



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Možnosti psychoterapeutické intervence v domovech
pro seniory**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Mgr. Zdeňka Ráčková

Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „**Možnosti psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory**“, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2018

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Vlastimile Urbanové za odborné vedení mé bakalářské práce, za vlídný přístup, cenné rady a připomínky.

Velké poděkování patří také účastníkům výzkumného šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mi při psaní bakalářské práce byla velkou oporou.

Možnosti psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory

ABSTRAKT

Předkládaná bakalářská práce se zabývá možnostmi psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory a jaké psychoterapeutické přístupy jsou v domovech pro seniory využívány. Dalším cílem práce je zjistit, jaké terapeutické prostředky a techniky se v domovech pro seniory využívají.

Bakalářská práce je tradičně rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce obsahuje čtyři větší kapitoly, přičemž se první z nich zabývá stářím a jeho změnami v somatické, kognitivní, emocionální a sociální oblasti. Druhá kapitola vymezuje termín domov pro seniory, pro koho je určen a jaké služby jsou v těchto zařízeních poskytovány. Třetí kapitola se zabývá psychoterapií, psychoterapeutickým vztahem a osobností psychoterapeuta, dále jsou zde zmíněny základní formy psychoterapie, tři důležité směry, přístupy a psychoterapeutická intervence. Poslední čtvrtá kapitola se zaměřuje na terapeutické prostředky využívané v domovech pro seniory: animoterapie, arteterapie, dramaterapie, ergoterapie, muzikoterapie a reminiscenční terapie.

Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, kterého se zúčastnilo pět zaměstnankyň domovů pro seniory. S každou zaměstnankyní byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor, jehož obsah byl sestaven na základě předem stanovených cílů a výzkumných otázek bakalářské práce. Data byla zpracována prostřednictvím obsahové analýzy.

Z výzkumu bylo zjištěno, že psychoterapeutickou intervencí umožňuje svým klientům pouze jeden domov pro seniory z pěti dotazovaných. Ve všech zařízeních však probíhají různé terapeutické prostředky a techniky, které chybějící psychoterapii supluje.

Klíčová slova: Stáří, senior, domov pro seniory, psychoterapie, terapeutické prostředky a techniky

Possibilities of psychotherapeutic interventions in retirement homes

ABSTRACT

This bachelor thesis looks into possibilities of psychotherapeutic interventions in retirement homes. Goal of this bachelor thesis is to find out ways of psychotherapeutic interventions in retirement homes and which psychotherapeutic methods are currently used. Next goal is to find out which therapeutic tools and techniques are used in retirement homes.

This work is divided in two parts. Theoretical and practical. Theoretical part has four chapters. First one covers process of getting old and its effects in somatic, cognitive, emotional and social sphere. Second chapter defines term “retirement home”. Who are they for and what services are in these facilities provided. Third chapter looks into psychotherapy, psychotherapeutic relationship and personality of the psychotherapist. It also covers basic forms of psychotherapy, three important movements (directions), approaches and psychotherapeutic intervention. The fourth, and last, chapter focuses on psychotherapeutic tools and techniques used in retirement homes (animo therapy, art therapy, drama therapy, ergo therapy, musical therapy and reminiscence therapy.

Practical part looks into qualitative research in which 5 retirement homes employees took part. Every employee was involved in semi-structured interview. The interview was based on goals and research questions set for this bachelors thesis. Data was processed by content analysis.

The research found out that only one of five retirement homes provides psychotherapeutic intervention to its clients. However in all facilities are used different psychotherapeutic tools and techniques which supply missing psychotherapy.

Keywords: age, old age, senior, elderly, retirement home, psychotherapy, therapeutic tools and techniques

Obsah	
ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Aktuální stav dané problematiky	9
1.1 Stáří	9
1.1.1 Involuční změny v somatické oblasti.....	9
1.1.2 Involuční změny kognitivních funkcí	10
1.1.3 Involuční změny v oblasti emocionality	10
1.1.4 Involuční změny v oblasti socializace	11
1.2 Domovy pro seniory.....	13
1.2.1 Sociálně terapeutické činnosti	13
1.2.2 Aktivizační činnosti	13
1.3 Psychoterapie	14
1.3.1 Formy psychoterapie.....	15
1.3.2 Psychoterapeutický vztah	16
1.3.3 Osobnost psychoterapeuta	17
1.3.4 Tři důležité psychoterapeutické směry a přístupy	17
1.3.5 Psychoterapeutická intervence.....	20
1.4 Terapeutické prostředky.....	22
1.4.1 Animoterapie	22
1.4.2 Arteterapie	23
1.4.3 Dramaterapie.....	25
1.4.4 Ergoterapie.....	25
1.4.5 Muzikoterapie	26
1.4.6 Reminiscenční terapie.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 Popis zvoleného metodologického rámce a metod	29
3.1 Metoda výzkumu.....	29
3.2 Metoda sběru dat.....	29

