

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Oddělení praxe

Bakalářská práce

VYUŽITÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE PŘI PRÁCI SE SENIORY

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor: Kateřina Klečková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 4

2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum

Kateřina Klečková

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové za cenné rady, připomínky, metodické vedení mé práce a za trpělivost.

OBSAH

Úvod	6
1 Charakteristika stáří a stárnutí.....	8
1.1 Kategorizace stáří a změny ve stáří	8
1.1.1 Biologické změny ve stáří.....	9
1.1.2 Sociální změna ve stáří	10
1.1.3 Psychické změny ve stáří.....	10
1.2 Potřeby ve stáří	11
1.3 Přijetí stáří.....	14
1.4 Stárnutí společnosti.....	15
1.5 Sociální služby zaměřené na seniory	17
1.6 Aktivizační činnosti	20
2 Reminiscenční terapie.....	22
2.1 Vymezení pojmu reminiscence a reminiscenční terapie.....	22
2.2 Vznik a vývoj reminiscenční terapie	23
2.3 Paměť.....	24
2.3.1 Krátkodobá paměť	24
2.3.2 Dlouhodobá paměť	25
2.3.3 Změny paměti ve stáří.....	25
2.3.4 Demence	26
2.4 Vzpomínky a jejich funkce ve stáří	27
2.4.1 Funkce zdůraznění pozitivních stránek osobnosti člověka a zachování sebepojetí	27
2.4.2 Funkce zvýšení pocitu vlastní hodnoty.....	28
2.4.3 Funkce změny negativního image a narušení stereotypů o stáří.....	29
2.4.4 Funkce získání stimulující a příjemné zkušenosti	29
2.4.5 Funkce bilancování	30
2.4.6 Funkce dosažení integrity v pojetí vlastního života.....	30
2.5 Formy reminiscenční terapie	31
2.5.1 Individuální reminiscenční terapie.....	31
2.5.2 Neformální skupinová reminiscenční terapie	31
2.5.3 Formální skupinová reminiscenční terapie	32

2.6	Reminiscenční terapie u seniorů se specifickými potřebami	32
2.6.1	Senioři po cévní mozkové příhodě	32
2.6.2	Senioři s demencí	33
2.6.3	Senioři trpící depresí a úzkostí.....	34
2.7	Zdroje pro reminiscenční terapie	34
2.7.1	Reminiscenční pomůcky	35
2.7.2	Komunitní zdroje	35
2.7.3	Lidské zdroje.....	35
2.8	Reminiscenční terapeut.....	36
2.9	Konkrétní reminiscenční aktivity v domově pro seniory.....	36
	Závěr	38
	Seznam použitých zdrojů	39
	Seznam příloh.....	41
	Přílohy.....	42
	Příloha I. Kazuistika č. 1	42
	Příloha II. Kazuistika č. 2	44
	Příloha III. Kazuistika č. 3	45
	Příloha IV. Kazuistika č. 4.....	47
	Příloha V. Kazuistika č. 5	49

Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala využití reminiscenční terapie v sociálních službách pro seniory. Toto téma jsem si zvolila ze dvou důvodů. Především se mi zdá velice aktuální, neboť česká společnost stárne. Často dnes slyšíme politiky, ale i odborníky, že je nutné se touto problematikou zabývat a hledat řešení, jak bude společnost o osoby v seniorském věku pečovat. Z toho důvodu je nutné se obdobím stáří zabývat, jeho projevy, dopady na společnost, ale také analýzou potřeb a způsobu jejich naplňování, protože je zřejmé, že pouze zvyšování kvality bydlení a materiálního zázemí je nedostačující. Je důležité znát individuální potřeby osob v tomto životním období, ale ještě důležitější je naučit se tyto potřeby odhalovat a reagovat na ně. Jednou z metod práce se seniory je právě reminiscenční terapie. Druhým důvodem k výběru tohoto tématu je fakt, že je mi profesně blízké. Od roku 2007 pracuji v příspěvkové organizaci TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí, ve středisku Domov pro seniory, na pracovní pozici pracovník v sociálních službách – ergoterapeut.

V průběhu osmi let jsem získala řadu zkušeností v aktivizační činnosti se seniory, ať už ve skupinové či individuální formě. Několik let také ve své práci aktivně využívám reminiscenční terapie. Tato terapie mě zaujala svou „jednoduchostí“, neboť stačí malý podnět a člověk se může dozvědět neuvěřitelní příběhy. Zájem o reminiscenční terapii mě přivedl k rozhodnutí zaměřit se právě na ni. Proto jsem v roce 2010 absolvovala kurz „Reminiscenční techniky jako aktivizační prostředek v péči o seniory“ pořádaný Diakonií ČCE. Při této terapii pracujeme s celou historií života člověka, s tím, co prožil a ve vzpomínkách stále prožívá. Staří lidé také byli dětmi, studenty, zaměstnanci, rodiči, prožili různé radosti, zklamání a tím, že se budeme o jejich život zajímat, naslouchat jim, tím nejlépe vyjádříme náš zájem o úctu vůči nim. Navíc tím, že se k nim přiblížíme, lépe pochopíme jejich potřeby, jimiž je třeba se zabývat.

Cílem mé práce je popsat na základě svých zkušeností, teoretických znalostí a příkladových kazuistikách funkci, význam a využitelnost reminiscenční terapie v sociálních službách pro seniory.

Práce je rozdělena do dvou kapitol. V první se věnuje stáří a stárnutí obecně, popisuje jaké změny a potřeby, které s sebou stáří přináší, to, jaká strategie se může zaujímat při přijetí stáří, zabývat se celkovým stárnutím společnosti, a nakonec sociálním službám u seniorů a aktivizačním činnostem s nimi spojenými. Druhá kapitola patří reminiscenční

terapii, jejímu vzniku, vývoji, funkci vzpomínání ve stáří a zdrojům pro reminiscenční terapii. Rovněž tím, jakými schopnostmi a dovednostmi by měl disponovat reminiscenční terapeut a také jak probíhá reminiscenční terapie u osob se specifickými obtížemi, a to hlavně u osob s demencí a po cévní mozkové příhodě.

„Každý z nás píše svým životem knihu životního příběhu.

Vzpomínání je jako listování v jejich stránkách.

Některé jsou jako slunečný den, rádi se k nim vracíme.

Jiné spíše jako nehostinná pustá krajina plná propastí,

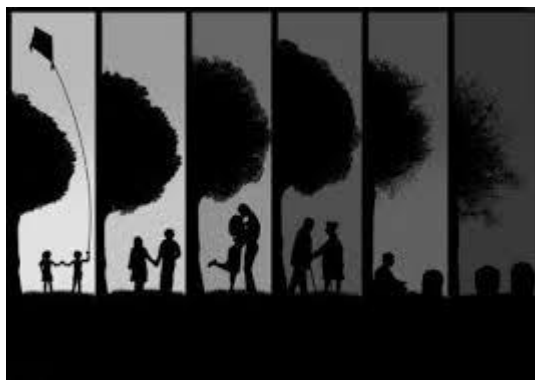
raději z ní rychle pryč, otočit list.

Žádné dvě knihy ale nejsou, stejné,

každá je jedinečným unikátem,

který zobrazuje blízkou i vzdálenější minulost svého tvůrce.“

Faith Gibsonová



1 Charakteristika stáří a stárnutí

Stáří je přirozenou součástí lidského života. Mnohdy je označováno jako jeho nejtěžší období, které je prodchnuto krizemi, ubýváním schopností a dovedností, nemocemi a blížící se smrtí. Současná doba je naopak charakterizována jako doba výkonu, užívání si života, tvářící se, že stáří, nemohoucnost, nemoc se nás netýká. Přesto všechno je stáří poměrně velký kus života, obzvlášť v dnešní době, kdy se prodlužuje střední délka dožití. V této kapitole se zabývám stářím z pohledu sociálních věd. Abychom mohli hovořit o reminiscenční terapii u seniorů, popíši v následující kapitole období stáří, jeho definice, projevy, rozdělení a jak se vyvíjí potřeby osob v tomto období. Krátce se také budu věnovat souvisejícímu jevu stárnutí společnosti.

Stárnutí je stejně důležitá životní etapa jako každá jiná. Bohužel v dnešní společnosti je stále na tuto etapu pohlíženo jako „na konec života“. Přitom stárnutí není konec života, teprve smrt skutečný přináší konec. Jak ve své knize *Vývojová psychologie* uvádí Langmeier J., Krejčířová D. „pod pojmem *stárnutí* se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.“¹

Přitom je nutné si uvědomit, že stáří a stárnutí je velmi individuální proces, má na ně vliv celá řada faktorů jako například dosavadní životní styl, genetická výbava, životní prostředí, povolání, sociální vztahy, ale také duševní a duchovní postoje jedince.

O stáří můžeme tedy uvažovat jako o období, kdy dochází ke změnám organismu, jež mají za následek pokles výkonnosti a schopností jedince a jež jsou individuálně podmíněné.

V následující kapitole rozeberu členění stáří a změny, které se stárnutím souvisí.

1.1 Kategorizace stáří a změny ve stáří

Stáří je velmi obsáhlý pojem a mnohdy může zahrnovat až třetinu života člověka. Jednou z nejdůležitějších charakteristik stáří a stárnutí je věk. V této souvislosti můžeme hovořit o kategorizaci stáří z pohledu věku, jedná se o věk kalendářní, jehož rozdělení je dáno chronologicky a věk funkční, jehož rozdělení je dáno souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních (věk biologický, věk psychologický, věk sociální).

¹ LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, str. 202.

Kalendářní věk je kategorizován dle Světové zdravotnické organizace následovně:

„45 – 59 let: střední věk

60 – 74 let: vyšší věk, starší věk, rané stáří, mladí staří

75 – 89 let: stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sérum, opravdu staří

90 let a výše: dlouhověkost.“²

Funkční věk neboli věk skutečný, odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka a velmi často není totožný s kalendářním věkem. V této souvislosti hovoříme o věku biologickém, sociálním a psychologickém.

Biologický věk je důsledkem chorobných situací, způsobem života, geneticky řízeného programu biologického stárnutí, atd. **Psychologický věk** je podmíněn individuálními osobními rysy, reakcí jedince na stáří, atd. a **sociální věk** souvisí s rozmanitou stránkou sociálního života člověka.³

Na stáří člověka se nelze dívat pouze z pohledu kalendářního věku, protože se tak o jeho skutečném stáří mnoho nedovíme. Jak jsme již řekli, je stáří a jeho projevy značně individuální. Stav a procesy které v organismu probíhají, vůbec nemusí korespondovat s kalendářním věkem. Člověk je bytost bio – psycho – sociální. V následující kapitole popíši, jak tyto složky osobnosti podléhají změnám ve stáří.

1.1.1 Biologické změny ve stáří

Jedná se o takové změny, které v organismu probíhají na úrovni fyziologických funkcí. Těmito změnami jsou postiženy tělesné tkáně a orgány, neprobíhají však u všech jedinců stejně. Tyto změny jsou zapříčiněny genetickými dispozicemi a životním stylem. Dochází ke zpomalení jednotlivých systémů v těle, k poklesu adaptačních mechanismů a oslabení různých funkcí organismu.

Mezi biologické změny patří:

- snižuje se výška těla
- ubývá svalové hmoty a dochází k poklesu svalové síly
- řídnutí kostí
- snižuje se funkce plic (starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku)
- snižuje se množství trávicích šťáv (potrava se pomaleji rozkládá a vstřebuje)
- dochází k poklesu pohlavní činnosti (u žen končí menstruace, u mužů se snižuje potence)

² PACOVSKÝ, V. *Geriatric*, s. 13.

³ Srov. PACOVSKÝ, V. *Geriatric*, s. 13.

- kůže ztrácí svou pružnost a ztenčuje se
- dochází k poruchám chůze a rovnováhy
- snižuje se odolnost proti zátěži a neschopnost adaptace na nové životní podmínky
- dochází ke zhoršování smyslových orgánů (zhoršuje se zrak, sluch, hmat, čich a chuť).⁴

Biologické projevy stárnutí jsou často spojovány s nemocemi, ale samo stáří nemůžeme jednoduše označit jako nemoc. Pro stáří je typický výskyt několika nemocí probíhajících současně, tzv. polymorbidity.

1.1.2 Sociální změna ve stáří

Tyto změny souvisí se sociální oblastí.

Mezi sociální změny patří:

- odchod do důchodu (což je asi nejzávažnější změna)
- změna životního stylu
- změna životních rolí
- změna ekonomické situace
- ztráty blízkých osob – vrstevníků, partnera
- osamělost, izolace

Každý starý člověk je členem společnosti a společnost by měla stáří přijímat jako přirozenou realitu. Cílem společnosti by měla integrace starých lidí, nikoliv jejich segregace.⁵

1.1.3 Psychické změny ve stáří

Tyto změny přímo souvisejí nebo jsou způsobeny změnami biologickými a sociálními.

Mezi psychické změny patří:

- zhoršení poznávacích schopností (vnímání, paměť, myšlení)
- mění se pořadí potřeb, cílů a hodnot
- zpomaluje se psychomotorické tempo
- ochuzení fantazie
- snížena schopnost řešit složité situace, problémy

⁴ Srov. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 19 – 22.

⁵ Srov. PACOVSKÝ, V. *Geriatric*, s. 24 – 25.

- obtíže při vybavování si některých informací
- hůře se v paměti uchovávají nové informace
- snížena koncentrace pozornosti

Mezi psychické změny patří také změny kognitivních funkcí. Jelikož tyto změny přímo souvisí s terapeutickou činností a s reminiscencí, rozvedu tuto oblast v samostatné kapitole.

