řadíme Domov pro seniory Sedmikráska, Domov pro seniory Kopretina, Domov se zvláštním režimem Petrklíč, Domov se zvláštním režimem Sněženka, Domov se zvláštním režimem Čtyřlístek a Domov pro osoby se zdravotním postižením Nováček. K ambulantním službám patří Denní stacionář Jitřenka. Do

terénních spadá Pečovatelská a ošetrovatelská služba a Nestátní zdravotnické zařízení (Domácí péče, Home care).

Další pozornost bude věnována zařízením sociálních služeb pro seniory, která spadají pod MÚSS, a to Domovu pro seniory Kopretina, Domovu pro seniory Sedmikráska, Domovu se zvláštním režimem Petrklíč, Domovu se zvláštním režimem Sněženka, Domovu se zvláštním režimem Čtyřlístek (Výroční zpráva MÚSS, 2011).

#### **4.3.1 Domov pro seniory Kopretina**

Domov poskytuje pobytové sociální služby seniorům starším padesáti let, kteří mají sníženou míru soběstačnosti v základních životních dovednostech v rozsahu II – IV. stupně příspěvku na péči, jsou závislí na pomoci jiné osoby a ocitli se v nepříznivé sociální situaci.

Zaměstnanci se klientům věnují individuálně, služby jsou poskytovány odborně a kvalitně dle Standardů kvality sociálních služeb a dalších závazných předpisů.

Domov umožňuje společné bydlení pro manželské a družské páry. Kvalifikovaný personál zajišťuje sociální služby 24 hodin denně. Domov zajišťuje ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv klienta. V domově jsou využívány prvky reminiscenční terapie (Výroční zpráva MÚSS, 2011)..

#### **4.3.2 Domov pro seniory Sedmikráska**

Domov je určen pro osoby starší 50. let s přiznaným starobním nebo plným invalidním důchodem, které mají sníženou míru soběstačnosti v základních životních dovednostech a v péči o vlastní osobu v rozsahu II. – IV. stupně a potřebují pomoc jiného člověka. Domov poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv klienta. V domově jsou využívány prvky reminiscenční terapie (Výroční zpráva MÚSS, 2011).



### **4.3.3 Domov se zvláštním režimem Čtyřlístek**

Domov je určen pro osoby starší 50. let, jimž byl přiznán starobní nebo plný invalidní důchod, které mají sníženou míru soběstačnosti v základních životních dovednostech a v péči o vlastní osobu v rozsahu II. – IV. stupně. Jedná se o osoby, vyžadující celodenní komplexní ošetrovatelskou péči, kterou rodina není schopna zajistit sama.

Domov přijímá také osoby zcela imobilní, trpící Alzheimerovou demencí, chronickým psychickým onemocněním nebo jinými druhy demencí, zcela odkázané na pomoc druhé osoby, i osoby částečně nebo plně zbavené způsobilosti k právním úkonům.

Domov poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, sociálně – terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv.

v domově jsou využívány prvky reminiscenční terapie (Výroční zpráva MÚSS, 2011).

### **4.3.4 Domov se zvláštním režimem Petrklíč**

Cílovou skupinou jsou příjemci starobního nebo invalidního důchodu starší 50. let, jejichž míra soběstačnosti je snížena v rozsahu II. – IV. stupně příspěvku na péči. V domově jsou přijímáni klienti, kteří vyžadují celodenní ošetrovatelskou péči, pokud ji rodina nemůže nemocnému zajistit.

Domov přijímá také imobilní osoby s Alzheimerovou demencí, chronickým psychickým onemocněním nebo jinými druhy demencí, které jsou zcela odkázané na pomoc druhé osoby, dále pak osoby částečně nebo plně zbavené způsobilosti k právním úkonům. Rovněž přijímá osoby se zavedenou sondou PEG a PEJ.

Domov poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, sociálně – terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv.

V domově jsou využívány prvky reminiscenční terapie (Výroční zpráva MÚSS, 2011).

### **4.3.5 Domov se zvláštním režimem Sněženska**

Domov poskytuje péči těm seniorům, kteří se pro svůj zdravotní či psychický stav o sebe nemohou postarat sami, vyžadují celodenní komplexní ošetrovatelskou péči a rodina ji není schopna zjistit. Služba je určena osobám starším 50. let, kterým byla diagnostikována stařecká nebo Alzheimerova demence či jiné chronické duševní onemocnění.

Domov poskytuje ubytování, úklid, stravu, pomoc při osobní hygieně a pomoc při zvládnutí běžných úkonů. V domově jsou využívány prvky reminiscenční terapie (Výroční zpráva MÚSS, 2011).

## **4.4 LONGEVITA SENIO S. R. O.**

Longevita senio s. r. o. je zisková organizace, založená roku 2005, která pomáhá v oblasti péče o seniory. V současné době jsou služby společnosti poskytovány v Domově péče pro seniory v Plzni Na Jíkalce a v Křimicích . (O nás . In. <http://www.longevita.cz/> [online]. Dostupné z: <http://www.longevita.cz/o-nas.htm>).

### **4.4.1 Domov péče pro seniory Longevita**

Poskytuje služby osobám, které pro svůj věk nebo zdravotní stav potřebují pomoc jiné osoby. Domov poskytuje nepřetržitou péči o klienty, komplexní péči o imobilní klienty a klienty s Alzheimerovou demencí a přidruženými onemocněními. Klienti se mohou účastnit ergoterapie, canisterapie, masáží, výtvarných dílen atd. (O nás . In. <http://www.longevita.cz/> [online]. Dostupné z: <http://www.longevita.cz/o-nas.htm>).

## **4.5 KOMPAS SOCIAL O. S.**

Jedná se o ziskovou organizaci se sídlem v Sokolovské ulici, zaměřující se na péči o seniory., Vznikla v roce 2011 (Terasy Senior Residence.In. <http://old.residenceterasy.cz/> [online]. Dostupné z: <http://old.residenceterasy.cz/>).

### **4.5.1 Senior residence Terasy**

Domov nabízí služby mobilním i imobilním klientům, vyžadujícím komplexní péči nebo vysoký stupeň pomoci, kterou jim nedokáže rodina zajistit.

Domov poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnání běžných úkonů a pomoc při osobní hygieně. V domově se aplikují prvky reminiscenční terapie (Terasy Senior Residence.In. <http://old.residenceterasy.cz/> [online]. Dostupné z: <http://old.residenceterasy.cz/>).