3.3	Realizace výzkumu	30
3.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4	Výsledky.....	32
4.1	Psychoterapie v domovech pro seniory.....	32
4.2	Terapeutické prostředky v domovech pro seniory	35
4.2.1	Animoterapie	35
4.2.2	Arteterapie	37
4.2.3	Dramaterapie.....	39
4.2.4	Ergoterapie.....	40
4.2.5	Muzikoterapie	43
4.2.6	Reminiscenční terapie	45
5	Diskuse	48
	ZÁVĚR	51
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
	SEZNAM PŘÍLOH.....	57
	SEZNAM ZKRATEK	58

ÚVOD

O problematiku předkládané bakalářské práce jsem se doposud moc nezajímala, s o to větší zvědavostí jsem si dané téma zvolila, neboť se ráda vzdělávám a nabývám nových informací.

Celkový náhled dnešní společnosti na seniory je poněkud skeptický. Období stáří a následné smrti je mnohdy vnímáno jako tabu a představa umístění do domova pro seniory každého z nás děsí. Jak potvrzují statistiky, populace stárne, což s sebou přináší fakt, že seniorů postupně přibývá. Z těchto důvodů jsou zřizovány další a další domovy pro seniory, avšak mnohým zřizovatelům nedochází, že pouhé ubytování, strava, tedy vnější péče o klienta není vše.

I když je mi bližší práce s dětmi, během praxe v domově pro seniory jsem si připomněla, jak jsou důležité pozitivní vztahy s rodinou a našimi nejbližšími. Jsou to právě vztahy a emoční naladění, které ve velké míře ovlivňují pozitivně i negativně, mimo jiné, oblast zdraví či chutě do života. Bohužel s procesem stárnutí souvisí také ztráta takových vztahů, např. úmrtí partnera a dalších milovaných lidí. Proto je důležité, aby se takovému člověku dostalo co největší podpory, aby se vyrovnal se vším, co s sebou stáří přináší.

Právě tohle uvědomění ve mně vzbudilo zájem zjistit, jak to s péčí o duši v domovech pro seniory funguje, zda se jim vůbec adekvátní odborné péče dostává a v jaké míře.

Cílem předkládané bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory a jaké psychoterapeutické přístupy jsou v domovech pro seniory využívány. Bakalářská práce dále zjišťuje, jaké terapeutické prostředky a techniky se v domovech pro seniory nejvíce uplatňují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Aktuální stav dané problematiky

1.1 Stáří

Podle Světové zdravotnické organizace období stáří nastává po 60. roce života (Skorunková, 2013). Právě občany, kteří jsou starší 60 let, označujeme jako seniory (Hartl, Hartlová, 2015).

Stáří lze rozdělit na období raného stáří (60 – 75 let), období pravého stáří (75 – 90 let) a období dlouhověkosti (90 a více let). Dále je aktivní stáří nazýváno jako třetí věk, naopak fáze, kdy je starý člověk odkázán na péči ostatních v důsledku nemoci, se označuje jako čtvrtý věk. Celkově se aspekty stárnutí a stáří zabývá gerontologie, neboli věda o stáří (Skorunková, 2013).

Stáří je poslední stádium v životě člověka, které s sebou přináší řadu změn. Právě o jednotlivých involučních změnách budou pojednávat následující podkapitoly.

1.1.1 Involuční změny v somatické oblasti

Ke stárnutí náleží proces somatického a psychického úpadku, který je však z hlediska závažnosti projevů i rozsahu a času individuálně variabilní, neboť závisí na dědičných předpokladech, důsledcích exogenních vlivů a jejich vzájemné interakci (Vágnerová, 2008). Výraznější jsou změny tělesné než psychické, dochází k menší výkonnosti a koordinovanosti tělesných funkcí a opotřebovanosti tělesných orgánů. V důsledku ubývání vody se zmenšují všechny orgány a tkáně v těle, dokonce se zmenšuje i výška postavy, což způsobuje atrofie meziobratlových plotének a svalová ochablost (Novotná et al., 2012).