Se změnami, které stáří doprovázejí (biologické, sociální a psychické), úzce souvisí i uspokojování základních potřeb ve stáří. V důsledku tělesných, psychických a sociálních změn ve stáří je někdy obtížné potřeby jasně definovat a hledat způsoby jejich uspokojení. V následující kapitole rozebereme jednotlivé potřeby dle uvedené hierarchie.⁶

1.2 Potřeby ve stáří

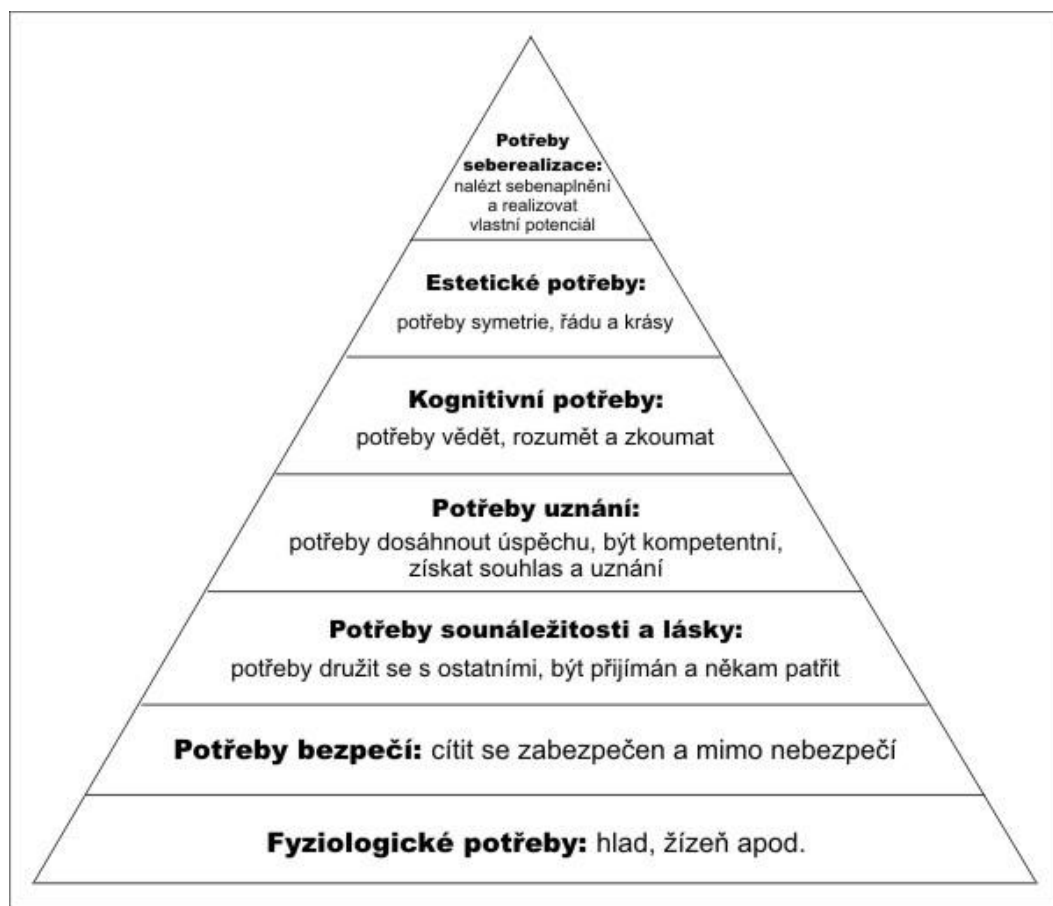
Ve všech obdobích života člověk uspokojuje svoje potřeby. Potřeby a jejich uspokojování jsou hybnou silou. Potřeby souvisí s jednotlivými vrstvami osobnosti (biologická, sociální, psychická). Ve stáří jsou některé potřeby díky úbytku schopností a dovednosti jedince těžce dosažitelné. Pojem potřeba je v mnoha koncepcích pojímán jako synonymum pro motiv, a z toho hlediska lze potřebu definovat jako: „více či méně vědomé mentální pohnutky, z nichž některé mají fyziologický základ. Na jejich uspokojování závisí nejen tělesná a duševní rovnováha, ale také psychická pohoda, spokojenost a štěstí, případně prožitek naplněnosti a smysluplnosti života.“⁷

Autorem neznámější hierarchie potřeb je americký psycholog Abraham Maslow, který rozdělil potřeby do pěti úrovní dle jejich naléhavosti, viz Obrázek č. 1, str. 12. Abraham Maslow se stal v 60. letech vůdčí osobností humanistické psychologie. V roce 1954 vydává knihu „Motivace a osobnost“, ve které uvádí svou hierarchii „potřeb“. Dále do oblasti soudobé psychologie výrazně přispěl volným používáním pojmu potřeba. Maslow předpokládá, že jádro lidských potřeb je určeno biologicky a navzdory své humanistické orientaci neřeší psychofyzické problémy (problémy mysli a těla).⁸

⁶ Srov. PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*, s. 21 - 25.

⁷ PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*, s. 368.

⁸ Srov. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*, s. 368.



Obrázek č. 1.⁹

Nejnižší se nacházejí **fyziologické potřeby**, k nimž patří například jídlo, pití, spánek, vylučování, aj. Pokud dojde k nedostatečnému uspokojování těchto potřeb, projeví se to negativně na zdravotním stavu člověku. Na druhém stupni je **potřeba bezpečí**, která souvisí s jistotou, stabilitou, atd. Na třetím stupni je **potřeba lásky**, náklonnosti, potřeba někam patřit. Na čtvrtém stupni se nachází **potřeba uznání**, potřeba dosáhnout určité prestiže, výkonu. A na vrcholu pyramidy se nachází **potřeba seberealizace**, potřeba smyslu naplnění vlastního života.¹⁰

Jak dále uvádí Plháková: „Potřeby, které spadají do prvních čtyř úrovní hierarchie, Maslow souhrnně označuje jako nedostatkové neboli deficitní (D-potřeby). Tyto

⁹ FRANĚK, P. *Filozofie úspěchu - Maslowova pyramida potřeb – jeden velký omyl* [online]. ©2011 – 2015 [cit. 2015-03-12]. Dostupné na WWW: <http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>.

¹⁰ Srov. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*, s. 369.

pohnutky fungují na principu udržování vnitřní tělesné nebo psychické rovnováhy. Maslow je dělí na nižší a vyšší. K nižším patří fyziologické potřeby a potřeby bezpečí, k vyšším potřeby lásky, sounáležitosti a uznání. Uspokojování vyšších nedostatkových potřeb zajišťuje duševní pohodu, případně i rozvoj osobnosti jedince. Také ony však fungují na principu redukce napětí, které jedinec pociťuje, nejsou-li uspokojeny. Jsou to „černé díry“, které si žádají zaplnění.“¹¹

Mnoho lidí se domnívá, že potřeby ve stáří se redukuje pouze na ty fyziologické. Ale právě starý člověk se někdy potýká s mnohem obtížnějšími životními situacemi než mnohý mladý. Potřeba seberealizace je v souvislosti se stářím často vnímána jako nepotřebná, neboť se má za to, že člověk se již realizoval v průběhu svého života. Uspokojení této potřeby je ohroženo přímo fatálně. Ohrožuje ji již jen samotný odchod do penze, později úbytek schopností věnovat se svým životním koníčkům.

Potřeba uznání opět souvisí se změnami ve všech třech oblastech života člověka (biologická, sociální, psychická). Uspokojení této potřeby je taktéž ohroženo zásadním způsobem – odchod do penze, úbytek dovedností a schopností.

Potřeba lásky, náklonosti, přátelství je v souvislosti se ztrátou životního partnera, přátel, vrstevníků, spolupracovníků také velmi často neuspokojována.

Potřeba jistoty a bezpečí je ve chvíli, kdy je člověk z nejrůznějších důvodů nucen opustit svoje dosavadní bydliště vlivem častých hospitalizací, pobytem v sociálních službách apod. rovněž neuspokojena.

Zbývají nám potřeby fyziologické, které současná společnost dokáže (může) velmi kvalitně zajistit. V této oblasti byl za posledních 20 let zaznamenán největší pokrok, ať už co se týká výživy, kompenzačních pomůcek a polohovacích pomůcek, léčiv, péče o inkontinenci apod. Často slyším názor, že je o současné seniory pečováno dostatečně a že ačkoliv mají vše, na co si vzpomenou, stejně nejsou spokojeni.

Jenže stačí uspokojovat pouze fyziologické potřeby? Dle Maslowa nikoliv. Je-li uspokojena nižší potřeba, což v našich podmínkách není problém, objevuje se potřeba vyšší a s těmi si už tak dobře poradit neumíme.

Zde je nutné se opět zamyslet nad funkcí potřeb, protože zajištění fyziologických potřeb i na kvalitní a vysoké úrovni nestačí k tomu, abychom život v období stáří mohli označit jako kvalitní. Nutně je třeba se zabývat způsoby jak zjišťovat konkrétní potřeby osob a jak je dokázat uspokojit.

¹¹ PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*, s. 369.

Stáří, jak jsme již rozebrali, s sebou přináší významné změny v životech lidí, a ty sebou nesou problémy v uspokojování jejich základních potřeb. Je-li je možné se na tyto změny nějak připravit, a jaké jsou na ně eventuální reakce, popíši v následující kapitole.

1.3 Přijetí stáří

Stáří je nedílnou součástí lidského života, v předchozích kapitolách jsem se zabývala jeho definicí a projevy. S narůstajícím počtem seniorů a prodlužující se střední délkou života se vkrádá otázka, zda je možné se na období připravit.

Eva Polachová uvádí následujících pět strategií vyrovnávání se s vlastním stářím:

- **Konstruktivnost** - do této skupiny patří lidé, kteří mají optimistický postoj k životu, jsou tolerantní, přizpůsobiví, navazují vztahy s ostatními lidmi, mají své zájmy.
- **Obranný postoj** – pro tuto skupinu lidí je typické, že předchozí život byli plně vytiženi a nyní se nemohou smířit se stárnutím, mají strach, že budou odkázáni na pomoc druhých a bojí se ztráty svého aktivního života. Proto stále hledají různé činnosti, odmítají jakoukoliv pomoc a „nemají“ čas na udržování sociálních kontaktů.
- **Závislost** – do této skupiny spadají lidé, kteří byli celý život spíše pasivní, spoléhali se na druhé a to způsobilo sklon k závislosti i ve stáří. Očekávají, že jejich potřeby bude uspokojovat někdo jiný, mají sklony k zveličování svých problémů a snaží se s okolím manipulovat.
- **Nepřátelství** – lidé patřící do této skupiny mají sklony svalovat vinu na druhé, bývají agresivní, nespokojeni a již dříve mívali časté neshody s okolím. K mladým lidem se chovají povětšinou nepřátelsky, závidím jim a své stáří vnímají jako další nepřízeň osudu. Rodina i ostatní lidé se jim většinou vyhýbají, takže žijí velmi osaměle.
- **Sebenenávist** – do této skupiny spadají lidé, kteří se považují za oběť svého osudu, jsou pesimističtí a lítostiví. Smrt je pro ně vysvobození, na život pohlížejí jako na promarněný. Nevyhledávají sociální kontakty, proto se cítí osaměle. Mají značné dispozici k depresím a následné sebevraždě.¹²

Dále Polachová uvádí možné formy přípravy na stáří:

¹² Srov. POLÁCHOVÁ, E. Adaptace a příprava na stáří, *Odborný časopis Sestra*, 2007, roč. 5, s. 49.

- **Dlouhodobá forma** - již od dětství bychom měli děti učit úctě a správnému chování ke starým lidem. Tím, jak se chováme ke svým rodičům a prarodičům spolurozhodujeme o tom, jaký vztah budou mít děti k nám, až zestárneme.
- **Středně dlouhá forma** – s cílenou přípravou na stáří bychom měli začínat ve středním věku, stáří bychom měli akceptovat jako nedílnou součást života. Člověk by se měl zamyslet nad svou životosprávou, zamyslet se nad tím jaké aktivity bude moci využívat a rozvíjet v pozdějších letech. Učit se novým věcem ve stáří bývá velmi náročné. Člověk by se měl také snažit o včasné vytvoření přátelských vztahů, což usnadňuje pozdější adaptaci na nové období – stáří.
- **Krátkodobá forma** – se týká období asi 3 roky před odchodem do důchodu a měla by mít ryze praktický charakter. Lidé by se měli zamyslet nad svým bydlením, případně ho upravit bezpečně a bezbariérově, a to vše v době, kdy jsou finančně zajištěni a při síle. Měli by posílit přátelské vztahy, zamyslet se nad svým životním stylem a zdravím. A hlavně by si měli promyslet, jak budou vyplňovat čas, až odejdou do penze. Po odchodu do důchodu existují dvě možnosti náplně života a to: stárnout pasivně – sedět, čekat a přežívat - či stále brát svůj život do rukou. Ve velké výhodě jsou lidé, mající koníčky a pohlízející na stáří racionálně.¹³

Na přijetí stáří se také podílí fakt, že je rozdíl mezi tím „vidět se jako starý“ a „cítit se jako starý“ a rovněž vnímání společnosti v tomto směru.¹⁴

Stáří, jeho projevy a reakce jsou velmi individuální, vždy však záleží mimo jiné i na pomoci okolí a v případě poskytování sociálních služeb na vhodných metodách terapeutické práce. Do této chvíle jsem se zabývala stářím a stárnutím jedince. V současné době však nelze mluvit pouze o stárnutí jedince, ale i o stárnutí společnosti. Jsme postaveni před problém, kdy osob v seniorském věku neustále přibývá, a prognózy naznačují, že tomu tak bude i v následujících desítkách let.