## **4.6 BACULUS O. S.**

Občanské sdružení Baculus je neziskovou organizací, registrovanou od 26.4.2005 civilně správním úsekem Ministerstva vnitra. Jeho posláním je poskytovat podporu a péči svým členům, seniorům a osobám zdravotně postiženým, chce jim umožnit důstojný život a rovné příležitosti k uplatnění ve společnosti.

Pod občanské sdružení Baculus o. s. náleží mimo jiné Domov poklidného stáří Vejprnice (Výroční zpráva Baculus, 2011).

### **4.6.1 Domov poklidného stáří Vejprnice**

Domov se zabývá péčí o seniory, kteří pro sníženou soběstačnost či dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potřebují pravidelnou pomoc, podporu nebo dohled, a kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu.

Domov nabízí komplexní sociální služby a péči, včetně pečovatelské, ošetrovatelské a zdravotní.

Základní nabídkou je ubytování a celodenní stravování. Domov dále poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a související fakultativní činnosti (Výroční zpráva Baculus, 2011).

## **5 METODOLOGIE**

Kapitola seznamuje čtenáře s výzkumnou strategií, výzkumným souborem, operacionalizací výzkumného problému a cílů práce, výzkumnými metodami, způsoby sběru dat a způsoby vyhodnocení dat.

### **5.1 VÝZKUMNÉ STRATEGIE**

Vzhledem k cíli bakalářské práce, který zní zjistit, jaké jsou možnosti a meze zavádění reminiscenční terapie do zařízení pro seniory na území města Plzně, autorka považovala za vhodné použít strategii kvalitativního výzkumu, a to proto, že v případě využití výzkumu kvantitativního by bylo u tohoto typu šetření velmi obtížné najít kvantifikovatelné statistické znaky. Je tomu tak pro relativně nízký počet domovů pro seniory na území města Plzně, tak i pro vlastní zaměření výzkumu a složení výzkumných otázek.

Kvalitativní výzkum je označením pro rozdílné přístupy, jehož výsledky nelze kvantifikovat. Na počátku kvalitativního výzkumu vybírá výzkumník téma a určuje výzkumné otázky. Ty pak může v průběhu výzkumu, během sběru dat a analýzy dat upravovat nebo doplňovat. Proto se kvalitativní výzkum někdy považuje za pružný typ výzkumu. Kromě otázek mohou v průběhu výzkumu vznikat také hypotézy a rozhodnutí jak výzkum modifikovat (Hendl, 2005).

### **5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR**

Vzhledem ke stanovenému hlavnímu cíli práce a také k cílům dílčím tvoří skupinu respondentů zaměstnanci domovů pro seniory na území města Plzně, a to takoví, kteří mají vliv na případné zavádění reminiscenční terapie do domova seniorů, tzn. ti, kteří se věnují sociálně – aktivizačnímu programu, popřípadě ti, kteří s reminiscenční terapií přímo pracují.

Na území města Plzně se jedná o tyto domovy: Domov pro seniory Kopretina, Domov pro seniory Sedmikráska, Domov se zvláštním režimem Čtyřlístek, Domov se zvláštním režimem Petrklíč a Domov se zvláštním režimem Sněženka, provozované příspěvkovou organizací Městský ústav sociálních služeb města Plzně, dále pak Domov

pro seniory sv. Jiří a Domov pro seniory se zvláštním režimem sv. Aloise ,provozované církevní neziskovou organizací Městská charita Plzeň, Domov pokojného stáří sv. Alžběty provozovaný církevní neziskovou organizací Diecézní charita Plzeň a domovy pro seniory ziskových společností Longevita senio, s. r. o. a Kompas Social o. s. a neziskovou organizací Baculus o. s.

Šetření probíhalo ve všech výše uvedených domovech. Zde autorka uskutečňovala rozhovory s ergoterapeutkami, a kromě toho předala dotazník ergoterapeutkám v domovech, ve kterých je reminiscenční terapie praktikována.

K uskutečnění rozhovorů bylo nejprve potřeba vznést dotaz k vedoucím pracovníkům domovů pro seniory a případně od nich získat kontakty na další kompetentní osoby, které mohou poskytovat potřebné informace o reminiscenční terapii.

### **5.3 OPERACIONALIZACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLŮ PRÁCE**

Autorka předpokládala, že možnosti a meze zavádění reminiscenční terapie se budou vztahovat k těmto skutečnostem: k personálním zdrojům (k jejich dostatku či nedostatku), k informovanosti o reminiscenční terapii, ke kladům a případným záporům pro psychiku seniora.

Na základě zmíněných předpokladů stanovila autorka výzkumné oblasti:

#### **1) Výzkumná oblast personální zajištění reminiscenční terapie.**

Cíli zkoumání této výzkumné oblasti jsou zjištění:

**a)** zda domovy na území města Plzně mají dostatek personálu, který je kvalifikován pro práci s reminiscenční terapií, (personální zajištění) a pokud ano, zda se jedná o stálý personál domova nebo spíše o dobrovolníky. Dále pak jakým způsobem personál s reminiscenční terapií pracuje (zjistit „know – how“), popřípadě, zda jsou rozdíly mezi prací profesionálů a dobrovolníků.

**b)** zjistit míru povědomí personálu domova pro seniory o reminiscenční terapii (myšleno toho personálu, jehož náplň činnosti souvisí s reminiscenční

terapií a jejím případným zaváděním). Zjistit také, z jakých zdrojů jsou informace o reminiscenční terapii čerpány.

2) **Výzkumná oblast spolupráce rodiny seniora při realizaci reminiscenční terapie.**

Cílem zkoumání výzkumné oblasti je zjištění míry důležitosti spolupráce rodiny seniora proto, aby reminiscenční terapie byla úspěšná.

3) **Výzkumná oblast klady a případné záporné reminiscenční terapie pro psychiku seniora.**

Cílem zkoumání výzkumné oblasti je zjistit klady a případné záporné reminiscenční terapie pro psychiku seniora (podle zaměstnanců, kteří s reminiscencí pracují).