Tělesné stárnutí probíhá na všech úrovních a začíná mnohem dříve, než si jedinec uvědomuje. Řadu nežádoucích změn lze preventivně zmírnit vhodnou stravou a cvičením (Skorunková, 2013). Prevence je nezbytná, neboť sumací nepříznivých vlivů přibývá četnosti nemocných lidí. Polymorbidita je znakem nemocnosti ve stáří a znamená to, že senioři velmi často trpí větším počtem různých chronických onemocnění (Vágnerová, 2008).

Proces stárnutí s sebou přináší také změnu vzhledu, což způsobuje, že okolí dotyčného začíná vnímat jako starce a následně se tak k němu chová. Rychlost a míra proměny zevnějšku je u každého jiná. U někoho může dojít k tak rychlé kvalitativní změně, že člověk vypadá jinak než dřív, např. ztloustne, pohubne, stane se vrásčitým. Zevnějšek seniora může být také ukazatelem jeho somatického a psychického stavu, neboť nezájem o vlastní vzhled, generalizovaná rezignace a výraznější úpadek osobnosti se mohou objevovat v rámci demence a jiných závažných onemocnění (Vágnerová, 2008).

1.1.2 Involuční změny kognitivních funkcí

Pro období stáří jsou charakteristické nerovnoměrné proměny celkové struktury poznávacích procesů. Změny se projevují zejména ve funkcích sloužících k zaznamenávání, ukládání a následnému využívání informací (Vágnerová, 2008). Více bývá narušena schopnost využívat krátkodobou paměť – např. senior si snadno vzpomene na události ze svého dětství, ale nevybaví si, zda si ráno vzal lék (Skorunková, 2013). Tyto změny mohou mít na kvalitu života velký dopad, zejména v případě omezené schopnosti žít nezávisle bez cizí pomoci (Vágnerová, 2008).

Konkrétně se jedná o změny jako celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů, zhoršování zrakových a sluchových funkcí, změny v koncentraci pozornosti, především v jejím rozdělování a přenášení, zhoršení paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení (Vágnerová, 2008). S obtížemi v učení souvisí také horší orientace v nových situacích, proto se starý člověk všemu novému obtížněji přizpůsobuje. Z těchto důvodů starší lidé preferují rutinu, stereotyp a vyhovuje jim pravidelný denní režim (Skorunková, 2013).

Dále dochází k úbytku zejména v oblasti fluidní inteligence, naopak krystalická inteligence se až do 70. roku života zásadním způsobem nemění, pokud se nejedná o člověka postiženého demencí. Celkově se na změnách kognitivních funkcí podílejí nejen biologické, ale také psychosociální faktory (Vágnerová, 2008).

1.1.3 Involuční změny v oblasti emocionality

Z výzkumů Laury Carstensenové vyplývá, že pokud má starší člověk uspokojivé vztahy s blízkými lidmi, neocitá se v neřešitelných finančních situacích a netrápí ho choroby, může být pocit bazální emoční pohody relativně vysoký i v období raného stáří (Carstensen et al., 2000).

Emocionální profily u starších lidí se zabývala jedna z nejnovějších studií, které se zúčastnilo celkem 257 účastníků, ve věku od 65 do 104 let. Na základě proměnných jako pozitivní a negativní vliv, životní spokojenost, osamělost a regulační strategie byly odhaleny tři emocionální profily: „*nespokojen*“, „*šťastný*“ a „*pružný*“. Nejčastějším profilem u lidí ve věku do 85 let byl „*šťastný*“, zatímco u lidí nad 85 let „*pružný*“. Zajímavé zjištění je, že se výskyt emocionálního profilu „*nespokojen*“ snižoval s věkem, zatímco profil „*šťastný*“ se objevoval i u lidí nad 85 let, i když v menší míře (Etxeberria et al., 2017).

Změny v emočním prožívání mají neurofyzilogické příčiny, neboť je temperamentový potenciál primárně závislý na způsobu fungování CNS, který se v období stáří mění. Zatímco u mladých lidí je emoční prožívání více závislé na podkorových strukturách, u starších lidí se na zpracování emocí podílí zejména oblast střední nefrontální kůry, která je spojena s ovládáním emocí. Tudíž dochází k odlišnému hodnocení emocí i jinému prožívání, a proto jsou starší lidé schopni lépe kontrolovat své emoční reakce (Vágnerová, 2008). Skutečnost, že se s věkem zvyšuje emocionální kontrola a současně se snižuje intenzita emocionálních impulsů, potvrdily studie Laury Carstensenové et al. (1997), kterých se zúčastnilo 127 respondentů ve věku od 19 do 96 let.