1.4 Stárnutí společnosti

Stáří a stárnutí dnes není vnímáno pouze jako individuální problém, ale také jako společenské téma v souvislosti se stárnutím společnosti.

¹³ Srov. POLÁCHOVÁ, E. Adaptace a příprava na stáří, *Odborný časopis Sestra*, 2007, roč. 5, s. 49.

¹⁴ RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako norma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha 2002. s. 7.

Jedním z problémů je, že stáří se nám nehodí do současného vnímání života a světa. Dnešní společnost je zaměřená na konzum, svobodu, nezávislost, neomezenost. Znakem je úspěch, zdraví, krása, volnost. Staří lidé jako by se do tohoto vnímání světa nehodili. V této souvislosti se také objevuje nový problém nazvaný ageismus. Dle Hrozenské a Dvořáčkové ageismus můžeme chápat jako věkovou diskriminaci starších osob, hraničící až s averzí.¹⁵ Staří lidé mohou být znevýhodněni ve zdravotnictví, sociálních službách, na úřadech, atd. Jsou spojováni s negativními předsudky o stáří, dle nichž jsou staří lidé všichni stejně nemocní, pomalí, neschopní, trpící poruchami paměti apod. Dále Hrozenská a Dvořáčková uvádí, že diskriminace člověka na základě jeho věku se ale nemusí týkat výhradně lidí ve věku 60 a více let. Už při uplatňování se lidí středního věku na trhu práce dochází často k jejich znevýhodnění, kdy jsou vzhledem ke svému věku chápáni jako pomalejší, rigidnější nebo neprogresivní. Společnost, vláda i mimovládni organizace bojují proti věkové diskriminaci tvorbou programů, orientovaných v duchu rovných příležitostí pro všechny a zabraňující sociální marginalizaci ohrožených skupin obyvatelstva.¹⁶

Dnešní společnost rozdělila lidský vývoj do věkových kategorií, z nichž každé přisoudila určitou roli, což způsobilo, že se tyto věkové kategorie nedokážou spolu domluvit, nedokážou si porozumět. A právě staří lidé toto pociťují nejvíce.¹⁷ Mladá a střední generace dnešní společnosti někdy působí dojemem, že oni nikdy nezestárnou, že jich se stáří netýká.

Dle ČSÚ má vývoj indexu stáří od roku 2006 do roku 2013 v ČR stoupající tendenci (index stáří vyjadřuje, kolik v populaci připadá osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let). To znamená, že se zvyšuje počet seniorů nad 65+ let oproti dětem do 14 let. Bývaly doby, kdy dětí bylo vždy více než seniorů, nyní od roku 2006 se poměr obrátil a přibývá seniorů. V roce 2006 byl index stáří 100,2, to znamená, že poměr seniorů a dětí byl téměř v rovnováze. Od té doby je v České republice více seniorů než dětí.¹⁸

¹⁵ HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*, s. 51.

¹⁶ HROZENSKÁ, M.; DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*, s. 51 – 52.

¹⁷ Srov. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 11 – 14.

¹⁸ Demografická statistika Českého statistického úřadu [online]. Praha: ČSÚ, 2006 – 2013

[cit. 2015-03-16]. Dostupné na WWW:

http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/310035-14-n_2014.

Podle prognózy populačního vývoje české republiky na období 2008-2070 vyplývá, že „počet starších seniorů ve věku 75 a více let by se měl přibližně ztrojnásobit při vzestupu z 0,69 mil. na 2,02 mil. osob mezi rokem 2008 a 2067, kdy očekáváme dosažení nejvyšší hodnoty tohoto ukazatele. Nejvýraznější změny v blízké i vzdálené budoucnosti však téměř jistě čekají kategorii nejstarších obyvatel ve věku 85 a více let, tzv. oldest-old. Téměř jistě proto, že jejich počet i ve značně vzdálené budoucnosti je možné odhadnout s poměrně vysokou spolehlivostí. Ke konci roku 2008 bylo v České republice přibližně 136 tis. osob ve věku 85 a více let. Půlmilionovou hranici by jejich počet měl s největší pravděpodobností překročit v roce 2037, přičemž v horizontu prognózy se předpokládá, že u nás bude žít zhruba 913 tis. nejstarších seniorů. V relativním vyjádření se jedná o nárůst v rozsahu 570 % tedy na 6,7násobek výchozího stavu.“¹⁹

Stárání a stárnutí je dnes označováno za jeden z celosvětových problémů dnešní doby. Stárnutí společnosti je vnímáno jako sociální problém mimo jiné také z důvodu růstu nákladů na zdravotní péči a sociální zabezpečení. Díky dnešní vyspělé medicíně výrazně poroste naděje, že se člověk dožije vyššího věku. Starší populace bude v průměru zdravější, ovšem bude ve větší míře zasažena chronickými a degenerativními chorobami, které sice nepovedou k úmrtí, ale ke ztrátě soběstačnosti ano. Toto vše způsobí navýšení nákladů na veřejné zdravotnictví a sociální služby.²⁰ Proto je nutné se zabývat otázkou jak, a jaké služby seniorům poskytovat. Tato otázka vždy musí souviset s otázkou potřeb, schopností tyto potřeby zjišťovat a vhodně na ně reagovat tak, aby byly satureovány. V následující kapitole se budu zabývat sociálními službami, které jsou určeny pro seniory, jejich členěním a činnostmi, které realizují. Současně zmíním o aktivizacích, které se v těchto zařízeních poskytují, jejichž součástí je reminiscenční terapie.

1.5 Sociální služby zaměřené na seniory

Nároky ze strany stárnoucí populace na sociální služby porostou, a to ne jenom co se týče rozsahu služeb, ale také co se týče množství zájemců z důvodu právě zvyšujícího se počtu zastoupení starších osob v celkové populaci.

¹⁹ BUCIN, B.; KUČERA, T. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*. Praha 2010. s. 27.

²⁰ Srov. HOLCZEROVÁ, V.; DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*, s. 19.

Poskytování sociálních služeb v české republice se řídí zákonem č. 108/2006 sb., Zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 sb.

Dle uvedeného zákona sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za nimiž osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb přičemž součástí služby není ubytování. A terénními službami se rozumí služby osobě poskytované v jejím přirozeném sociálním prostředí.²¹

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb, musí působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, jež nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovým způsobem, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.²²

Poskytovat sociální služby mohou organizace a jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. Za významné poskytovatele sociálních služeb jsou považovány obce a kraje, které se snaží vytvářet podmínky pro rozvoj sociálních služeb a také sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Dalšími poskytovateli mohou být neziskové organizace, ale v současné době i ministerstvo práce a sociálních věcí.²³

Za typické pobytové zařízení pro seniory jsou považovány domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, a jejichž

²¹ Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 32, 33, ve znění platném k 1. 1. 2007.

²² Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 2 odstavec 2, ve znění platném k 1. 1. 2007.

²³ Srov. HOLCZEROVA, V.; DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*, s. 10.

situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.²⁴

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.²⁵

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V domovech pro seniory obsahují sociální služby tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmech a při obstarávání osobních záležitostí.²⁶

Koncepce sociálních služeb má vycházet z potřeb osob, kterým jsou služby poskytovány a z potřeb společnosti. Zjišťování potřeb společnosti se děje v rámci komunitního plánování na území obcí s rozšířenou působností. Individuální potřeby osob jsou zákonem garantovány v povinnosti poskytovatele plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob.²⁷

Individuální plánování je proces, jehož cílem je zjišťování potřeb osob, jimž je sociální služba poskytována, aby poskytované služby odpovídaly skutečným potřebám těchto osob. I přes velké těžkosti, s nimiž se v praxi toto zákonné ustanovení potýká, je velice pozitivní fakt, že sám zákon nařizuje poskytovatelům zjišťovat potřeby a pak na ně individuálně reagovat, což je v kontextu výše uvedených souvislostí (změny a potřeby ve stáří) zcela zásadní.

Nyní se více zaměřím na aktivizační činnosti pro seniory v pobytových zařízeních, jež by měly být součástí celkového procesu poskytování sociálních služeb.

²⁴ Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 50, ve znění platném k 1. 1. 2007.

²⁵ Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48, ve znění platném k 1. 1. 2007.

²⁶ Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49, ve znění platném k 1. 1. 2007.

²⁷ Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 88, článek f, ve znění platném k 1. 1. 2007.

1.6 Aktivizační činnosti

Prostřednictvím aktivizačních činností dochází k aktivizaci psychické i fyzické stránky osobnosti člověka, proces stárnutí se tím zpomaluje. Nečinnost v pokročilém věku může vést k depresím, urychlení fyziologického procesu stárnutí, rozpadu osobnosti, jednoduše řečeno k celkovému úpadku. Mezi aktivitou a nečinností by měla panovat vyváženost, protože starý člověk samozřejmě potřebuje a má právo na odpočinek. U seniorů můžeme hovořit o aktivizaci v užším a širším slova smyslu. V užším slova smyslu zahrnuje aktivizace problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností. Jedná se tedy o aktivity v rámci ergoterapie s nácvikem běžných denních činností, zaměřující se na obnovu, zlepšení nebo zachování stávajících možností v oblasti soběstačnosti. V širším slova smyslu zahrnuje aktivizace u seniorů smysluplné a uspokojivé trávení volného času nebo rozvíjení a udržování pohybových aktivit. U prováděných aktivit bychom měli dbát na to, aby tyto byly pro seniory příjemné, dělali je dobrovolně a aby věděli, proč je dělají. Jednoduše řečeno - všechny aktivity by měly být smysluplné.²⁸

Aktivizační činnosti jsou seniorům v pobytových zařízeních poskytovány formou individuální nebo skupinovou a může se jednat o aktivity v rámci:

- **Ergoterapie** – jejím cílem je dosáhnout u seniorů maximální soběstačnosti a nezávislosti.
- **Muzikoterapie** – využívá rytmické zvuky ke komunikaci, relaxaci, navození pocitu pohody.
- **Pohybové aktivity** – jedná se o relaxační a kondiční cvičení, kolektivní hry – pétanque, kuželky, taneční terapie.
- **Arteterapie** – využívá umění jako prostředek komunikace, sebevímání, vyjádření emocí, rozvoj fantazie, celkový rozvoj osobnosti.
- **Dramaterapie** – slouží ke zprostředkování pocitů a přání, může napomoci vyrovnat se s nevyřešenými konflikty, skrytými traumaty.
- **Canisterapie** – tato terapie využívá při svých aktivitách pozitivního působení psa na zdraví člověka.
- **Zooterapie** – tato terapie využívá při svých aktivitách pozitivního působení zvířat a to například: ovce, kozy, králíka, různého ptactva, morčat.
- **Biblioterapie** – využívá při svých aktivitách léčebné a podpurné účinky četby.

²⁸ Srov. HOLCZEROVA V., DVOŘÁČKOVÁ D. *Volnočasové aktivity pro seniory*, s. 34 - 35

- Aromaterapie – prostřednictvím svých aktivit působí tato terapie na čich, který následně ovlivňuje celý nervový systém.
- **Trénování paměti** – slouží k posilování paměti, které se uskutečňuje buď prostřednictvím běžných denních aktivit, nebo řízenými aktivitami.

Dále do aktivizačních činností v pobytových zařízeních pro seniory řadíme reminiscenční terapii, již je věnována následující kapitola.

2 Reminiscenční terapie

V druhé kapitole se věnuji reminiscenční terapii. Vzpomínání hraje ve stáří velmi důležitou roli. Díky vzpomínkám můžeme zjistit, co senior prožívá, a také jaké jsou jeho potřeby. Stejně jako ke stáří patří vzpomínání, tak k péči o seniory bezpochyby patří reminiscenční terapie. Následně vymezuji rozdíl mezi reminiscencí a reminiscenční terapií, zabývám se pamětí, významem vzpomínání, formami a zdroji reminiscenční terapie, schopnostmi a dovednostmi, které by měl mít reminiscenční terapeut. Současně na příkladových kazuistikách získaných ze své praxe popisuji jednotlivé přístupy vzpomínání.

2.1 Vymezení pojmu reminiscence a reminiscenční terapie

Vymezit pojmy reminiscence a reminiscenční terapie není snadné, jelikož někteří autoři používají tato slova jako synonyma, zatím co jiní je striktně rozlišují. Hana Janečková a Marie Vacková ve své knize *Reminiscence* tyto pojmy rozlišují následovně: dle nich je reminiscence vybavování si událostí ze života člověka a reminiscenční terapie jak rozhovor starého člověka s terapeutem o jeho dosavadním životě, prožitých událostech a zkušenostech.²⁹ Často bývá reminiscenční terapie připodobněna k psychoterapii, rozdíl je však ten, že při psychoterapii jsou vzpomínky záměrně vyvolávány psychoterapeutem, kdežto u reminiscenční terapie jde o přirozené vybavení si vzpomínek, k němuž mohou posloužit staré fotografie, filmy, hudební nahrávky apod. Nejvýstižněji by se dala reminiscenční terapie definovat dle Rogera Sima: „Reminiscenční terapie v sobě zahrnuje celou řadu interaktivních, tvořivých a výrazových aktivit, jejichž společným jmenovatelem je zájem o minulé životní zkušenosti lidí, kteří hovoří o své minulosti, až po umělecky zaměřené projekty a projekty, při kterých dochází k navázání úzké spolupráce s komunitou.“³⁰ Reminiscenční terapie vychází z předpokladu, že starý člověk si mnohem lépe vybavuje informace, které má uložené v dlouhodobé paměti, než v krátkodobé a právě paměti je věnována podkapitola 2. 3, jelikož paměť hraje v této terapii významnou úlohu. Ale nejdříve se ještě v následující podkapitole budu věnovat vzniku a vývoji reminiscenční terapie.