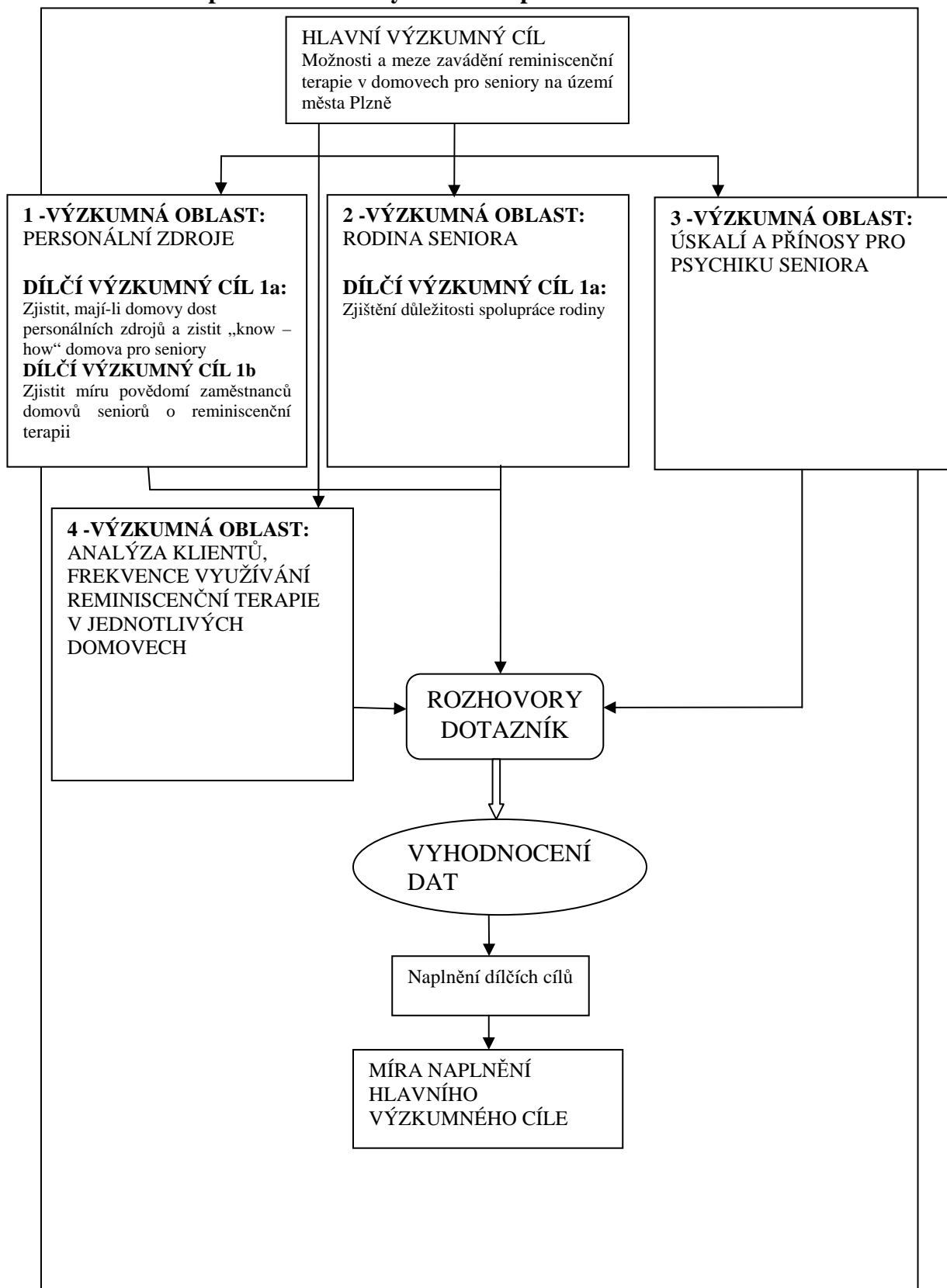
4) **Výzkumná oblast skupiny klientů reminiscenční terapie**

Cílem zkoumání výzkumné oblasti je provést analýzu skupin klientů vzhledem k jejich věku a pohlaví a dále zjistit také frekvenci provádění reminiscenční terapie v jednotlivých domovech pro seniory (v domovech s vyšším počtem klientů může být počet prováděných terapií na jednoho klienta nižší.).

Prvním krokem k dosažení dílčích cílů i hlavního výzkumného cíle bylo zjištění, které domovy pro seniory na území města Plzně využívají reminiscenční terapie a které nikoli. Dále autorka u domovů, které reminiscenční terapie nevyužívají, zjišťovala důvody jejího nevyužití a zdali by popřípadě měly zájem ji využívat v budoucnosti. Autorka předpokládala, že důvody nevyužívání reminiscenční terapie se budou vztahovat k personálním zdrojům, respektive k jejich nedostatku, popřípadě k nedostatku odborně vyškolených pracovníků, dále pak k nedostatku informací zaměstnanců domova seniorů o reminiscenční terapii. Dále pak, u domovů, které reminiscenční terapii využívají, prováděla autorka pomocí polo – strukturovaného rozhovoru zkoumání týkající se výše zmíněných výzkumných oblastí.

Pro větší přehlednost autorka uvádí grafické znázornění rozčlenění hlavního výzkumného cíle na jednotlivé výzkumné oblasti a z nich vyplývající výzkumné dílčí cíle. V tomto grafickém znázornění je uvedena i použitá metoda.

**Obrázek č. 1: Operacionalizace výzkumného problému a cílů**



## **5.4 VÝZKUMNÉ METODY**

Pro svou bakalářskou práci autorka zvolila metodu polo – strukturovaného rozhovoru a metodu dotazníkového šetření.

### **5.4.1 Polo-strukturovaný rozhovor**

Polo – strukturovaný rozhovor má definovaný účel a určitou osnovu, avšak dává také možnost pružnosti při získávání informací. Nejde ani o striktně uzavřené otázky, ani o volný rozhovor. Osnovu rozhovoru není potřeba přísně dodržovat. Je zde prostor jak pro doplňující otázky, tak pro závěrečné vyjádření respondenta (Hendl, 2005).

Uvedenou metodu autorka považuje za pro svůj výzkum nejvhodnější, protože odpovědi na otázky, vztahující se k cílům práce, by mohly být relativně komplikované a obsáhlé. Autorka předpokládá, že v polo – strukturovaném rozhovoru budou respondenti ochotni tyto odpovědi poskytnout, zatímco například do dotazníku by je nenapsali. Polo – strukturovaný rozhovor autorka zvolila i pro výhodu, která spočívá v pružnosti získávání informací, jak je uvedeno výše. Autorka se domnívá, že využití polo – strukturovaného rozhovoru je vhodné také tam, kde by položené otázky mohly mít za následek vynoření se dalších otázek a bylo by tedy potřeba ihned zareagovat.