Celkové zklidnění či zpomalení nejen v emočním prožívání, ale i v ostatních oblastech psychiky je jednou z příčin nižší úrovně aktivace mozku. Naopak roste citová labilita, dráždivost a citlivost vůči některým podnětům a snižuje se odolnost k zátěži. Uvedené změny nesouvisí pouze s věkem a chorobami, které podmiňují narušení určitých funkcí CNS, ale mohou být důsledkem jiných běžných somatických obtíží, jako např. výkyvy krevního tlaku (Labouvie – Vief, 2014).

1.1.4 Involuční změny v oblasti socializace

Ke změně či redukci dochází také v oblasti různých sociálních dovedností, zejména v pozdním stáří. Po odchodu do důchodu jsou senioři od společenského dění mnohem více izolováni, jejich život se odehrává především ve vlastní rodině, kdy mnozí z nich tyto hranice nepřekračují. Důsledkem toho může dojít ke stagnaci až úpadku sociálních dovedností a návyků (Vágnerová, 2008).

Nejvýznamnější sociální skupinou seniorů je rodina, která zahrnuje nejen soužití s partnerem, ale také kontakt s rodinami dětí či sourozenců. Další možností sociálních kontaktů i hlubších vztahů jsou přátelé a známí ze sousedství, se kterými senioři sdílejí

různé aktivity. Tyhle vztahy mívají i užitečný kompenzační význam, pokud vlastní rodina neexistuje či neplní své funkce. Hlubší vztahy si starší člověk může vytvořit také v rámci společenství obyvatel určité instituce (domovy pro seniory, LDN), ve kterém s ostatními sdílí jak teritorium, tak i určitý životní styl (Vágnerová, 2008).

Nezbytnou součástí sociálního kontaktu je komunikace, která může u seniorů obsahovat několik specifických znaků. Z důvodu zhoršení zraku a sluchu je komunikace pro seniory více namáhavá, potřebují delší dobu ke zpracování nových informací a hůře si vybavují potřebné slovní výrazy. Ve vzájemné komunikaci starých lidí pomalost nepředstavuje problém, ale spíše narušuje kontakt s mladší generací, která mnohdy není natolik trpělivá, aby se přizpůsobila pomalejšímu tempu (Skorunková, 2013). Kromě zhoršení zraku

a sluchu se u seniorů můžeme setkat např. s afázií. Jedná se zejména o seniory, kteří prodělali neurologická onemocnění a došlo tak k narušení schopnosti mluvit a rozumět řeči. Poruchy se mohou vyskytovat jak samostatně, tak společně. Lidé trpící afázií mnohdy mívají sklony až k agresivitě nebo naopak rezignují na komunikaci (Venglářová, 2007).

1.2 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou podle § 49, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů pobytová zařízení pro seniory. V takových zařízeních jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pomoc druhé fyzické osoby z důvodu věku. Jedná se tedy o celoroční pobytovou službu, která je poskytována seniorům, kteří potřebují komplexní péči, neboť nemohou žít sami ve vlastní domácnosti (Mlýnková, 2011).

Služba podle odstavce 1, § 49, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.2.1 Sociálně terapeutické činnosti

Sociálně terapeutické činnosti jsou podle vyhlášky 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, takové socioterapeutické činnosti, které vedou k rozvoji či udržení jak osobních, tak sociálních schopností a dovedností, které podporují sociální začleňování osob.

Z toho, jak sociálně terapeutické činnosti stanovuje vyhláška 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vychází také Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. Terapeutické intervence mohou být individuální i skupinové a vede je příslušně kvalifikovaný profesionál – terapeut. Uživatelé služby by měli mít možnost navštěvovat podle svých potřeb jak individuální, tak skupinové terapie. Standard doporučuje alespoň dvě terapie a odkazuje na tyto možnosti: psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie, zooterapie, pohybové terapie a další aktivity (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015).

1.2.2 Aktivizační činnosti

Rozsah aktivizačních činností také stanovuje vyhláška 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podle které se aktivizačními činnostmi rozumí zájmová aktivita, která probíhá ve volném čase, která obnovuje či zpevňuje kontakt s přirozeným sociálním prostředím

a současně vede k nácviku a upevňování schopností a dovedností v motorických, sociálních a psychických oblastech.