²⁹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 21.

³⁰ ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 22.

2.2 Vznik a vývoj reminiscenční terapie

Za zakladatele práce se vzpomínkami je považován americký gerontolog a psychiatr Robert N. Butler. Je autorem metody „Life review“, kterou začal cíleně využívat na základě svých studií na počátku 60. let 20. století, která v překladu znamená *životní bilancování, rekapitulace života*. Ve svých studiích odhalil bytostnou potřebu starých lidí vyrovnávat se se vzpomínkami, s událostmi svého života. Veliký rozvoj reminiscenční terapie nastal až v 90. letech 20. století., a na počátku 21. století. V této době se převážně hledají důkazy o vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života a zdraví u starých lidí.³¹

Až do počátku šedesátých let devatenáctého století bylo na vzpomínání nahlíženo jako na negativní stránku stárnutí, jako na odmítání přítomnosti, dokonce i někdy jako na známku psychického onemocnění. Stručně řečeno, kdo vzpomínal, nedělal nic dobrého. A to vše se odrazilo i v institucionalizované péči o staré lidi.

Dalším důležitým okamžikem pro rozvoj reminiscenční terapie je považován *Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek* (The Reminiscence Aids Project), který byl sponzorovaný britským ministerstvem zdravotnictví a sociální péče v letech 1978 – 1979. Výsledkem tohoto projektu byla šestidílná tematická série diapozitivů a magnetofonových záznamů, která vyšla pod názvem *Vzpomínka* (Recall) v roce 1981. Od té doby je reminiscenční terapie ve Velké Británii uznávanou a podporovanou terapií jak zdravotnickými institucemi, charitativními organizacemi, tak i orgány místní správy. Přestože začala být reminiscenční terapie hojně využívána při práci se seniory nejdříve ve Velké Británii, poté i jinde ve světě, již od počátku osmdesátých let, k nám se dostává s téměř dvacetiletým zpožděním. U nás je za hlavní iniciátory šíření reminiscenční terapie považováno sdružení JOB, které tak konalo prostřednictvím Informačního centra Rašovice. Dále se pak na rozpracování a šíření reminiscenční terapie u nás podíleli a podílejí např. Geriatrické centrum v Týništi nad Orlicí, jmenovitě pak Tatjana Kašlíková, Karel Kopřiva, Iva Holmerová.³² V současné době je reminiscenční terapie u nás využívání při práci se seniory díky tříletému výzkumu projektu Gerontologického centra Praha (2005 – 2008) a navazující publikační činnosti (Janečková a Vacková 2010, Špatenková a Bolomská 2011) i kurzy v rámci vzdělávání (Diakonie ČCE).³³

³¹ Srov. MATOUŠEK, O. A KOL. *Encyklopedie sociální práce*, s. 287.

³² Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 19 – 20.

³³ Srov. MATOUŠEK, O. A KOL. *Encyklopedie sociální práce*, s. 287.

Reminiscenční terapie je práce se vzpomínkami a tudíž i s pamětí jako takovou. V následující kapitole proto rozeberu funkci paměti a její souvislosti se změnami ve stáří.

2.3 Paměť

Jak ve své knize uvádí Suchá Jitka „paměť je schopnost organismů přijímat, uchovávat a znovu si vybavovat předchozí zkušenosti, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. Z klinického hlediska rozlišujeme většinou čtyři základní složky paměti: schopnost ukládat paměťové obsahy – impregnace (vstřípivost), schopnost udržet paměťové obsahy – retence, schopnost udržet paměťové obsahy beze změny – konzervace, a schopnost vybavit si paměťové obsahy – reprodukce čili vybavnost. Informace jsou uloženy v mozku v tzv. paměťových stopách, což jsou vlastně spojení (synapse) mezi výběžky nervových buněk (neuronů). „³⁴ Člověk během svého života část neuronů ztrácí (asi 10-15 %), nervové buňky se zmenšují a ubývá spojení mezi paměťovými stopami. Na těchto změnách se nepodílí ani tolik stárnutí jako zejména některé léky, srdeční onemocnění, nadměrné požívání alkoholu, špatná výživa, deprese, atd.³⁵

Informace jsou do paměti ukládány pomocí smyslových orgánů a tudíž máme paměť zrakovou, sluchovou, čichovou, chuťovou a hmatovou. Podle délky uchování informací dělíme paměť na krátkodobou a dlouhodobou.

2.3.1 Krátkodobá paměť

Základní funkcí krátkodobé paměti je krátkodobě podržet informaci, kterou potřebuje ke svým psychickým aktivitám nyní. V krátkodobé paměti lze podržet informace na základě nejrůznějších smyslových podnětů, jako je například vůně květin, hudební melodie, chuť pokrmu, apod. Tyto informace získáváme tedy na základě našich smyslů, jako je zrak, čich, sluch, hmat a chuť. Pokud si chceme některou informaci v krátkodobé paměti podržet, měli bychom ji přeměnit do podoby verbální. Slova se dají opakovat snadněji než vůně květin, chuť pokrmu, apod. Informace v krátkodobé paměti mizí přibližně za patnáct až třicet vteřin, většinou se však ztrácí během pár vteřin. Kapacita krátkodobé paměti je omezena. Dle amerického psychologa George Millera se kapacita krátkodobé paměti pohybuje kolem 7 (+ - 2) položek. A co se týče vybavování si informací z krátkodobé paměti, tak lidé jsou schopni málokdy si vybavit více jak 5 až 9

³⁴ SUCHÁ, J. *Trénink paměti pro každý věk*, s. 11.

³⁵ Srov. SUCHÁ, J. *Trénink paměti pro každý věk*, s. 11.

informací – položek, bez ohledu na jejich druh. Kapacita krátkodobé paměti se dá zvýšit, pokud si jednotlivé informace – údaje smysluplně propojíme.³⁶

2.3.2 Dlouhodobá paměť

Dlouhodobá paměť je pokládána za relativně pasivní součást paměti, která slouží k ukládání obrovského množství informací. Dalo by se říci, že její kapacita je prakticky neomezená. Ukládání informací do dlouhodobé paměti trvá přibližně 30 minut. Pokud je ale toto ukládání ovlivněno nějakou intenzivní emocií např. stres, může dojít k narušení ukládání. Do dlouhodobé paměti jsou ukládány informace nejen prostřednictvím našich smyslů, ale také pomocí myšlenek, citů, představ, snů, apod. Ukládání informací do dlouhodobé paměti probíhá záměrně, a to prostřednictvím tzv. memorování, což je mechanické opakování, nebo tzv. sémantickým kódováním, což je zapamatování si celých vět, delšího psaného či mluveného textu.³⁷ Dlouhodobou paměť máme sémantickou, procedurální a epizodickou. Do sémantické dlouhodobé paměti jsou ukládány všeobecné informace o světě, patří sem schopnost pamatovat si význam slov, zařazení do skupin. Tento druh paměti můžeme prohlubovat na základě učení. Do procedurální dlouhodobé paměti jsou ukládány informace o našich životních návycích, postupech (např. vaření). A v epizodické dlouhodobé paměti jsou uloženy informace týkající se osobních zkušeností (dětství, životní příběhy).³⁸

Paměť má v lidském psychickém životě obrovský význam a její poruchy život významně ovlivňují. Jaké změny nastávají v paměti ve stáří, popisují v následující podkapitole.

2.3.3 Změny paměti ve stáří

Období stárnutí je spojené se zhoršováním paměti. Zhoršuje se především paměť pro nové události, co se týče událostí minulých (např. z dětství), ty bývají většinou dobře uchovány. Starý člověk velmi často lpí na minulém, co měl, čím byl, ať už se to týká majetku, zvyklostí apod. Jeden z důvodů, proč se tak děje, je, že staří lidé se cítí dnešní dobou, mladou generací, ohroženi.

Pro období stáří jsou charakteristické určité změny paměti jako například:

- omezení tvůrčích schopností

³⁶ Srov. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*, s. 198 – 200.

³⁷ Srov. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*, s. 203 – 205.

³⁸ Srov. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 47 – 48.

- smyslová výkonnosti je snížena
- celkové psychomotorické tempo se zpomaluje
- zhoršuje se koncentrace
- zvyšuje se psychická unavitelnost
- zhoršuje se ukládání a vybavnosti nových informací.³⁹

Co se s věkem ale nemění, je slovní zásoba a intelekt.

Mezi časté příčiny zhoršení paměťových schopností bývá nedostatečné používání paměti, stres, různé patologické procesy v mozku. Za nejčastější poruchu paměti ve stáří je označována demence.

2.3.4 Demence

Pojem „Demence“ pochází z latinského slova „demes“ a jeho doslovný překlad zní „bez myslí“. Člověka, který trpí demencí, čeká postupný úpadek. Tato nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi můžeme stěží mluvit o člověku, který byl na jejím počátku.⁴⁰ Jak ve své knize uvádí Hátlová a Suchá „Demence je získané postižení, je označením pro syndrom, který vznikl následkem chronického onemocnění mozku, nebo onemocnění mozku progresivního rázu, u něhož dochází ke zhoršení vyšších kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, řeč, úsudek. Za průkazné je považováno snížení inteligence o 20 %. V rámci tohoto syndromu jsou nerovnoměrně postiženy i další psychické funkce. Postupně dochází k degradaci celé osobnosti, pohybové zpomalenosti a celkové fyzické slabosti. Vědomí není porušené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle provázeno zhoršením kontroly emocí, motivace, sociálního chování, způsobuje poruchy v aktivitách denního života. Emoční a motivační faktory jsou spíše příčinou snížené výkonnosti než zhoršeného intelektu.“⁴¹

Demenci vědci a lékaři rozdělují nejméně do tří fází, i když průběh a délka trvání fází je individuální.

- 1. fáze** – počínající, mírná demence – příznaky jsou zhoršení krátkodobé paměti, zmatenost, úzkost, deprese, snížená schopnost pozorování, obtíže při obsluze různých pomůcek a přístrojů.

³⁹ Srov. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, s. 204.

⁴⁰ Srov. BUIJSSE, H. *Demence*, s. 13.

⁴¹ HÁTLOVÁ, B.; SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*, s. 12.

2. **fáze** – rozvinutá demence – v této fázi se výrazněji projevují příznaky z první fáze a dále se objevuje neklid, dezorientovanost v čase a místě, problémy s inkontinencí, zhoršení dlouhodobé paměti, ztuhlé držení těla, atd.
3. **fáze** – pokročilá, terminální demence – v této fázi je již nutný nepřetržitý dohled na postiženou osobou a zde k hlavním příznakům patří neschopnost uvědomovat si okolí, bludy, halucinace, inkontinence, hubnutí, problémy s polykáním.⁴²

Nejčastěji vyskytovaným typem demence v dnešní době je demence Alzheimerova typu, která zaujímá více než 50 % ze všech typů demencí.

Život lidí trpících demencí je obrácen „na ruby“, sami většinou nedokážou pochopit, co se s nimi děje, jsou osamělí, obrací se na své okolí, kde se často setkávají s nepochopením. Většina odmítá s těmito lidmi prohodit i pár slov, protože mluví zmateně, přeskakují od jednoho k druhému, což napomáhá k rychlejšímu průběhu demence. A právě zde může být reminiscenční terapie alespoň částečně nápomocná a může pomoci zlepšit kvalitu jejich života. Reminiscenční terapii u seniorů trpících demencí věnuji samostatnou podkapitolu popsanou níže 2.5.2. V následující podkapitole popisují, jakou může mít vzpomínání ve stáří funkci.

2.4 Vzpomínky a jejich funkce ve stáří

Každý člověk ve stáří bilancuje, vzpomíná na to, co prožil, dalo by se říci, že přemýšlí nad smyslem prožitého života. Pro někoho je vzpomínání příjemným zpestřením všedních dnů, rád se o své vzpomínky dělí, pro jiného je to prostředek k dosažení integrity, k získání pocitu celistvosti. Jaké funkce vzpomínání má, popisují v následujících podkapitolách. Jednotlivé funkce jsou doplněny praktickými závěry kazuistik, které jsem vytvořila v průběhu své praxe v domově pro seniory, a jsou uvedeny v příloze.

2.4.1 Funkce zdůraznění pozitivních stránek osobnosti člověka a zachování sebepojetí

Vzpomínání zde slouží k tomu, že nedochází ke snižování hodnoty seniora a on si i nadále může vážit sám sebe. V rámci reminiscenční terapie je kladen větší důraz na činnosti, kterých je senior ještě schopen než na ty, co již nezvládá.⁴³ Na příkladu kazuistiky č. 1 (viz příloha I.) můžeme sledovat skutečný význam, jaký má zachování

⁴² Srov. GLENNER, J. A. A KOL. *Péče o člověka s demencí*, s. 16 – 17.

⁴³ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 12.

sebepojetí a zdůraznění pozitivních stránek osobnosti. Reminiscenční terapie zde funguje jako metoda, jak tuto nezbytnou potřebu jedince saturovat.

Funkce zdůraznění pozitivních stránek osobnosti člověka a zachování sebepojetí byla na příkladu kazuistiky ověřena jako fungující s pozitivními důsledky v péči o klientku.

Osoba uvedená v kazuistice sebe sama pojímala pohledem svého životního povolání a svého hobby jako zahradnici. Neměla problém s rolí matky ani manželky, neboť bez manžela žila již dlouho dobu a vztahy s dcerami měly velmi dobré (někdy e považovala za sestry). Ztratila svoje sebepojetí, celý život byla zahradnicí, byla zvyklá, že lidi za ní chodili a radili se s ní, že prodávala výpěstky, vázala květiny atd. Nyní o tuto životní roli přišla a vzhledem k demenci si to nedokázala racionálně vysvětlit. Díky informacím o klientce, které terapeut získal na základě reminiscenční terapie, a rozhovorem s rodinou zvolil postup, kdy klientce znovu nabídl možnost být zahradnicí, získat tak zpět svoji životní roli a zachovat sebepojetí.