### **5.4.2 Dotazník**

Dotazník je využíván v různých oborech zabývajících se člověkem, například pedagogických, sociologických, demografických atd. Pomocí dotazníku zjišťuje výzkumník data o respondentovi a jeho názory o zkoumaném problému. Výhodou dotazníku je snadnost administrace (Pelikán, 2011).

Autorka považovala za vhodné doplnit rozhovory také dotazníkem, protože potřebovala získat informace, které by asi respondenti nebyli schopni ihned poskytnout.

## **5.5 SBĚR DAT**

Polo – standardizované rozhovory byly se zástupci dotazovaných domovů pro seniory předem domluveny. Rozhovory probíhaly na přelomu května a června 2013.



Schéma rozhovorů je uvedeno v příloze číslo 2 a 3. Jednotlivé rozhovory trvaly 15 až 45 minut.

Dotazníky byly autorkou osobně dodány do dvou domovů na území města Plzně, které využívají reminiscenční terapii. Autorka dotazníky donesla v době uskutečňování rozhovorů. Týden po dodání si autorka dotazníky vyzvedla. Návratnost byla 100%.

## **5.6 ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT**

V prvním kroku je zapotřebí provést přesnou transkripci nahraných rozhovorů. Jedná se o převedení mluveného slova do psané podoby. Doslovná transkripce je, jak uvádí Miovský, velmi důležitá zejména pro interpretaci celého rozhovoru (Mioviský, 2006).

Respondentům musí být zaručena anonymita, proto je potřeba data zapisovat například pod označením A1, B1 apod. Po následném několikerém podrobném přečtení následuje rozčlenění textu na samostatné části a hledání podobností a rozdílů mezi nimi pomocí otevřeného kódování. Nyní můžeme hledat odpovědi vztahující se k jednotlivým dílčím cílům a poté je vyhodnotit z hlediska hlavního cíle práce.

Metoda otevřeného kódování je dle Hendlovy stručné definice tematické rozkrývání textu (Hendl, 2005).

J. Strauss definuje otevřené kódování jako *část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných* (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43).

Analýza dotazníků proběhla v domácím prostředí autorky práce na začátku června 2013. V dotaznících byly předem stanoveny tři ukazatele -pohlaví účastníků terapie, jejich věk a dále složení jednotlivých skupin z hlediska střídání účastníků (tedy, zda se jedná o stále tytéž účastníky nebo zda se účastníci střídají, s jakou frekvencí atd.). Dotazník autorka uvádí v příloze číslo 4.

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola je členěna na podkapitoly dle jednotlivých výzkumných oblastí stanovených výše. V rámci každé výzkumné oblasti se autorka pokusila vyhodnotit výsledky výzkumného šetření vzhledem k dílčím cílům dané oblasti. Dílčí cíle jsou pro přehlednost uvedeny dále.

- 1a) zjistit, zda mají domovy na území města Plzně dostatek personálu, kvalifikovaného pro práci s reminiscenční terapií. Pokud ano, zda se jedná o stálý personál domova nebo spíše o dobrovolníky. Dále pak jakým způsobem personál s reminiscenční terapií pracuje (zjistit „know – how“), popřípadě, zda jsou rozdíly mezi prací profesionálů a dobrovolníků a
- 1b) zjistit míru povědomí personálu domova pro seniory o reminiscenční terapii (myšleno toho personálu, jehož náplň činnosti souvisí s reminiscenční terapií a jejím případným zaváděním). Zjistit také, z jakých zdrojů jsou informace o reminiscenční terapii čerpány.
- 2) zjistit míru důležitosti spolupráce rodiny seniora pro úspěšnost reminiscenční terapie .
- 3) zjistit přínosy a úskalí reminiscenční terapie pro psychiku seniora dle respondentů.
- 4) provést analýzu skupin klientů vzhledem k jejich věku a pohlaví, zjistit frekvenci provádění reminiscenční terapie v jednotlivých domovech pro seniory

Autorka vyhodnocovala výsledky výzkumného šetření pomocí otevřeného kódování. Popis této metody je uveden v kapitole 5.6.

### **6.1 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST 1: PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ**

Autorka se zde zaměřila na zmapování některých skutečností souvisejících s personálními zdroji, a to s ohledem na dílčí cíle oblasti, konkrétně na to, zda mají domovy na území města Plzně dostatek personálu kvalifikovaného pro práci s reminiscenční terapií, a pokud ano, zda se jedná o stálý personál domova nebo spíše o dobrovolníky. Dále pak na to, jakým způsobem personál s reminiscenční terapií pracuje..

Dalšími mapovanými skutečnostmi byly míra povědomí personálu domova pro seniory o reminiscenční terapii (myšleno toho personálu, jehož náplň činnosti souvisí s reminiscenční terapií a jejím případným zaváděním) a zdroje čerpání informací o reminiscenční terapii.

Autorka se dotazovala na to, jestli mají domovy dostatek personálu pro bezproblémový průběh reminiscence a jak často u nich reminiscenční terapie probíhá.

Všech devět domovů, které reminiscenční terapii neprovádí (domovy pod označením 1), uvedlo, že mají nedostatek kvalifikovaného personálu. Zástupkyně obou domovů, které reminiscenční terapii praktikují (domovy pod označením 2), uvedly, že pro provádění terapie mají dostatek kvalifikovaného personálu.

V případě domovů pod označením 1 jsou dva z nich již v přípravné fázi a zamýšlejí reminiscenční terapii co nejdříve zavést. V současné době ergoterapeutky domovů plánují navštěvovat odborná školení, aby se zdokonalily v práci s individuální reminiscenční terapií.

Všechny ostatní domovy pod označením 1 využívají alespoň určitých principů reminiscenční terapie (jako je povídání si s uživateli služby o minulosti, prohlížení si starých fotografií atd.). Respondenti mimo jiné uvedli, že by uvítali, aby buď sami mohli navštěvovat odborné kurzy, nebo aby u nich s reminiscenční terapií pracoval vyškolený odborník. Respondent označený B1 uvádí, že by se z finančních důvodů muselo jednat o dobrovolníka. Roli zde tedy hraje i otázka finanční.