Aktivizací seniorů se zabývá Petra Jurečková (2006, s. 144), podle které je aktivizace: *„specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností. Cílem aktivizace je pomáhat klientům žít podle svých maximálních možností bez ohledu na stupeň funkčnosti“*.

1.3 Psychoterapie

V této části bakalářské práce bude vymezena psychoterapie jako obor i jako činnost, druhy psychoterapie, psychoterapeutický vztah, osobnostní kvality psychoterapeuta, budou naznačeny základní psychoterapeutické směry a psychoterapeutická intervence.

Psychoterapie je interdisciplinární obor, který zasahuje jak do oblasti medicíny, tak do oblasti psychologie. Řadí se mezi klinické obory zabývající se léčením duševních onemocnění a poruch, dělíme ji na obecnou i speciální část. Obecná část zahrnuje teorii, metody a výzkumná data, zatímco speciální část aplikaci na jednotlivé druhy poruch. Psychoterapie je empirickou vědou opírající se o poznatky získané zkušeností, které zobecňuje do hypotéz a teorií, a zároveň se jako aplikovaná věda snaží o využití získaných poznatků v praxi (Kratochvíl, 2005).

Dle Vymětala (s. 9, 2010) je psychoterapie: *„zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem. Považujeme ji za samostatný obor, jenž má teoretickou i aplikační stránku. Předmětem oboru je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nepovažujeme v té podobě, jak se s nimi setkáváme, za optimální, a na přání (pokud nejde o děti) a se souhlasem klienta se je pokoušíme společně měnit“*. Vlastní psychoterapie je tedy interakce mezi psychoterapeutem a pacientem, která je vědomá, záměrná

a strukturovaná. Během tohoto procesu jsou postupně odstraňována subjektivní omezení, která pacientovi brání v optimálním životě. Psychoterapie zároveň rozšiřuje a prohlubuje pravdivé sebepoznání a zvyšuje kvalitu pacientova života (Vymětal et al., 2004).

Oboru psychoterapie se věnují psychoterapeuti, kteří se starají o nejvlastnější záležitosti člověka, jako je život, jeho smysl, naplnění a vztahy, do kterých člověk vstupuje (Vymětal, 2010).

Cíle psychoterapie by měly být předem jasné dané, racionálně zdůvodněné a průběžně sledované, neboť se od nich více či méně odlišují výsledky, kterých bylo skutečně dosaženo pomocí psychologických prostředků. Obecně lze cíle psychoterapie vidět ve změnách v osobnosti, chování a sociálních vztazích pacienta (Vymětal et al., 2004).

1.3.1 Formy psychoterapie

Formou psychoterapie se rozumí její uspořádání. Pracovat s klientem lze individuálně či v rámci skupiny. Psychoterapeut s klientem vede rozhovor, kreslí atd. K terapeutovi klienti docházejí ambulantně, nebo za nimi v případě hospitalizace dochází terapeut (Vymětal, 2010). Vzhledem k dané problematice jsou níže uvedeny pouze základní dvě formy, a to individuální a skupinová psychoterapie.

- **Individuální psychoterapie**

V individuální psychoterapii se působení zaměřuje na jednotlivce (Kratochvíl, 2012). V praxi je nejrozšířenější, účastní se jí terapeut a klient, mezi kterými vzniká intenzivní vztah. Tento vztah se vyvíjí zejména vlivem chování psychoterapeuta, jeho osobností, způsobu práce s klientem a teoretickou orientací. Právě osobnost a chování terapeuta direktivně či nedirektivně kontroluje a řídí průběh léčby (Vymětal, 2010).

„Individuální psychoterapie je tvořena interakcí, vzájemnou komunikační výměnou a ovlivňováním z obou stran, kdy vedoucí úlohu a také odpovědnost za výsledek má terapeut“ (Vymětal, s. 76, 2010).

V individuální psychoterapii může být různé uspořádání situace, ovšem k základní podobě patří rozestavění, kdy terapeut a pacient sedí pod úhlem asi 90° tváří v tvář. Některé směry naopak preferují sezení naproti sobě, což ztěžuje možnost vyhnout se očnímu kontaktu. Také stůl postavený doprostřed narušuje kontakt a vymezuje pozice „před“ a „za“ na úkor „spolu“. Jiné uspořádání, typické pro psychoanalýzu, je, když pacient leží. Uplatňuje se při imaginativních postupech, autogenním tréninku atd. Tohle uspořádání podporuje introspekci,

pacientovi dává prostor zabývat se vlastními psychickými obsahy a terapeutovi možnost přemýšlet o tom, co mu pacient sděluje. Navíc terapeut nemusí soustřeďovat pozornost na své mimické a další projevy (Vymětal et al., 2004).