Uzavřenost, zatrpkllost a agresivita se u klientky postupně zcela vytratily, došlo k naplnění jejích potřeb a zachování sebepojetí, které bylo narušené.

2.4.2 Funkce zvýšení pocitu vlastní hodnoty

Vzpomínání zde slouží k tomu, že senior má příležitost sdílet své zkušenosti, které získal během života, podělit se o ně, předat je dál. Toto předávání upevňuje sounáležitost mezi generacemi, v rodině. Staří lidé jsou vlastně takové „živé paměti národa“. ⁴⁴ Na příkladu kazuistiky č. 2 (viz příloha II.) můžeme sledovat význam, jaký má zvýšení pocitu vlastní hodnoty na adaptaci a celkovou situaci seniorů.

Funkce zvýšení pocitu vlastní hodnoty byla na příkladu kazuistiky ověřena jako fungující s pozitivními dopady v péči o klienta.

Klientovi, uvedený v kazuistice, setkávání se studenty, jimž mohl předávat své cenné vědomosti a zkušenosti, které získal za celý svůj dosavadní život, v oboru botaniky, napomohlo k nalezení své vlastní hodnoty i v období nemoci a stáří. Následkem toho odezněly příznaky problematické adaptace. Klient se přestal cítit jako zbytečný, jako ten, o něhož se musejí starat ostatní. Zlepšila se komunikace s ním i jeho celkový psychický stav.

⁴⁴ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 12.

2.4.3 Funkce změny negativního image a narušení stereotypů o stáří

Staří lidé bývají naší společností často vnímáni jako zmatení, závislí, trpící mnoha nemocemi. Pokud se však jedinci dozvědí prostřednictvím vzpomínání více o životě těchto lidí, uvědomí si, co vše vlastně dokázali. Díky tomu mají možnost je začít vnímat jako jedinečnou, neopakovatelnou lidskou bytost a mohou se oprostít od negativních stereotypů, které mají se stářím spojené.⁴⁵

V uvedeném domově pro seniory jsou do reminiscenčních aktivit zapojeni dobrovolníci z řad obyvatel a studentů města Veselí nad Lužnicí. Především u studentů jsem získala zkušenost, že vztah k seniorům se výrazně změnil poté, co se o daném seniorovi něco dozvěděli, když jim povídal o svém mládí, pracovní profesi, jak prožíval válku. Studenti sami uvádí, že tato zkušenost změnila jejich pohled na onoho člověka, ale i na samotné stáří a stárnutí. Ve své praxi jsem se však setkala i se studenty, kteří dobrovolnickou službu odmítli nebo ukončili z důvodu, že jim stáří přijde „nesmyslné“.

2.4.4 Funkce získání stimulující a příjemné zkušenosti

Řadě seniorů přináší vzpomínání radost, vzpomínají na milé a zajímavé lidi, s kterými se setkali, co hezkého prožili. A právě tyto vzpomínky mohou být zapojeny do reminiscenčních aktivit a senior se s nimi může podělit s ostatními, kteří mají chuť naslouchat. Tento druh vzpomínání slouží ke zpříjemnění volného času, k navození příjemné atmosféry, jako zábava.⁴⁶ Na příkladu kazuistiky č. 3 (viz příloha III.) můžeme sledovat, že reminiscenční terapie nemá vždy pouze funkci změny, kterou může v osobě vyvolat, ale má i funkci zábavnou, volnočasovou a může působit jako zpříjemnění volného času, současně stimulovala ostatní klienty ke vzpomínání a podělení se i se zážitky ze života s ostatními.

Funkce získání stimulující a příjemné zkušenosti byla na příkladu kazuistiky ověřena jako fungující.

Klientka se účastnila skupinových aktivit, kde měla možnost se podělit o své vzpomínky, klientka zjistila, jak jsou její vzpomínky žádané a zajímavé. Na aktivitách svým veselým vyprávěním vytvářela velmi příjemnou atmosféru, kde klienti rádi trávili svůj volný čas a sami přikládali svoje zážitky a prožité události.

⁴⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 12.

⁴⁶ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 12.

2.4.5 Funkce bilancování

Všichni lidé, kteří se ocitají na sklonku života, se začínají ohlížet zpět a zabývat se tím, co prožili, bilancují svůj život. Staří lidé jsou zaměřeni spíše na minulost než na přítomnost a budoucnost. Jejich postoj k životu, k sobě samým i ke světu je bilancující, většinou nechtějí již nic měnit.⁴⁷ Na příkladu kazuistiky č. 4 (viz příloha IV.) můžeme sledovat význam reminiscenční terapie při bilancování vlastního života.

Funkce bilancování byla na příkladu kazuistiky ověřena jako fungující.

Na základě reminiscenční terapie se podařilo terapeutovi navázat s klientkou vztah a umožnit jí hovořit o všech svých bolestech, o nichž neměla s kým mluvit. Přijala svůj život takový, jaký byl - tragický a bolestivý. Klientka se stala uvolněnější a méně plačtivou. Dávala najevo svoji vděčnost za to, že mohla o tom, co prožila mluvit a smířit se tak se svým životem. Bohužel se nedočkala návštěvy druhého syna po celou dobu, kdy v domově byla ubytována.

2.4.6 Funkce dosažení integrity v pojetí vlastního života

Podle E. H. Eriksona musí člověk na každém stupni vývoje vyřešit psychosociální konflikty, které rozdělil do osmi fází. Každá fáze se vyznačuje charakteristickým vývojovým rozcestím – konfliktem. Stáří se týká poslední z osmi fází a toto období Erikson nazval obdobím integrity. Začíná od 50 roku života a člověk v tomto období řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Konflikt v tomto vývojovém období je pro člověka velmi náročným obdobím. Starý člověk se v tomto období obrací do minulosti, snaží se zrekapitulovat svůj život a k tomu je mu nápomocná reminiscenční terapie. Jeho výsledný pocit může být spokojenost, naplnění, přijetí vlastního života, čímž dochází k integraci a takový člověk se nebojí smrti. Pokud je jeho výsledný pocit nespokojenost se sebou samým, pocit zoufalství, že už nic nejde vrátit zpět, že na nápravu je pozdě, má pocit, že by svůj život potřeboval prožít znovu, život se mu zdá příliš krátký, pak dochází k nedostatečné integraci – zoufalství a takovýto člověk se smrti bojí. Zde je reminiscenční terapie nápomocna, aby člověk dosáhl integrity „JÁ“.⁴⁸ Na příkladu kazuistiky č. 5 (viz příloha V.) můžeme sledovat význam, jaký má reminiscenční terapie na dosažení integrity v pojetí vlastního života.

Funkce dosažení integrity v pojetí vlastního života byla na příkladu kazuistiky ověřena jako fungující. Díky vyřešení vztahu se synem dosáhla klientka integrity „JÁ“, dosáhla

⁴⁷ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 12.

⁴⁸ Srov. Langmeier J., Krejčířová D. *Vývojová psychologie*.

pocitu naplnění, spokojenosti. Jak sama doslova říká „už můžu v klidu zemřít, už se smrti nebojím, můj život nebyl lehký, dělala jsem chyby, ale měla jsem to štěstí, že se mi podařilo vše urovnat a vyřešit včas.“

Díky využití reminiscenčních metod – rozhovor, prohlížení fotografií a pohlednic, poslech hudby se terapeutovi podařilo zjistit příčinu konfliktů. Postupem času zjistil, kde syn žije a nabídl klientce možnost kontaktovat se s ním, čehož klientka využila. Se synem se smířila a do jeho smrti si pravidelně telefonovali a navštěvovali se. Klientka byla ráda, že jako matka byla svému synovi v závěru života nablízku a byla pro něj opět matkou. Klientka se zklidnila, odezněly konfliktní situace, které dříve byly téměř denně.

2.5 Formy reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie může probíhat formou individuální nebo skupinovou, vždy záleží na posouzení terapeuta, kterou formu u seniora zvolí.

2.5.1 Individuální reminiscenční terapie

Při této formě reminiscenční terapie se věnuje jeden terapeut - naslouchající jednomu účastníkovi - vzpomínajícímu. Výhodou této formy reminiscenční terapie je, že jsou vytvořeny lepší podmínky pro vznik intenzivního vztahu naslouchajícího se vzpomínajícím, naslouchající je vnímán a respektován jako individualita, jako jedinečná bytost. Je zde prostor a čas, aby si vzpomínající na naslouchajícího zvyknul, navázal s ním hlubší vztah a získal důvěru. Mezi další výhody individuální formy reminiscenční terapie je, že je zde mnohem větší prostor pro témata, která jsou pro vzpomínajícího důležitá, i třeba traumatizující a ve skupinové terapii by nebyl ochoten tato témata otevřít.⁴⁹

2.5.2 Neformální skupinová reminiscenční terapie

U této formy reminiscenční terapie se jedná o spontánní, nenucenou debatu o minulosti, která se může rozvinout například při obědě, u kávy a zúčastnit se jí může prakticky každý, ať už se jedná o vzpomínající, pracovníky nebo i rodinné příslušníky. Hlavním úkolem terapeuta je zapojit do probíhající debaty nejenom všechny seniory, ale i ostatní účastníky, ať už jsou to již zmínění pracovníci nebo rodinní příslušníci. Ale navzdory spontánní, nenucené debatě je třeba, aby terapeut zajistil pro všechny stejné podmínky,

⁴⁹ Srov. Špatenková N., Bolomská B. *Reminiscenční terapie*, s. 26-28.

aby dobře slyšeli, viděli, v místnosti by měla vládnout příjemná atmosféra. Terapeut by měl citlivě podporovat debatu, neznamená to, že když se jedná o spontánní, nenucenou debatu, že terapeut není jejím facilitátorem. Hlavním cílem této formy terapie je přinášet radost a smysl do života seniorů v institucích.⁵⁰

2.5.3 Formální skupinová reminiscenční terapie

Při skupinové formě formální by měl být předem stanoven a naplánován cíl, skupina by měla mít omezený počet účastníků. Tito účastníci by měli s tímto druhem terapie souhlasit a měli by být předem obeznámeni s tím, co bude následovat. Výhodou pro skupinové formální terapie může pro některé účastníky – vzpomínající - být to, že vzpomínky jiných pomohou vyvolat jejich vlastní, může docházet ke zlepšení komunikace u některých účastníků, prohlubují se vztahy mezi účastníky skupiny, je zde i účelněji využít čas terapeuta.⁵¹

V praxi může a často dochází k prolínání formální a neformální formy skupinové terapie. Reminiscenční terapie nemusí mít nutně nějakou formu, měla by být součástí každodenní reality v péči o seniory. Staří lidé během dne nespočetněkrát sklouznou k vyprávění o minulosti – vzpomínání, což se stává zcela náhodně při kontaktu s lidmi.⁵²

2.6 Reminiscenční terapie u seniorů se specifickými potřebami

2.6.1 Senioři po cévní mozkové příhodě

Cévní mozková příhoda většinou zastihne seniora náhle a naprosto ho ochromí. Z nezávislého člověka se najednou stává člověk závislý na péči druhých, dochází k poruchám v oblasti komunikace, motoriky, kognitivních funkcí. Důsledky to má nejen na postiženého, ale na celou jeho rodinu. Největší překážku, kterou musí člověk po cévní mozkové příhodě překonat, je apatie způsobená ztrátou sebevědomí, která zabraňuje jakémukoliv zlepšení zdravotního stavu a obnovení ztracených nebo poškozených schopností. Úkolem reminiscenční terapie, či spíše reminiscenčního terapeuta, v tomto případě není znovu naučit postiženého chodit, mluvit, apod., ale měl

⁵⁰ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 28.

⁵¹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 28

⁵² Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 28-29.

by se pokusit o vytvoření takových situací, které by pomohly postiženému znovu nalézt jeho sebevědomí a umožnit mu komunikovat. U vážnějších následků by měl terapeut zvolit spíše individuální formu terapie a případně až později skupinovou. Měl by pečlivě vybírat pomůcky, které by měly být vhodné a využitelné pro zapojení více smyslů, jako třeba čich, sluch, atd. a také by se měly vázat přímo k minulosti postiženého. Terapeut musí vždy zvážit možnosti a stav postiženého a tomu by měl odpovídat průběh a náplň terapie.⁵³

2.6.2 Senioři s demencí

Senioři trpící demencí patří v pobytových zařízeních k nejosamělejším a velmi přehlíženým. Právě reminiscenční terapie může být u těchto seniorů nápomocná při zlepšování kvality jejich životů. Přestože jejich krátkodobá paměť bývá velmi narušena, vzpomínky uložené v dlouhodobé paměti, týkající se vzdálené minulosti, v paměti stále mají. U seniorů s demencí je vhodnější dávat přednost individuální formě reminiscenční terapie. Pokud se ale terapeut rozhodne pro skupinovou, měl by dodržovat určitá doporučení, která jsou:

- skupina by měla být velmi malá (2 – 5 účastníků),
- pokud je to možné, měli by být přítomni dva terapeuti,
- setkání by mělo být kratší a spíše častěji, mělo by probíhat ve stejnou dobu, na stejném místě,
- setkání by mělo být vedeno pokud možno podobným způsobem,
- důležitá je volba reminiscenčních pomůcek,
- před započítím terapie by si měl terapeut zajistit dostatek údajů a informací o účastnících,
- při setkání je třeba účastníkům dopřávat dostatek času na pochopení otázek, seznámení s pomůckami.