Respondenti pod označením A2 a B2 uvádí, že reminiscenci nemůže provádět pouze jeden pracovník, že je důležitá práce v týmu, a proto posílají na přednášky nejenom ergoterapeuty, ale i ošetřovatele, popřípadě jim zhotovují výpis z absolvovaných přednášek a kurzů. Respondent označený B2 konkrétně uvádí: *„já to dřív dělala sama, ale pak jsme přišli na to, že to nejde v jednom, že potřebujeme tým. Já jsem byla u všech klientů, ale problém byl, že jsem se k nim nemohla vracet. U každého sem byla tak dvakrát měsíčně.“* Takto vyškolení ošetřovatelé dělají individuální reminiscenci s klienty vždy, když k tomu mají příležitost.

Na otázku, jaký postup používají, odpověděli respondenti pod označením A2 a B2 v zásadě stejně. Podle obou je zde důležité rozlišovat individuální a skupinovou

reminiscenci. Postup u skupinové je následující: příprava pomůcek (fotografie, nahrávky atd.), zcitlivění (naladění se na téma), vysvětlení průběhu hodiny, vlastní průběh reminiscence (rozhovor, prohlížení fotografií atd.) a závěr. Podle respondentů stanovených v tomto výzkumu jako A2 a B2 je u individuální reminiscence hlavně důležité umět vést a udržet rozhovor a být empatický.

Jeden z respondentů se zmínil o důležitosti dobré znalosti seniorovy biografie. Respondent doslova řekl: *„Ted' je takový trend pracovat s tím člověkem podle toho co prožil. Musíme dobře znát jeho biografii, abychom mohli zacílit, aby získal chuť, aby to mělo emocionální náboj. S bývalou švadlenou se nebudeme bavit o hospodářských zvířatech a dávat jí něco k modelování, ale dostane látky. Proto děláme biografické knihy.“*

Na otázku, z jakých zdrojů čerpají informace o reminiscenční terapii a zda využívají zkušeností ostatních domovů používajících reminiscenci, šest z jedenácti respondentů uvedlo, že navštěvují odborná školení a přednášky. Školu jako jediný zdroj informací uvedli tři respondenti. Knihy, odborné články a internet jsou zdrojem informací pro pět respondentů. Respondenti pod označením 2 (ti, kteří reminiscenční terapii využívají) za svůj zdroj informací označili i ostatní domovy, které se reminiscencí zabývají. Respondent pojmenovaný A2 uvádí: *„Když vím, že to v jiném domově probíhá, spojím se s pracovníci a vyměňujeme si informace.“*

Co se týče míry povědomí o reminiscenční terapii, všechny domovy měly dostatek informací. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že všichni dotázaní znají obsah pojmu reminiscenční terapie., a i ti, kteří reminiscenční terapii neprovádějí, znají zhruba její postup a uplatňují v praxi alespoň některé její prvky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že všichni oslovení respondenti využívají alespoň prvků nebo principů reminiscenční terapie a všichni také dobře znají obsah pojmu reminiscenční terapie. Hlavním zdrojem informací respondentů jsou přednášky a školení. Jako zásadní problém, proč u sedmi z devíti respondentů není reminiscenční terapie vedena odborně, se jeví nedostatek kvalifikovaného personálu.

### **6.1.1 Naplnění dílčích cílů 1**

V oblasti personálního zajištění se autorce podařilo naplnit téměř všechny dílčí cíle a dojít k závěrům, které jsou uvedeny výše. Výjimku zde tvoří dílčí cíl 1a, jehož část se autorce naplnit nepodařilo. Konkrétně se jedná o odpověď na otázku, zda jsou rozdíly mezi prací kvalifikovaného personálu a dobrovolníků. Zjištění nebylo uskutečněno proto, že v oslovených domovech pro seniory žádní dobrovolníci reminiscenční terapii neprovádějí.

## **6.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST 2: SPOLUPRÁCE RODINY SENIORA**

Tato výzkumná oblast nebyla původně předmětem autorčina zkoumání, nicméně v průběhu výzkumného šetření se v rozhovorech s respondenty ukázalo, že se jedná o oblast důležitou. Z tohoto důvodu ji autorka začlenila do výzkumného šetření a stanovila také cíl, který se k ní vztahuje, a to zjistit v rámci svých možností míru důležitosti spolupráce rodiny seniora pro co nejlepší výsledek reminiscenční terapie.

Všichni respondenti uvedli, že ačkoli se rodina většinou snaží spolupracovat, bývá problém s tím, že členové rodiny nejsou dostatečně informováni a neví, jaké věci mají pro seniora donést (jedná se o předměty do tzv. memory boxů, které jsou při reminiscenční terapii často využívány za účelem oživení vzpomínek). Rodinní příslušníci seniora často nevědí, k jakým věcem měl osobní vztah. Velmi častý je případ, kdy je senior nejprve hospitalizován v nemocnici, pak odchází rovnou do domova a rodina zatím jeho byt vyklidí a popřípadě věci i vyhodí.

Stimulace vzpomínek například pomocí memory boxů je důležitá zejména u seniorů z domovů se zvláštním režimem, protože bez takového povzbuzení paměti se jim vzpomínky často nevybaví.

Všichni respondenti dále uvedli, že ještě důležitější je spolupráce rodiny při sestavování seniorovy biografie. Rodina seniora je často jediná, kdo může takové údaje poskytnout, protože senior už třeba skutečnosti ze svého života zapomněl. To se týká opět hlavně domovů pro seniory se zvláštním režimem. Dle respondentů je průběh i výsledek reminiscenční terapie negativně ovlivněn neznalostí seniorovy biografie. Viz 6.1. V případě neznalosti klientovy biografie jsou využívány například dobové

nahrávky, fotografie tehdejších herců atd. Lepší výsledky ovšem má využití toho,, k čemu má senior osobní vztah, co ho zajímalo atd.

Autorka dospěla ke zjištění, že spolupráce rodiny seniora není nutnou podmínkou pro dobrý výsledek reminiscenční terapie, avšak význam této spolupráce je přece jen velký, a je větší pravděpodobnost lepšího výsledku reminiscenční terapie, pokud rodina seniora spolupracuje. Z důvodů uvedených výše se to týká hlavně domovů pro seniory se zvláštním režimem.