- Skupinová psychoterapie

Kratochvíl (s. 15, 2005) vnímá skupinovou psychoterapii jako: „*postup, který využívá k léčebným účelům dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem*“. Terapeut se snaží skupině pomoci odstranit překážky plynulosti komunikace a nalézt takové prostředky, které by účinně zpracovaly napětí ve skupině. V běžném uspořádání sedí jak terapeut, tak pacienti v kruhu, který umožňuje maximální vzájemnou interakci a všichni účastníci na sebe dobře vidí (Vymětal et al., 2004).

Co se týče složení skupiny, obecně by měla být dodržována zásada nepřijímání do skupiny takové jedince, kteří mají mezi sebou nějaké přímé vazby. Výjimku ale představuje skupinová párová terapie (Vymětal et al., 2004).

1.3.2 Psychoterapeutický vztah

Jedná se o zvláštní případ mezi-osobního vztahu, který charakterizuje důvěra. Z tohoto klíčového slova vyplývá atmosféra bezpečí, intimity a přijetí. K charakteristice dobrého pracovního společenství, v jehož rámci se psychoterapeutický proces uskutečňuje, patří utváření a prohlubování důvěry mezi terapeutem a klientem. Dalším klíčovým pojmem je v psychoterapeutickém vztahu naděje, která úzce souvisí s důvěrou. Značí, že klient doufá, že psychoterapeutickou intervencí dojde ke změně k lepšímu. Proto je přítomnost důvěry a naděje nezbytnou podmínkou pro hodnotný psychoterapeutický vztah (Vymětal, 2010).

Ať už se jedná o individuální či skupinovou psychoterapii, psychoterapeutický vztah se neustále vyvíjí a mění se také vzájemné pozice mezi účastníky. Problematika subjektivní blízkosti či vzdálenosti je mnohými považována za nejdůležitější, proto bývá poměrně bohatě rozpracována jednotlivými školami. Obecně platí: „*Terapeut by měl být ve vztahu ke klientovi tak blízko, jak je jen možné, a tak daleko, jak je nutné*“ (Vymětal, s. 110, 2010). Dalším základním postojem, kterým je psychoterapeutický vztah utvářen, je plná akceptace klienta terapeutem. Teprve po té se mohou uplatňovat

žádoucí projevy terapeuta, jako např. vysoká empatie a autenticita (Vymětal, 2010).

1.3.3 Osobnost psychoterapeuta

I v psychoterapii je třeba zdůraznit jedno z nejstarších lékařských pravidel: Především neškodit! Neboť nebezpečí uškodit je v psychoterapii větší, než se zdá a nebezpečí selhání terapeuta jsou mnohočetná (Knobloch a Knoblochová, 1999). Z předchozí kapitoly vyplývá, že by měl mít psychoterapeut tyto tři žádoucí osobnostní charakteristiky: akceptace, empatie a autenticita (Vymětal, 2010). V základních vlastnostech terapeuta jako je schopnost porozumět pacientovi, respekt k němu, vřelost a opravdovost, se shodují tyto rozdílní terapeuti: Rogers, Fromm-Reichmann a Kohut (Knobloch a Knoblochová, 1999).

Vymětal (2010) považuje za žádoucí charakteristiku osobnosti terapeuta vnitřní stabilitu, která se projevuje vyšší frustrační tolerancí vůči psychické zátěži, a která je založena zejména na pozitivním přijetí sebe sama. Právě vztah k sobě je součástí sebepojetí, které současně s životní situací a kvalitou nejbližších mezi-osobních vztahů určuje vnitřní stabilitu.

Osobnostních kvalit, které jsou žádoucí, nabývají budoucí psychoterapeuti během psychoterapeutického vzdělávání, což je nelehká a dlouhá cesta. Teprve po té lze práci psychoterapeuta vykonávat profesionálně, neboť: „*v osobnosti a chování terapeuta se skrývá možná největší psychoterapeutický potenciál, tedy síly uzdravné*“ (Vymětal, s. 144, 2010).