Individuální forma reminiscenční terapie u seniorů s demencí poskytuje velkou příležitost i pro osobní a profesní růst pracovníků v pobytovém zařízení. Jen málokdo, ví něco o předchozím životě seniora trpícího demencí a neuvědomuje si, že i tito lidé žili zajímavé a rozmanité životy a jsou pak velmi překvapeni, co vše se dozvědí. Proto má reminiscenční terapie u seniorů s demencí rozhodně smysl, a to i v případě, že jim jejich kvalitu životalepší pouze nepatrně.⁵⁴

⁵³ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 63 – 64.

⁵⁴ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 66 – 68.

2.6.3 Senioři trpící depresí a úzkostí

Častým jevem, který doprovází seniory v pobytových zařízeních, je deprese a úzkost. Příčiny a rozsah deprese a úzkosti jsou velmi individuální, měli bychom jim proto přikládat důležitou váhu před zapojením takového seniora do reminiscenční terapie. Měli bychom zvážit, zda ho zapojit do skupinové terapie, která mu přinese rozptýlení a umožní mu být ve společnosti, nebo zvolit individuální formu reminiscenční terapie, která je vhodná u seniorů, u kterých je deprese doprovázena úzkostí. Terapeut musí vždy u seniorů respektovat jejich potřeby.⁵⁵

Jak uvádí Špatenková a Bolomská „deprese, ačkoliv je často popisována jako *emoční prázdnota*, je někdy naopak *přeplněnost* emocemi, které se vzájemně ruší, inhibují. Za takových okolností může být vhodné rozmotat toto *klubičko* nejrůznějších, často vzájemně protichůdných emocí, vytáhnout některou z nich na povrch jako *nitku* a umožnit, aby se tato emoce ventilovala a tak se napětí uvolnilo.⁵⁶ A právě k tomuto může být reminiscenční terapie nápomocná, například při vzpomínání na důležité životní momenty, na osoby, které senioři milovali, čeho v životě dosáhli, jaké překážky zdolali. Dále jsou velmi vhodnou aktivitou u seniorů s depresí a úzkostí reminiscenční vycházky, výlety, uspořádání rodinných fotografií do alb, obnovení kontaktů s lidmi, kteří sehráli v minulosti pro ně důležitou roli. Avšak deprese některých seniorů může být natolik vážná, že nejsou vzpomínání vůbec schopni, nemají na to dostatek síly a v takovémto případě bychom do toho seniora neměli nutit, ale zvolit příhodnější formu pomoci (např. psychiatrickou).⁵⁷

2.7 Zdroje pro reminiscenční terapie

Při reminiscenční terapii je využíváno široké spektrum zdrojů, které můžeme rozdělit na: reminiscenční pomůcky, komunitní zdroje a lidské zdroje. Tyto zdroje slouží při reminiscenční terapii k navození správné atmosféry, ke stimulaci procesu vzpomínání. Při výběru správných zdrojů pro reminiscenční terapii bychom měli dbát několika zásad, a to:

- za každou cenu bychom neměli lpět na určitém tématu,
- seniory nezahlcovat nadměrným množstvím informací, zdrojů,

⁵⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 64.

⁵⁶ ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 66.

⁵⁷ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 66.

- téma bychom měli vybírat s ohledem na věk, prostředí, oblast, z které účastníci pocházejí,
- účastníci by měli mít dostatek času na reagování a prostoru pro uspořádání si vlastních myšlenek o daném tématu,
- dále dostatek času na seznámení s nabízenými zdroji, atd.⁵⁸

2.7.1 Reminiscenční pomůcky

Pomůcky v reminiscenční terapii jsou využívány hlavně k podpoře pozitivního podněcování vzpomínání účastníků. Při výběru reminiscenčních pomůcek si terapeut musí uvědomit, že špatný výběr může mít za následek negativní efekt terapie, může u některého z účastníků vyvolat negativní vzpomínky, emoce. Vzpomínky nejsou často jenom to, co vidíme, ale i co slyšíme, cítíme, proto dělíme reminiscenční pomůcky na:

- Vizuální pomůcky – fotografie, kreslené obrázky, články z novin a časopisů, knihy, různé pořady z televize, promítání filmů. Tyto pomůcky napomáhají stimulaci zraku.
- Audio pomůcky – nahrávky zvuků, nahrávky mluveného slova, hudební nahrávky, zvuky okolního světa. Tyto pomůcky stimulují sluch.
- Dále máme pomůcky, které napomáhají stimulaci dalších smyslů jako je:
 - chuť – cukroví, pití, koření
 - hmat – historické předměty, oblečení, textilie, lidských dotek
 - čich – květiny, bylinky, koření, parfémy
 - pohyb – tanec, různé činnosti⁵⁹

2.7.2 Komunitní zdroje

Mezi komunitní zdroje řadíme knihovny, muzea, galerie, místní školy.⁶⁰

2.7.3 Lidské zdroje

Reminiscenční terapie není záležitostí pouze vyškolených pracovníků, ale můžeme do ní zařadit dobrovolníky, sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníky, rodinné příslušníky. Senioři vzpomínají prakticky stále, při každodenní činnosti, ať už se jedná o stravu, četbu, apod. Rodinní příslušníci jsou velkým přínosem pro reminiscenční terapii, a to

⁵⁸ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 31.

⁵⁹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 32 - 35.

⁶⁰ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 38.

hlavně v případech, kdy se při terapii pracuje se seniorem trpícím demencí, po CMP, apod. Rodinní příslušníci mohou terapeutům dodat potřebné informace, které pomohou seniora vnímat jako celistvou osobnost, a na druhou stranu může být reminiscenční terapie nápomocná rodinným příslušníkům při vyrovnávání se se zhoršujícím stavem seniora.⁶¹

2.8 Reminiscenční terapeut

Reminiscenční terapeut by měl disponovat určitými schopnostmi a dovednostmi, které jsou předpokladem dobře vedené reminiscenční terapie. Je kladen velký důraz především na jeho osobnost, postoje, hodnoty a znalosti. Mezi základní dovednosti a zásady, které by měl reminiscenční terapeut naplňovat, by měly patřit:

- aktivní naslouchání – musí být pozorný k tomu, co účastníci říkají,
- schopnost empatie,
- zájem o život účastníků, jejich minulost,
- obecně by měl mít oblibu ve vzpomínání,
- přijmout zpětnou vazbu od ostatních,
- ochotu sdílet i vlastní vzpomínky,
- respektovat každého účastníka jako jedinečnou osobnost,
- měl by být trpělivý, rozvážný,
- měl by mít realistický pohled na věc, neměl by podléhat sentimentu,
- respektovat zásady komunikace se seniory.⁶²

2.9 Konkrétní reminiscenční aktivity v domově pro seniory

V této podkapitole uvádím konkrétní reminiscenční aktivity, které jako terapeut používám v praxi v domově pro seniory organizace TEP, centrum sociálních služeb, Veselí nad Lužnicí.

Ve své praxi používám skupinovou i individuální terapii.

V rámci skupinové aktivity používám nejčastěji tematická terapeutická sezení. Zde se věnujeme jednomu konkrétnímu tématu, které se váže k prožívanému období, např. vánoce, zima, masopust, zabijačky, církevní svátky – velikonoce, svátek zesnulých. Součástí jsou však i obecná témata, jako je například sport, škola, zaměstnání, řemesla.

⁶¹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 40.

⁶² Srov. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*, s. 42 – 46.

K daným tématům vždy připravuji různé pomůcky (fotografie, písničky, předměty, nástroje, apod.). Na tématech se domlouváme i předem, aby se na ně účastníci mohli připravit, a případně si své vzpomínky i zapsat.

V rámci skupinových i individuálních reminiscenčních aktivit realizujeme manuální činnosti, které jednotliví klienti byli zvyklí dělat v průběhu svého života - pečení, vaření, šití, pletení, práce s květinami, péče o květiny a zvířata, atd.

Dále v rámci reminiscenční terapie pořádáme **výlety a vycházky**. Výlety jsou například do rodných vesnic a měst seniorů, nebo na výstavy, které nabízí místní muzeum, návštěvy zámků a hradů, apod.

Další oblastí, kterou řadím do reminiscenční terapie, je četba (většinou individuálně), která je velice oblíbená. Většina klientů chce číst knihy z dob jejich mládí (nejčtenější autorkou je Jarmila Javořická), často sami vzpomínají na události, o kterých v knize čtu. Součástí zapojení reminiscenční terapie je využití reminiscenčního pokoje (vybavený ve stylu 50tých let), který příjemně navozuje atmosféru na vzpomínání. Celý interiér domova pro seniory a terapeutické místnosti jsou vybaveny historickým nábytkem, šicími stroji, křesly, kuchyní, a řadou drobných předmětů, které lidé ve svém životě běžně používali (radia, kola, fotoaparáty, televize, předměty z kuchyně, statku atd.). Takové prostředí je přímo podnětem ke vzpomínání, a to nejen klientů domova, ale také rodinných příslušníků a dalších návštěv.

Velké využití má reminiscenční terapie v rámci individuální terapie při řešení osobních problémů klienta, bilancování jeho života, hledání integrity, adaptací na nové životní situace. Díky reminiscenční terapii zjišťujeme, jaké potřeby klienti mají, neboť je v rozhovoru dají najevo, mnohdy můžeme pochopit zatrpklost, nepřístupnost nebo agresivitu klienta a když známe příčinu, může nám to pomoci v přístupu k němu. Všechny předešlé terapie mi pomáhají k tomu, abych s klientem mohla navázat vztah, a v práci se vzpomínkami jsme se dotkli bolestivých míst jeho minulého i současného života.

Závěr

Naše společnost se nachází v situaci, kterou nikdy v historii nemusela řešit. Stáří přestalo mít pouze svůj individuální charakter a objevil se jeho celospolečenský dopad. Stáří jsme začali vnímat jako sociální problém. Ve své bakalářské práci nazvané Využití reminiscenční terapie při práci se seniory se věnuji možnosti využití reminiscenční terapie v sociálních službách jako nezbytné terapeutické techniky v péči o seniory.

Stáří a stárnutí jako individuální proces s sebou nese změny v oblasti biologické, sociální i psychické. S těmito změnami, které přicházejí v krátkém čase velice rychle, se musí jedinec vyrovnávat. Jednou z technik, jež se věnuje adaptaci na tyto změny, bilancování života a hledání vlastní integrity je reminiscenční terapie.

Cílem mé práce bylo popsat na základě svých zkušeností, teoretických znalostí a příkladových kazuistik funkci, význam a využitelnost reminiscenční terapie v sociálních službách pro seniory.

Součástí této práce je 5 kazuistik získaných mou praxí v Domově pro seniory organizace TEP, centrum sociálních služeb, Veselí nad Lužnicí. Na těchto kazuistikách jsou představeny jednotlivé funkce vzpomínání, jak je uvádí ve své knize *Reminiscenční terapie* Špatenková Naděžda a Bolomská Barbora.

Hodnocením jednotlivých kazuistik jsem ukázala, že vzpomínání a jeho využití v reminiscenční terapii má svůj pozitivní význam pro přijetí celistvosti života jedince, jeho bilancování, mapování potřeb a jejich naplňování, přináší úlevu a pokoj do období života, které je plné změn a zvratů.

V průběhu psaní práce, komunikace se seniory a zpracovávání kazuistik jsem si znovu uvědomila, že stáří je nedílnou součástí života, a že na stáří se člověk připravuje v průběhu celého svého života.

Seznam použitých zdrojů

Knihy

BUIJSSEN, H. *Demence*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-081-X.

CINGROŠOVÁ, K.; DVOŘÁKOVÁ, K. *Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti*. Praha: Portál 2014. ISBN 978-80-262-0703-0.

GLENNER, J. A. A KOL. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.

HÁTLOVÁ, B.; SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: TRITON 2005. ISBN 80-7254-564-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLCZEROVÁ, V.; DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. A KOL., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HROZENSKÁ, M.; DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANEČKOVÁ, H.; VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.

KLUCKÁ, J.; VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

MATOUŠEK O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7367-002.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Brno: Academia 1997. ISBN 80-200-0625-7.

PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. Praha: Scientia Medica 1994. ISBN 80-85526-32-8.

- POLÁCHOVÁ, E. Adaptace a příprava na stáří, *Odborný časopis Sestra*, 2007, roč. 5.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- SUCHÁ, J. *Trénink paměti pro každý věk*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-438-0.
- ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Periodika

- POLÁCHOVÁ, E. Adaptace a příprava na stáří, *Odborný časopis Sestra*, 2007, roč. 5.
- RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako norma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha 2002.
- BUCIN, B.; KUČERA, T. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*. Praha 2010.

Internetové zdroje

- Demografická statistika Českého statistického úřadu [online]. Praha: ČSÚ, 2006 – 2013 [cit. 2015-03-16]. Dostupné na WWW: http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/310035-14-n_2014.
- FRANĚK, P. *Filozofie úspěchu - Maslowova pyramida potřeb – jeden velký omyl* [online]. ©2011 – 2015 [cit. 2015-03-12]. Dostupné na WWW: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>.

Seznam příloh

- Příloha I. Kazuistika paní Vránová
- Příloha II. Kazuistika pan Vopršálek
- Příloha III. Kazuistika paní Krásná
- Příloha IV. Kazuistika paní Horáková
- Příloha VI. Kazuistika paní Nováková

Přílohy

Poznámka – osobní údaje byly v kazuistikách pozměněny

Příloha I. Kazuistika č. 1

Paní Vránová je v současné době klientkou Domova pro seniory. Klientka do Domova přišla z domácího prostředí, žila sama v domku na vesnici. Od roku 2012 rodina u klientky pozorovala příznaky demence, která se postupně rozvinula natolik, že klientka nebyla schopna se o sebe postarat. V roce 2014 byla přijata do Domova pro seniory. Klientka chůzi zvládá sama, bez kompenzačních pomůcek, je doprovázena na stravu do jídelny, potřebuje dohled nad ranní a večerní hygienou, pomoc při koupeli. Skupinových aktivit se zúčastňuje příležitostně, s ostatními klienty moc nekomunikuje. Pečuje o květiny v domově na chodbách a v terapeutické místnosti. Pobírá příspěvek na péči ve výši 4 000,-. Klientku navštěvují každý víkend obě její dcery.