### **6.2.1 Naplnění dílčího cíle 2**

Autorka se domnívá, že cíl výzkumné oblasti byl naplněn pouze částečně. Důvodem je to, že, jak je uvedeno výše, autorka oblast zkoumání byla zařazena do výzkumného šetření až dodatečně. Pokud by daná oblast byla zkoumána již od počátku výzkumného šetření, autorka by k rozhovorům přidala ještě například dotazníky s číselnou škálou, která by vyjadřovala míru důležitosti spolupráce rodiny podle respondentů. To by dle názoru autorky mělo vyšší reliabilitu.

Autorka se dále domnívá, že spolupráce rodiny seniora a její důležitost pro reminiscenční terapii je výzkumnou oblastí, která by si „zasloužila“ rozsáhlejší výzkumné šetření.

## **6.3 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST 3: KLADY A ZÁPORY**

Cílem výzkumné oblasti je zjistit názor respondentů na vliv reminiscenční terapie na psychiku seniorů. Tímto směrem tedy autorka zaměřila svůj výzkum.

Oba respondenti pod označením 2 uvedli, že úskalí reminiscenční terapie, kterému je potřeba se vyhnout, spočívá v tom, že se může v průběhu terapie vynořit téma, které je pro klienta citlivé a bolestné. Potom by vliv na psychiku byl spíše negativní. Nicméně tomuto se dá zabránit citlivým přístupem, popřípadě konzultací s psychologem. Jeden z respondentů doslova uvedl: „...když se zjistí, že je tam nějaký problém, tak se pokračuje s psychologem...“

Přínosem reminiscenční terapie je dle respondentů pod pojmenováním A2 i B2 potvrzení identity seniora a příznivé naladění psychiky. Respondent označený B2

doslova uvádí: „Vzpomínky potvrzují identitu. Vidí, co udělali, čím byli. Vidí, že jejich život má hodnotu.“

Dalším přínosem pro psychiku seniora je, že se senior díky skupinové reminiscenční terapii začlení do kolektivu. Reminiscenční terapie tedy napomáhá k adaptaci seniora.

Bylo tedy zjištěno, že dle respondentů klady reminiscenční terapie pro psychiku seniora spočívají zejména v potvrzení seniorovy identity a v jeho pozitivním psychickém naladění. Možným úskalím je „dotknutí se“ témat, která jsou pro seniora citlivá. V tomto případě však při správném přístupu nedochází k negativnímu vlivu na psychiku seniora.

### 6.3.1 Naplnění dílčího cíle 3

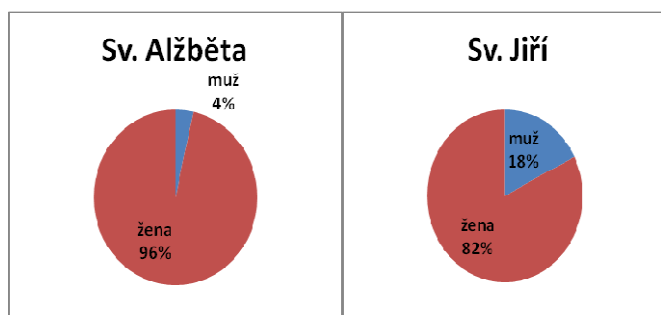
Podle názoru autorky se podařilo dílčí cíl této výzkumné oblasti naplnit, neboť byly zjištěny hlavní přínosy a úskalí reminiscenční terapie na psychiku seniora dle oslovených respondentů.

## 6.4 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OBLAST: SKUPINY KLIENTŮ REMINISCENČNÍ TERAPIE

Cílem výzkumné oblasti bylo provést analýzu skupin klientů vzhledem k jejich věku a pohlaví a dále zjistit frekvenci provádění reminiscenční terapie v jednotlivých domovech pro seniory.

Z vyhodnocení dotazníku vyplynulo, že terapii navštěvují mnohem častěji ženy než muži, a to z toho důvodu, že jednak jsou ženy v domovech zastoupeny ve větší míře než muži, a také proto, že, jak se domnívají respondenti, ženy raději vzpomínají a jsou nostalgičtější než muži. V grafu číslo 1. uvádíme procentní zastoupení mužů a žen.

**Graf č. 1.: Znázornění procentuálního zastoupení mužů a žen**





Zdroj: Vlastní analýza, 2013

V domově sv. Jiří probíhá reminiscenční terapie ve skupinkách, které jsou sestaveny podle věku seniorů a mají 8 – 12 členů. Z důvodu věkové homogenity skupinek nemá smysl zabývat se průměrným věkem účastníků terapie. Věk seniorů v každé jednotlivé skupince se liší maximálně o pět let.

Reminiscenční terapie probíhá u každé skupinky jednou týdně, a to po dobu dvou měsíců. Poté následuje reminiscenční terapie s další, věkově odlišnou skupinkou.

V domově sv. Alžběty je počet členů reminiscenční skupinky přibližně stejný jako v domově sv. Jiří. Věkově jsou však členové v každé skupince různorodí, a to z toho důvodu, že domov sv. Alžběty má málo klientů a proto není možné vytvořit věkově homogenní skupinky jako v případě sv. Jiří. Reminiscenční terapie zde probíhá čtyřikrát týdně. Na sezení dochází senioři, kteří mají o terapii zájem. Témata reminiscencí jsou vždy dopředu vyhlášena.

V domově sv. Alžběty je průměrný věk klientů, kteří se účastní reminiscenční terapie 86 let.

Závěrem autorka uvádí, že zjištěné skutečnosti jsou takové, že v obou dotázaných domovech docházejí na terapii častěji ženy než muži. Sezení probíhají u prvního z respondentů jedenkrát týdně, vždy po dobu dvou měsíců, u druhého pak čtyřikrát týdně. V případě prvního respondenta dochází na terapii věkově homogenní skupinky, věkový průměr klientů ve druhém dotázaném domově je 86 let.



#### **6.4.1 Naplnění dílčího cíle 4**

V tomto případě byl podle názoru autorky dílčí cíl naplněn. Byla provedena analýza skupin klientů podle jejich věku a pohlaví a byla zjištěna frekvence provádění reminiscenční terapie v jednotlivých domovech pro seniory.