1.3.4 Tři důležité psychoterapeutické směry a přístupy

Vzhledem k zaměření bakalářské práce budou nyní popsány takové směry a přístupy v psychoterapii, které jsou u seniorů často využívány.

Dynamická psychoterapie

Vychází z klasické psychoanalýzy, jejímž tvůrcem je Sigmund Freud, který rozlišuje v psychice kromě vědomí také předvědomí a nevědomí. V předvědomí se nachází takové duševní obsahy, které si lze do vědomí snadno vyvolat. Naopak obsahy

v nevědomí jsou vědomí přímo nedostupné, ale i přes to mají pro vývoj osobnosti a vznik neuróz velký význam. (Kratochvíl, 2012).

Současná dynamická psychoterapie se řadí do tzv. hlubinné psychoterapie a je tvořena řadou přístupů, jejíž autoři mají psychoanalytický výcvik a jsou psychoanalýzou zřetelně ovlivněni. Patří sem např. H. Kohut, O. Kernberg, M. S. Mahlerová a další, kteří své názory opírají o bohatou klinickou praxi, využívají hypotéz a poznatků z vývojové psychologie atd. (Vymětal, 2010).

Směrů je v psychoanalytické psychoterapii celá řada, ale nelze opomenout např. krátkodobou psychoanalytickou terapii, která je vhodná pro klienty se silnějším „já“, jež mají dobrou motivaci a chuť spolupracovat. Terapie je zaměřená na ohnisko, probíhá individuální formou, délka se může pohybovat i v desítkách hodin a psychoterapeut má aktivní a poměrně direktivní roli (Vymětal, 2010).

Poměrně rozšířená je středně či dlouhodobá podpůrná terapie, kdy se jedná o kombinaci klasické psychoanalytické práce (např. technika volných asociací) a rozhovorové terapie. Probíhá ve frekvenci jednou až dvakrát týdně po dobu měsíců až let. Těžiště tvoří rozbor a interpretace určitých zkušeností, očekávání atd. Terapeut má spíše roli experta, který průběh terapie aktivně řídí (Vymětal, 2010).

Kognitivně-behaviorální psychoterapie

Vychází z teoretického konceptu behavioristického přístupu, který odmítá introspekci a zaměřuje se především na studium chování. Tento směr dominoval v první polovině 20. století a založil jej J. B. Watson, mezi další představitele se řadí A. Bandura, A. Ellise a další (Plháková, 2004).

Kognitivně-behaviorální přístup se v současné době užívá zejména při léčbě depresí. Konkrétně se jedná o terapii depresí, kterou vypracoval psychiatr A. T. Beck a základními znaky terapie jsou vysoká empatie, strukturovanost, postupování po malých krocích, podpora klientových aktivit a tvorba dlouhodobě udržovacích programů vycházejících z pozitivních sociálních cílů. Důležité je terapii časově ohraničit, aby se zvýšila motivace ke spolupráci. Intenzivní terapie trvá 3 – 6 měsíců při různé četnosti setkávání (Vymětal, 2010).

Dalším významným směrem je racionálně-emotivní terapie, jejímž autorem je A. Ellis. Vychází z poznatku, že obsahy vědomí, prožívání a chování podléhají našemu myšlenkovému zpracování zkušeností. Během terapie je terapeut direktivní a manipulativní, také klienta poučuje a přesvědčuje. Cílem je klientovo uvědomění svých nesprávných, iracionálních myšlenek a postojů a nahradit je racionálním a realistickým hodnocením (Vymětal, 2010).

Humanistická psychoterapie

Humanistická psychoterapie vychází z předpokladu, že je každému člověku vlastní tendence osobnostně se rozvíjet po celý život – tzv. seberealizace a sebeaktualizace. Už sama tato zkušenost je motivací pro psychoterapii a úkolem terapeuta je vytvoření takových podmínek ve vztahu s klientem, které jeho růstovou tendenci podpoří (Vymětal, 2010). Mezi vůdčí osobnosti tohoto směru patřil A. Maslow, Ch. Bühlerová, C. Rogers a další (Kratochvíl, 2012).