Osobní anamnéza

Paní Vránová se narodila 5. 9. 1939 v Ponědrážce. Vyučila se zahradnicí a celý život pracovala jako zahradnice. V roce 1962 se provdala a narodili se jí v průběhu pěti let dvě dcery. S manželem žili v domě, který si postavili. Manžel zemřel v roce 1998, od té doby žila klientka sama. Po odchodu do důchodu byla její hlavní náplní práce na vlastní zahradě.

Ústavní anamnéza

U klientky se začaly postupně projevovat příznaky demence, které se časem zhoršily natolik, že klientka nebyla schopna se o sebe sama postarat. Do Domova pro seniory byla přijata v roce 2014 na dvojlůžkový pokoj, později přestěhována na jednolůžkový, z důvodu zhoršující se demence nebyla schopna se se spolubydlící sžít. Při nástupu komunikovala s personálem celkem dobře, jevila známky dezorientace v čase, místě a osobách, projevovaly se známky agrese, strach. Pomoc potřebovala při ranní i večerní hygieně, bylo jí donášeno jídlo na pokoj, u klientky se objevovalo agresivní jednání vůči personálu i ostatním klientům.

Průběh terapie

Paní Vránová nejevila zájem o žádnou z nabízených aktivit, chtěla být na pokoji, působila dojmem, že z důvodu dezorientace se bojí opustit pokoj. Pokoj pro ni představoval bezpečí. Často bezduše listovala nejrůznějšími bulvárními časopisy, které jí nosily dcery.

Vzhledem k uzavřenosti klientky byla zvolena individuální terapie. Od rodiny terapeut zjistil, že její celoživotní láskou byly květiny a zahrada. Terapeut začal za klientkou docházet dvakrát týdně a začal si s ní o květinách povídat, o její práci zahradnice, jak o květiny pečovat, jaké měla ráda, prohlíželi si obrázky květin a zahrad. Klientka aktivně hovořila o tom, co se jí líbí, o konkrétních činnostech a problémech, které jako zahradnice v zaměstnání prožívala. Překvapující bylo, že znala i názvy několika květin, názvy ovoce a zeleniny uváděla přesně. Protože z klientky byl cítit smutek z toho, že nemůže do zahradnictví (myslí se tím do práce, že ji tam již nechtějí – ptala se, co provedla, že musela pryč?). Otázkou, proč musela pryč, není úplně jisté, zda myslela proč musela odejít z domova? Toto však nedokázala rozlišit, mluvila vždy jen o tom, proč musela ze zahradnictví, co komu udělala, o domově nehovořila nikdy. Klientka se cítila ukřivděná a zatrpklá.

Terapeut jí postupně řekl, že už je zahradnictví zavřené, ale že otvíráme nové zahradnictví zde a potřebujeme někoho, kdo tomu rozumí, aby se o to staral. Po první odmítavé reakci, že to bývalo, že teď už práci o květiny a zahradu nezvládá, začala postupně s terapeutem chodit na procházky po objektu domova, kde byly na oknech květiny, začali je spolu zalévat, pečovat o ně. Ale stále klientka měla pocit, že sama by to stejně už nezvládla, že kdyby to terapeut nedělal s ní, nedokázala by to. Na základě toho se terapeut pokusil jednou praktikovat, že za klientkou přišel a řekl, že „dnes bohužel nemůže klientku při zalévání květin na chodbě doprovodit, že se musí zúčastnit školení, ale že je ty květiny potřeba zalít“. Obával se reakce klientky, ale klientka nejdříve odmítla, ale poté se vydala sama na chodbu a květiny zalila. Což byl první krok k tomu, že poté začala o květiny pečovat sama, přestala se bát vycházet na chodbu a dokonce začala docházet na stravu do jídelny mezi ostatní klienty. Situace, kdy byla klientka k personálu a ostatním klientům agresivní, se minimalizovaly. Nyní klientka pečuje nejenom o květiny na chodbě, ale v terapeutické místnosti pečuje o rostliny v zahradních stolech, které jí slouží jako náhrada záhonů, o něž by se už nezvládala postarat. A při každé návštěvě se dcerám chlubí, co vypěstovala a jak květiny díky její péči rostou.

Závěr

Osoba uvedená v kazuistice sebe sama pojímala pohledem svého životního povolání a svého hobby jako zahradnici. Neměla problém s rolí matky ani manželky, neboť bez manžela žila již dlouhou dobu a vztahy s dcerami měly velmi dobré (někdy považovala za sestry). Ztratila svoje sebepojetí, celý život byla zahradnicí, byla zvyklá, že lidi za ní

chodili a radili se s ní, že prodávala výpěstky, vázala květiny atd. Nyní o tuto životní roli přišla a vzhledem k demenci si to nedokázala racionálně vysvětlit. Díky informacím o klientce, které terapeut získal na základě reminiscenční terapie, a rozhovorem s rodinou, zvolil postup, kdy klientce znovu nabídl možnost být zahradnicí a získat tak zpět svoji životní roli a zachovat sebepojetí.

Uzavřenost, zatrpkllost a agresivita se u klientky postupně zcela vytratily, došlo k naplnění jejích potřeb a zachování sebepojetí, které bylo narušené.

Příloha II. Kazuistika č. 2

Pan Vopršálek je klientem Domova pro seniory, do kterého byl přijat v roce 2013. Již nebylo v jeho silách žít sám v domě na vesnici, vlivem nemoci se stal imobilní a zůstal upoután na lůžko. S pobytem v Domově pro seniory se nemohl smířit, stejně jako se svým stavem, nedokázal přijmout své omezení, projevoval znaky maladaptace (odmítání, uzavřenost, izolovanost, zatrpkllost). Klient často používal slova „vždyť jsem úplně k ničemu, takový život nemá smysl, atd.“. Klient je nyní plně adaptovaný v domově, dokáže se obsloužit v rámci lůžka nebo invalidního vozíku. Zúčastňuje se vybraných aktivit, rád se setkává s některými klienty domova a pravidelně ho navštěvují studenti z místní ekologické školy. Výše jeho příspěvku je 4 000,-. Rodinu klient nemá.

Osobní anamnéza

Pan Vopršálek se narodil 15. 11. 1932 ve Zlukově. Nejdříve docházel do měšťanské školy a poté vystudoval vysokou školu obor biologie. Po vystudování zůstal v Praze a pracoval výzkumném botanickém ústavu. Práce ho natolik naplňovala, že se nikdy neoženil a neměl děti. V rámci své práce hodně publikoval a také vyučoval na středních a vysokých školách. Po odchodu do důchodu se přestěhoval do Zlukova, kde měl dům po rodičích. O svoji životní profesi se dále aktivně zajímal (hojně publikoval) i v důchodu.

Ústavní anamnéza

Panu Vopršálkovi se v posledních dvou letech velice zhoršil zdravotní stav, následkem čehož je nyní upoután většinu dne na lůžko, dokáže se pohybovat i v invalidním vozíku, ale nejraději celý den tráví v lůžku. Při nástupu klient komunikoval s personálem velmi odměřeně, izoloval se ve svém pokoji, nerad komunikoval, byl plně orientován, se současnou situací se vyrovnával velmi těžce. O nabízené aktivity neměl zájem. Většinu času listoval ve svých knihách, o některých tvrdil, že jsou velice vzácné a téměř nikdo je už nemá – knihy z roku 1920 Atlas brouků střeoevropských - 3 svazky.

Adaptační potíže přetrvávaly, byl podrážděný, uzavřený, mluvil pouze o tom, že takový život nemá smysl.

Průběh terapie

Terapeut se pokoušel s panem Vopršálkem navázat vztah, ale klient veškerý kontakt odmítal. Byl uzavřen na pokoji se svými knihami a o nic jiného nejevil zájem. Bylo evidentní, že se nemůže v domově zadaptovat. Do domova docházeli dobrovolníci z místní střední školy ekologické. Terapeut se při jednom společném sezení s dobrovolníky zmínil, že mají v zařízení klienta, který byl botanik, že má vzácné knihy o botanice a že v odborných časopisech dříve publikoval. Domluvil se s dvěma dobrovolníky, kteří se o botaniku zajímali, že je za panem Vopršálkem doprovodí a zeptají se ho, zda by jim vysvětlil nějaký odborný problém. Terapeut upozornil dobrovolníky, že muže dojít k jejich odmítnutí. S klientem při jedné návštěvě toto téma otevřel, že by místní studenti, kteří studují přírodovědné lyceum, potřebovali poradit k práci, kterou dělají. Klient byl zprvu odmítavý, ale za několik dní si nechal terapeuta zavolat s tím, aby studenti přišli, že se jim bude věnovat.

Mezi klientem a dobrovolníky se časem vytvořil velmi dobrý profesní vztah, dobrovolníci mu postupně začali také nosit práce svých spolužáků a klient jim je redigoval. Postupem času studenty doučoval a některé i připravoval na závěrečné zkoušky.

Závěr

Na základě setkávání se studenty, kterým mohl předávat své cenné vědomosti a zkušenosti, které získal za celý svůj život v oboru botaniky, napomohlo klientovi k nalezení své vlastní hodnoty i v období nemoci a stáří. Následkem toho odezněly příznaky problematické adaptace. Klient se přestal cítit jako zbytečný, o kterého se musejí starat ostatní. Zlepšila se komunikace s klientem a jeho celkový psychický stav.

Na příkladu této kazuistiky můžeme sledovat význam, jaký má zvýšení pocitu vlastní hodnoty na adaptaci a celkovou situaci seniorů.

Příloha III. Kazuistika č. 3

Paní Krásná je klientkou Domova pro seniory od roku 2010. V roce 2010 jí byla amputována pravá dolní končetina v důsledku silného diabetes. Po hospitalizaci v nemocnici byla 3 měsíce na LDN. Během pobytu na LDN si klientka podala žádost do Domova pro seniory, kam byla po 3 měsících přijata. Klientka se pohybuje samostatně na invalidním vozíku, potřebuje pomoci s používáním WC, s koupelí. Pobírá příspěvek ve výši 4000,-. Klientku nikdo nenavštěvuje, rodinu nemá.

Osobní anamnéza

Paní Krásná se narodila 13. 4. 1940 v Táboře. Od dětství ji to velice táhlo k divadlu. Po vchození základní školy se vyučila švadlenou a odešla do Prahy, kde začala pracovat v divadle jako kostymérka. Nikdy se neprovdala a neměla děti. Měla snoubence, který pracoval ve stejném divadle jako ona, ale bohužel zemřel a ona už si jiného muže nenašla. Vždy velice dbala o svůj vzhled a zajímala se o módu, oblékání, účesy. V Praze žila bohatý kulturní život, chodila do muzeí, kaváren, navštěvovala divadelní představení, zajímala se o literaturu. Po odchodu do důchodu se jí zhoršil diabetes, což nakonec vedlo k tomu, že jí musela být amputována končetina a klientka byla upoutána na invalidní vozík. Byt, ve kterém žila, nebylo možné bezbariérově upravit, proto se do něho nemohla vrátit.

Ústavní anamnéza

Paní Krásná byla přijata do domova v roce 2010 v důsledku amputace pravé dolní končetiny z důvodu silného diabetes. Do domova přišla po tříměsíčním pobytu na LDN. Přijata byla nejdříve na dvojlůžkový pokoj, později přestěhována na jednolůžkový. Při nástupu komunikovala klientka dobře, byla plně orientovaná, působila dojmem, že velmi dbá o svůj vzhled. Klientka nebyla schopna se zatím sama pohybovat na vozíku, sama se na něj přesunout, byla plně inkontinentní. Postupně se v rámci rehabilitace naučila samostatně přesouvat na invalidní vozík a s vozíkem se pohybovat.

Průběh terapie

Paní Krásné byly nabízeny různé skupinové aktivity, o které měla zájem. Klientka byla zvyklá na bohatý kulturní život, hodně četla, poslouchala vážnou hudbu, zajímala se o dění v kultuře. S radostí se účastnila nabízených aktivit, kde velmi často zaujala pozornost ostatních klientů svým povídáním o hercích, umělcích, později ukazovala ostatním fotografie, mluvila o soukromém životě umělců. Klientka je mezi ostatními velice oblíbená, klienti rádi chodí na jednotlivé terapie, kde si s ní povídají. Zvykem se stalo promítat staré filmy a poté klientka hovořila o umělcích – měla neskutečnou zásobu vtipných historek s nimi nebo o nich.

Závěr

Klientka se účastnila skupinových aktivit, kde měla možnost se podělit o své vzpomínky, klientka zjistila, jak jsou její vzpomínky žádané a zajímavé. Na aktivitách svým veselým vyprávěním vytvářela velmi příjemnou atmosféru, kde klienti rádi trávili svůj volný čas a sami přikládali svoje zážitky a prožité události.

Na příkladu této kazuistiky můžeme sledovat, že reminiscenční terapie nemá vždy pouze funkci změny, kterou může v osobě vyvolat, ale má i funkci zábavnou, volnočasovou a může působit jako zpříjemnění volného času, současně stimulovala ostatní klienty ke vzpomínání a podělení se i se zážitky ze života s ostatními.

Funkce získání stimulující a příjemné zkušenosti byla na příkladu kazuistiky ověřena jako fungující.