## 7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ

Z hlediska **hlavního výzkumného cíle**, tzn. posoudit možnosti a meze zavádění reminiscenční terapie do domovů pro seniory na území města Plzně, autorka analýzou prvních tří dílčích výzkumných oblastí došla k závěrům, že meze zavádění reminiscenční terapie spočívají zejména v nedostatku kvalifikovaného personálu. Zde vidí autorka jako částečnou možnost pro zavádění reminiscenční terapie využívání dobrovolníků nebo stávajícího personálu k provádění individuální reminiscenční terapie, protože k té jsou hlavními dovednostmi, jak se shodla většina tázaných respondentů, zejména empatie a umění vést rozhovor. Naproti tomu u terapie skupinové tyto vlastnosti dle respondentů nestačí, zde je potřeba také odborná kvalifikace.

Další skutečností, na kterou by chtěla autorka upozornit, je nedostatečné povědomí rodin seniorů o reminiscenční terapii, to však autorka považuje za mez pouze do určité míry, protože ačkoli je tím průběh reminiscenční terapie zkomplikován, lze ji nicméně využívat. Za možnost, jak překonat uvedenou komplikaci, považuje autorka v případě, že nejsou k dispozici osobní věci seniora, zavádění „erárních“ memory boxů, dále pak, v případě neznalosti seniorovy biografie, využití například dobových nahrávek, fotografií, knih atd. Toto jsou skutečnosti, které jsou již využívány dvěma respondenty pod označením 2 a kterých by, podle mínění autorky, mohlo využít zbývajících sedm respondentů.

Autorka se dále domnívá, že efektivní možností k překonání těchto nesnází by byla spolupráce domovů pro seniory s nemocnicemi, například formou informačních letáků, které by nemocniční personál předal rodině seniora.

Nepodařilo se zjistit několik skutečností, definovaných některými dílčími cíli. Konkrétně rozdíl mezi prací dobrovolníků a stálého personálu, dále pak přesněji stanovit míru důležitosti spolupráce rodiny seniora pro reminiscenční terapii.

Autorka se domnívá, že se jí z velké části podařilo splnit úkoly stanovené jak dílčími, tak i hlavním výzkumným cílem, až na výjimky popsané výše.

Teoretická část práce se zmiňuje o vhodnosti využívání reminiscenční terapie u dementních i zdravých seniorů. Autorka se domnívá, že v průběhu rozhovorů

s respondenty byla jimi tato vhodnost potvrzena, neboť jednoznačně označili reminiscenční terapii za velmi přínosnou pro psychiku a paměť seniorů. Respondenti mluvili také o tom, že reminiscenční terapie s úspěchem využívá záliby seniorů v častém vzpomínání. Také o této skutečnosti se teoretická část práce zmiňuje.

Autorka dále uvádí, že ani v jednom ze dvou domovů na území města Plzně, které reminiscenční terapii využívají, není praktikován ani expresivní ani reflektující přístup z toho důvodu, že oba přístupy zahrnují také vzpomínání na traumatizující zážitky. Takovým vzpomínkám se ergoterapeuti raději vyhýbají, protože dochází k rozcitlivění seniora. Pokud se traumatizujícího zážitku dotknou, předávají věc do rukou odborníka. V Domově sv. Jiří je praktikována forma reminiscenční terapie, která vytváří prostředí co nejvíce podobné domovu. (Viz. teoretická část 3.3.)

K tomuto účelu slouží reminiscenční místnost.

Dle výzkumného šetření vychází najevo, že v praxi skutečně zřejmě dochází k prolínání formálního a neformálního vedení skupinové terapie, jelikož v domovech jsou předem známa témata terapie a skupinky mají omezený počet klientů, na druhou stranu se jedná o otevřenou, nenucenou komunikaci, s cílem zapojit všechny klienty do rozhovoru.

Za doporučení pro praxi autorka považuje možnost spolupráce domovů pro seniory s nemocnicemi, dále pak pro ty domovy, které nemají reminiscenční terapii zavedenu, využívání alespoň individuální reminiscenční terapie, prováděné dobrovolníky nebo stávajícím personálem (viz výše.)

## ZÁVĚR

Reminiscenční terapie má pro seniory celou řadu přínosů, jakými jsou například potvrzení identity seniora či jeho lepší adaptace na nové prostředí.

Bakalářská práce se věnovala zkoumání možností a mezí zavádění reminiscenční terapie v domovech pro seniory na území města Plzně. Bylo zjištěno, že zavádění reminiscenční terapie se setkává s různými obtížemi, které se autorka v práci pokusila zmapovat a zároveň se pokusila i dobrat se některých možností usnadňujících zavádění reminiscenční terapie v uvedených zařízeních.

Vzhledem k tomu, že v domovech, ve kterých je reminiscenční terapie prováděna, ji personál hodnotí velmi kladně, bylo by jistě přínosné zavést ji i v ostatních domovech.

Autorka by chtěla vyjádřit vděčnost personálu domovů pro seniory za vlídné přijetí a velmi ochotnou spolupráci. Je si vědoma, že personál domovů je velmi časově zaneprázdněn, a proto si velmi cení vstřícnosti a ochoty personálu.

Tuto práci autorka považuje za velmi cenou a přínosnou zkušenost.

## **RESUMÉ**

Bakalářská práce se zabývá problematikou zavádění reminiscenční terapie v zařízeních pro seniory. Klade si za cíl zhodnotit možnosti a meze zavádění reminiscenční terapie v zařízeních pro seniory na území města Plzně.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou část, která ve třech kapitolách popisuje problematiku stárnutí, stáří, a problémy s nimi spojené, dále pak vymezuje obsah pojmu reminiscenční terapie, uvádí přístupy k ní, její formy a pomůcky při ní používané. Ve třetí kapitole se čtenář seznámí s konkrétními domovy na území města Plzně a s organizacemi, pod které tyto domovy spadají.

Praktická část se zabývá metodologií, podává výsledky výzkumného šetření a shrnutí výsledků. Šetření bylo prováděno za využití dvou výzkumných metod, a to polo – strukturovaného rozhovoru a dotazníku.

## **SUMMARY**

This Bachelor thesis deals with the implementation of reminiscence therapy in facilities for the elderly in Pilsen. The work aims to evaluate the possibilities and limits of implementing reminiscence therapy in facilities for the elderly in Pilsen.