Příloha IV. Kazuistika č. 4

Paní Horáková je v současné době klientkou Domova pro seniory. V roce 2009 jí byla amputována levá dolní končetina v důsledku silné cukrovky. Po amputaci byla z nemocnice převezena rovnou do Domova pro seniory. Klientka se nyní pohybuje po pokoji sama na vozíku, je plně inkontinentní, nají a napije se sama, s ostatními klienty se nestýká a nemá zájem o žádné nabízené aktivity, pouze o návštěvy terapeuta a procházky ven. Pobírá příspěvek na péči ve výši 8 000,-. Klientku nikdo nenavštěvuje, s rodinou se nestýká.

Osobní anamnéza

Paní Horáková se narodila 1. 2. 1928 v Třeboni. Navštěvovala měšťanskou školu, vychodila osm tříd. Poté musela začít pracovat v hospodářství, které měli její rodiče v Lišově. V roce 1951 se provdala a v následujícím roce se jí narodila dvojčata, synové. Bohužel jeden ze synů dva roky po narození zemřel, utopil se ve studni. S manželem hospodařili na hospodářství, které klientka zdědila po rodičích. Jejich vztah velmi poznamenala smrt syna, kterou manžel dával klientce za vinu, což vedlo až k tomu, že se v roce 1968 rozvedli a manžel si v budoucnu založil novou rodinu, s nimi se od rozvodu nestýkal, ani se synem. Vztah klientky se synem po rozvodu byl velmi komplikovaný. Klientka sama hospodařila se synem na statku, až do doby, než odešel na studia, do Prahy, poté musela statek prodat a přestěhovat se do města, do paneláku. O synovi nemá žádné zprávy již řadu let, nestýkají se. Klientka trpěla celý život silným diabetes, což způsobilo, že jí byla v roce 2009 amputována levá dolní končetina. Klientka byla upoutána na vozík a již se nemohla vrátit do svého bytu, který nebyl bezbariérově upraven. V nemocnici s ní sociální pracovnice vyplnila a podala žádost do Domova pro seniory a zasloužila se o to, aby byla klientka do domova přijata, co nejdříve, což se podařilo. Klientka velmi ráda trávila čas venku, starala se o zahradu, poslouchala dechovku, četla. Měla velmi ráda květiny.

Rodinná anamnéza

K rodinné anamnéze paní Horákové se vyjádřím pouze okrajově. S rodiči měla klientka velmi dobrý vztah, ale bohužel zemřeli oba velmi brzy, v roce 1950 nejdříve matka, o dva měsíce později otec, ani se nedožili narození vnuků. Sourozence klientka neměla.

Ústavní anamnéza

Paní Horákové byla v roce 2009 amputována levá dolní končetina a po ukončení hospitalizace v nemocnici byla přijata do Domova pro seniory. Byla přijata na dvojlůžkový pokoj, později přestěhována na jednolůžkový. Při nástupu klientka komunikovala dobře, byla orientována v čase i místě, působila ale dojmem, že přijetím do domova její život skončil, na většinu otázek ohledně péče odpovídala „udělejte to, jak myslíte, nechám to na vás, nechci s ničím obtěžovat“, byla velmi uzavřená do sebe, smutná, často plačtivá. Následkem amputace byla upoutána na lůžko, o možnost naučit se samostatně pohybovat na invalidním vozíku nejevila zájem.

Průběh terapie

Paní Horákové byla nabízena rehabilitace a také individuální forma terapie, ale klientka vše odmítala, její častá odpověď byla „že nás nechce obtěžovat“. Klientka působila na terapeuta dojmem, že není zvyklá už se s lidmi bavit, komunikovat, že žila dlouhodobě velmi uzavřený a izolovaný život. Terapeut klientku navštěvoval jednou týdně a pokoušel se o rozhovor, ale většinou neúspěšně. Z dotazníku, který byl součástí žádosti o přijetí do domova, terapeut zjistil něco o tom, co dřív klientka ráda dělala, že měla velmi ráda květiny. Rozhodl se, že vždy klientce donese nějaké květiny a nechá jí je na pokoji. Nejdříve to klientka odmítala, ale při dalším pokusu už si květiny nechala a i za ně poděkovala. Postupně se podařilo terapeutovi, díky květinám, že s ním začala klientka více komunikovat, z jedné návštěvy týdně se postupně staly návštěvy každodenní. Terapeut si získal důvěru klientky, povídali si o květinách a péči o ně. Postupně se terapeut ptal na její domov, na květiny, které tam pěstovala, na zaměstnání, děti, rodinu atd. Klientka se začala terapeutovi svěřovat se svými životními traumaty, především se smrtí syna a následným rozvodem. Hovořila o tom, jak se v jedné vteřině stal její život jednou velkou tragédií, mluvila o tom, že od té doby nevěří v boha, vše si vyčítá. Druhý syn ji téměř nenavštěvuje – prožití události se smrtí a rozvodem narušily i vztah s druhým synem. Terapeut začal brát klientku i na procházky ven, na zahradu. Nabídl jí možnost navštívit hrob rodičů a syna, kterou využila. Postupem času, kdy se o své starosti měla s kým podělit, se celkově zklidnila. Při jedné z posledních návštěv

terapeutovi řekla, že pro ni moc udělal, že je moc ráda, že mohla o svých bolestech povídat.

Závěr

Na základě reminiscenční terapie se podařilo terapeutovi navázat s klientkou vztah a umožnit jí hovořit o všech svých bolestech, o kterých neměla s kým mluvit. Přijala svůj život takový, jaký byl, tragický a bolestivý. Klientka byla více uvolněná a méně plačtivá. Dávala najevo svoji vděčnost, že mohla o tom, co prožila, mluvit a smířit se tak se svým životem. Bohužel se nedočkala návštěvy druhého syna po celou dobu, kdy v domově byla ubytována.

Příloha V. Kazuistika č. 5

Paní Nováková je klientkou Domova pro seniory. V roce 2011 si při pádu doma zlomila levou nohu v krčku a po 2 měsíčním pobytu na LDN (Léčebna dlouhodobě nemocných) byla rovnou převezena do Domova pro seniory. Klientka je současně chodící s kompenzační pomůckou, při běžných denních činnostech potřebuje asistenci. Ráda se stýká s ostatními klienty a zúčastňuje se řady skupinových aktivit. Klientku navštěvuje přítelkyně, paní Olina, téměř každý den, několikrát do roka vnučky s pravnoučaty. Domů klientka nejezdí.

Osobní anamnéza

Paní Nováková se narodila 26. 7. 1937 ve Veselí nad Lužnicí, potom co se rodina přestěhovala z Prahy. Po základní škole se vyučila na pošťačku a po studiu začala pracovat na poště. V roce 1957 se provdala a o dva roky později se jí narodil syn, více dětí neměli. Syn klientky se narodil 15. 9. 1959, po základní škole vystudoval Obchodní školu a poté Vysokou školu ekonomickou, pracoval jako ekonom. Byl ženatý, později se ale rozvedl, měl problémy s alkoholem, což narušilo i jeho vztah s klientkou. Měl dvě dcery, Petru a Pavlu. Mladší Pavla má dvě dcery, starší vnučka je zatím bezdětná. S manželem a synem žili v rodinném domku. Po mateřské dovolené se vrátila k práci na poště, kde pracovala až do odchodu do důchodu. V roce 2000 paní Novákové zemřel manžel a od té doby žila v domě sama, v té době si podala žádost do Domova pro seniory. Se synem neměla dobrý vztah, dlouhou dobu se vůbec nestýkali, zemřel v roce 2013. V roce 2011 si po nešťastném pádu doma zlomila nohu v krčku, byla odvezena do nemocnice a po operaci umístěna na LDN (léčebna dlouhodobě nemocných). Po dvou měsících pobytu na LDN byla přijata do Domova pro seniory, domů se již vrátit nechtěla. Paní Nováková velmi ráda pečovala o zahrádku, cestovala, četla, zpívala, byla ráda mezi lidmi.

Rodinná anamnéza

Matka paní Novákové se narodila 27. 6. 1911 a vyrůstala v Benešově s osmi sourozenci. Sloužila u sedláka, poté se vdala a měla 1 dítě, současně však vychovávala syna své sestry, protože sestra se o syna nemohla dostatečně postarat. Otec paní Novákové pracoval u stejného sedláka jako matka klientky, kde se také seznámili. Po přestěhování do Veselí nad Lužnicí pracoval na dráze. Klientka měla s otcem lepší vztah než s matkou.

Ústavní anamnéza

Paní Nováková byla po zlomenině krčku, v roce 2011, přijata na LDN, kde byla dva měsíce. Poté byla přijata do Domova pro seniory. Při nástupu klientka komunikovala dobře, bez známek dezorientace. Klientka však byla velmi často podrážděná a vyvolávala konflikty (málo slané jídlo, málo se topí, špatně se uklízí atd.). Vždy když za ní přišel pracovník pověřený řešením těchto problémů, tak je zlehčovala, že vlastně o nic nejde, a proč mu to někdo říkal atd.

Průběh terapie

Paní Novákové byly nabízeny různé individuální a skupinové aktivity, ale klientka nejevila o nic zájem. Po domluvě s paní Olinou, její přítelkyní, se terapeut dozvěděl, že klientku trápí její vztah se synem, že hodně pil a nyní je nemocný a ona neví, jak na tom je (o jeho situaci, kde žije, a jeho zdravotním stavu nevěděl ani nikdo z rodiny). O těchto problémech však nechce mluvit a nepřeje si, aby o nich kdokoliv věděl. Terapeut jí začal navštěvovat jednou týdně – vždy kvůli nesouvisejícím věcem (výběr jídla z jídelníčku, apod.). Po návštěvě vnuček (obě žijí v zahraničí) terapeut při návštěvě navázal na to, jak se vnučky mají, co dělají, jestli se o ně starala, když byly malé. V průběhu několika měsíců, kdy terapeut navazoval na předešlé rozhovory, začali spolu poslouchat staré písničky, které měla ráda, často potom vyprávěla, jak s manželem chodili na zábavy, a že manžel byl veliký „fešák“ a ukázala terapeutovi několik fotografií. Postupně se k fotografiím ještě několikrát vrátili, až se terapeut jednou zeptal, jestli nemá fotografii syna. Klientka se začala postupně svěřovat, jaký měla problematický vztah se synem, který je alkoholik, jak to znamenalo celou její rodinu. Že by se s ním chtěla sejít, ale už předem říkala, že ví, že to nepůjde. Terapeut jí nabídl, že se pokusí zjistit, kde nyní je, a když něco zjistí, tak jí to řekne. Terapeutovi se podařilo zjistit, že její syn nyní bydlí také v Domově pro seniory asi 50 km od Veselí. Klientka se po delší úvaze rozhodla, syna kontaktovala a začali si prakticky každý den telefonovat, později začal syn klientku navštěvovat v Domově pro seniory, jednou za

čtrnáct dní. Tyto návštěvy trvaly asi rok, ale bohužel se synovi vrátila rakovina jícnu, léčbu odmítl a do měsíce zemřel. Terapeut se obával, že se stav klientky opět zhorší, ale nestalo se tak. Klientka byla ráda, že se se synem stihla usmířit a mohla jít na jeho pohřeb. Později se terapeutovi svěřila, že ji její vztah se synem natolik trápil, obávala se, že už nebude mít nikdy šanci to napravit, změnit a že si to bude do smrti vyčítat.

Závěr

Díky využití reminiscenčních metod – rozhovor, prohlížení fotografií a pohlednice, poslech hudby - se terapeutovi podařilo zjistit příčinu konfliktů. Postupem času zjistil, kde syn žije a nabídl klientce možnost kontaktovat se s ním, čehož klientka využila. Se synem se smířila a do jeho smrti si pravidelně telefonovali a navštěvovali se. Klientka byla ráda, že jako matka byla svému synovi v závěru života nablízku a byla pro něj opět matkou. Klientka se zklidnila, odezněly konfliktní situace, které dříve byly téměř denně.

ABSTRAKT

KLEČKOVÁ, K. Využití reminiscenční terapie při práci se seniory. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce H. Machulová.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, potřeby, senior, sociální služby, aktivizace, paměť, demence, vzpomínání, reminiscenční terapie.

Práce se zabývá využitím reminiscenční terapie v práci o seniory v domovech pro seniory. Je rozdělena na dvě části. V první kapitole je charakterizován pojem stáří a stárnutí, jeho rozdělení, popsány změny, ke kterým v tomto období dochází a dále analýza potřeb.

V druhé kapitole se práce zabývá reminiscenční terapií, jejími funkcemi, významem a využitím v sociálních službách. V této části jsou na kazuistikách, které byly vytvořeny v domově pro seniory ve Veselí nad Lužnicí, popsány jednotlivé funkce reminiscence, tak jak byly v praxi zaznamenány autorkou práce.

ABSTRACT

KLEČKOVÁ, K. The use of reminiscence therapy in working with the elderly. České Budějovice 2015. Bachelor thesis. South Bohemian University in České Budějovice. Theological faculty. The Department of practise. Thesis supervisor H. Machulová.

Key words: aging, old age, requirements, senior, social care services, activation, memory, dementia, remembering, reminiscence therapy.

The bachelor thesis deals with the use of reminiscence therapy in working with the elderly in the retirement homes. This thesis is divided into two parts. In the first part of this thesis the terms of old age and aging are characterized, their division, there are also described changes which occur during this period and further analysis of needs.

The second part deals with the reminiscence therapy, its functions, its meaning and the use in the social care services. In this part there are also described the individual functions of reminiscence with the use of casuistic which were created in the retirement home in Veselí nad Lužnicí as it was noticed in the practise by the author of this thesis.