Bachelor thesis contains a theoretical part, which in three chapters describes the problem of aging, old age and problems associated with them, as well as containing the term reminiscence therapy and access to it, with its forms and tools used in it. In the third chapter the reader is apprised with the specific homes in Pilsen and the organizations under which these homes belong.

The practical part describes the methodology, given the results of the research and a summary of the results. The research was conducted using two research methods, semi - structured interview and a questionnaire.

## POUŽITÉ ZDROJE

2. Co je porucha paměti. In. <http://www.klinikazdravi.cz> [online]. [cit. 10.6. 2013]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/clanky/co-je-porucha-pameti/>
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978 – 80 – 7262 – 900 – 8.
4. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: portál 2005. ISBN 80 – 7637 – 040 – 2.
5. HOLMEROVÁ, I., E. Jerolímová aj. Suchá a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 1. vyd. Praha: Edice Vážka 2007 ISBN 978 – 80 – 254 – 0177 – 4.
6. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. Reminiscence. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978 – 80 – 7367 – 581 – 3.
7. MIOVSKÝ, Michal, Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4
8. (O nás . In. <http://www.longevita.cz/> [online]. [6. 7. 2013e]. Dostupné z: <http://www.longevita.cz/o-nas.htm>
9. PACOVSKÝ, Vladimír, O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80 – 201 – 0076 – 8.
10. PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ., Gerontologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 80 – 044 – 81
11. PELIKÁN, Jiří., Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978 – 80 – 7184 – 569 – 0.
12. PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří KRAUS a kol. Akademický slovník cizích slov. 1. vyd. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0607-9.
13. POLEDNÍKOVÁ, Lubica, Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. 1. vyd. Martin:Osveta, 2006. ISBN 80 – 8063 – 208 – 1.
14. PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ, Trénování paměti a poznávacích schopností. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978 – 80 – 247 – 2738 – 7.
15. RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80 – 7169 – 828 – 8.

16. ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem: vývojová psychologie. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80 – 7367 – 127 – 7.
17. Senior Residence Terasy. In. . <http://old.residenceterasy.cz/> [online] [cit. 6. 7. 2013] Dostupné z: <http://old.residenceterasy.cz/>).
18. Sociální služby. In. [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) [online]. [cit. 20.5. 2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368>
19. STENGELOVÁ, Franciska. Veselé hrátky s pamětí 1. vyd. Praha: Hedwing Ladner, 1996. ISBN 3 – 929317 – 61 – 3.
20. STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
21. STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80 – 7178 – 274 – 2.
22. SUCHÁ, Jitka. Cvičení paměti pro každý věk. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978 – 80 – 7367 – 199 – 0.
23. ŠPATEKNOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. 1.vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978 – 80 – 7262 – 711 – 0.
24. TOMEŠ, Igor. Obory sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978 – 80 – 7367 – 868 – 5.
25. TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál 2010. ISBN 978 – 80 – 7367 – 680 – 3.
26. Usnesení vlády ČR ze dne 9. ledna 2008 č. 8, O Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012., s. 8, [on line]. [cit. 16.5. 2013]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti\\_cz\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf)
27. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum: 2007. ISBN 978 – 80 – 246 – 1318 – 5.
28. Výroční zpráva diecézní charity Plzeň. 2011. Plzeň: DCHP
29. Výroční zpráva městské charity Plzeň. 2011. Plzeň: MCHP
30. Výroční zpráva městského ústavu sociálních služeb Plzeň. 2011. Plzeň MÚSS

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha číslo 1:** Fotografie ze skupinové reminiscenční terapie

**Příloha číslo 2:** Struktura rozhovoru – pro domovy, které reminiscenční terapii využívají

**Příloha číslo 3:** Struktura rozhovoru – pro domovy, které reminiscenční terapii nevyžívají

**Příloha číslo 4:** Dotazník



**Příloha číslo 1 – fotografie ze skupinové reminiscenční terapie**



Zdroj: osobní archiv ergoterapeutky domova sv. Alžběty, 2013

## **Příloha číslo 2 – pro domovy, které reminiscenční terapii využívají**

- Máte dostatek personálu k provádění reminiscenční terapie? Jakou kvalifikaci má tento personál a jakým způsobem jej získáváte?
- Byli byste pro personál ochotni pořádat odborná školení ke zvýšení kvalifikace při práci s reminiscenční terapií?
  - Pokud ne, tak proč?
- Z jakých zdrojů jste čerpali nebo čerpáte informace o reminiscenční terapii?
- Využívá váš domov zkušeností institucí podobného typu s touto terapií?
- Máte přesně daný postup, který beze změny využíváte nebo při práci s reminiscenční terapií také improvizujete?
- Jaké jsou podle vás přínosy a jaká úskalí reminiscenční terapie?
- Existují ještě jiné skutečnosti, o kterých byste se v souvislosti s reminiscenční terapií chtěli zmínit?
- Co byste doporučili ostatním domovům, aby reminiscenční terapie byla využita co nejlépe?

**Příloha číslo 3 – pro domovy, které reminiscenční terapii nevyužívají**

- Jste informováni o reminiscenční terapii?
  - Pokud ano, z jakých zdrojů?
- Z jakého důvodu u vás není reminiscenční terapie zavedena?
- Za jakých okolností byste byli ochotni zavést využívání reminiscenční terapie ve vašem domově

## **Příloha číslo 4 – dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Soňa Belšánová a studuji obor Sociální práce na Západočeské univerzitě. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Bude využit pro mou bakalářskou práci Možnosti a meze zavádění reminiscenční terapie v zařízeních pro seniory na území města Plzně, a to konkrétně pro analýzu skupin klientů zúčastňujících se reminiscenční terapie. Děkuji za laskavou spolupráci.

S. Belšánová

1. Uved'te prosím, jak dlouho je reminiscenční terapie ve vašem domově provozována.
2. Jak často reminiscenční terapie probíhá?
3. Jakým způsobem jsou skupinky klientů organizovány ( střídají se například skupinky pravidelně po určitém období)?
4. Kolik klientů bývá v reminiscenční skupince?
  - 1 – 5
  - 6 – 10
  - 11 – 15
  - Více
5. Může prosím uvést kolik, za poslední rok navštívilo reminiscenční terapii mužů a kolik žen?
6. Byli byste ochotni poskytnout pro mou bakalářskou práci anonymní údaje o věku klientů reminiscenčních skupinek?