Významným psychoterapeutickým směrem, který řadíme do hnutí humanistické psychoterapie, je Rogersovská psychoterapie, která je nazývána také empatickou, nedirektivní či na klienta zaměřenou psychoterapií (Vymětal, 2010). Jedná se o terapii důvěrným a otevřeným rozhovorem, při kterém se: „*terapeut vciťuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevoování a současně i sám může autenticky projevit své osobní pocity*“ (Kratochvíl, s. 54, 2012). Rogers velice ctí ochranu lidské individuality a ve své teorii klade důraz na existenci a svobodu: člověka chápe jako proces, nikoli jako hotový výtvar a i přes omezení společenskými normami potřebuje užívat své svobody (Drapela, 2011). Dle Rogerse je centrum osobnosti tvořeno „já“ (Self), jenž se během života mění a utváří. Důležité je, jak se vnímáme a hodnotíme (reálné „já“) a nakonec představa, jací bychom chtěli být (ideální „já“). Velká diskrepance mezi součástmi „já“, nebo tzv. inkongruence, což je rozpor mezi zkušeností a sebepojetím, bývá důvodem psychoterapeutické péče, která má základní dvě formy. První z nich je individuální terapie, která bývá krátkodobá až střednědobá, ve frekvenci zpravidla jedna hodina týdně v rámci 5 – 40 rozhovorů. Skupinová terapie má frekvenci hodinu a půl až dvě hodiny týdně po několik měsíců. Skupina časem může přejít i ve skupinu samo-řídící, svépomocnou. Obecným cílem Rogersovy psychoterapie je plně fungující osobnost, ke které se klient v závěru psychoterapeutického procesu blíží (Vymětal, 2010).

Za významného představitele humanistického směru je považován V. Frankl a jeho logoterapie, která klade důraz na smysluplné směřování k budoucnosti (Kratochvíl, 2012). Logoterapie bývá označována jako třetí vídeňská škola psychoterapie a vychází z lidské potřeby, kterou Frankl označuje jako „vůle ke smyslu“. Každá situace v sobě skrývá smysl, a jelikož se situace neustále vyvíjí, mění se také smysl přítomného okamžiku. V životě může jedinec smysl objevit trojím způsobem:

- vykonáním činu – ať už se jedná o sportování, práci či zájmovou činnost, každá činnost obsahuje skrytý smysl a rutinní činnost může být smysluplným lidským dílem, pokud ji člověk zacílí za hranice svého „já“.
- prožití hodnoty – jedná se o jakýkoli zážitek, který člověka obohacuje a povznáší. Nejhodnotnější lidským zážitkem je podle Frankla láska.
- Utrpení – tzv. tragická triáda (utrpení, vina a smrt) dává příležitost pro nejhlubší lidský růst (Drapela, 2011).

Frankl vymezuje pojem „existenciální vakuum“, což je ztráta smyslu života. Tomuto fenoménu je blízká tzv. nedělní neuróza, která označuje fakt, že rutinní práce v zaměstnání způsobují, že lidé zapomínají na svou vnitřní prázdnotu. Ale s nástupem víkendu jsou existenciální prázdnotou zasaženi plnou silou, neboť mají čas o svém životě uvažovat. S těmito pojmy dává do souvislosti např. alkoholismus, delikvenci mládeže a krizi seniorů a stárnoucích lidí (Drapela, 2011).

1.3.5 Psychoterapeutická intervence

Intervence neboli zákrok je v užším smyslu cílený a předem promyšlený zásah zaměřený na zmírnění tíživé situace. Jedná se o postupy či techniky, které vedou k přerušení nebo úpravě probíhajícího procesu. Jejím cílem v psychoterapii je přerušit probíhající špatně přizpůsobené vzorce chování (Hartl a Hartlová, 2015). Kalina (s. 170, 2008) ve své knize uvádí, že: „*v podstatě všechny intervence mají jistý význam pro sebepoznání, vedou k tomu, aby se klient dozvěděl něco nového o sobě a o světě a pohlédl na různé situace svého života jinak, než byl dosud zvyklý*“.

Mezi nejznámější druhy intervence patří krizová intervence, která trvá zpravidla tři až deset setkání s cílem překlenout nejhorší periodu klientovy krize a psychicky jej stabilizovat. Zpočátku probíhají setkání častěji, např. jednou až dvakrát týdně, později se intervaly prodlužují. Společné rozhovory mají klientovi usnadnit orientaci v dané

situaci a v jeho prožívání, což postupně vede k pochopení souvislostí a okolností, které ke krizi vedly. V praxi se nejčastěji jedná o tzv. akutní krize nebo k nim dochází zakutněním chronické krize (např. dlouhodobé odcizení mezi manželi). Často se jedná o traumatizující události: ztráta významné hodnoty jako zdraví, ztráta či smrt blízké osoby, klient se stal obětí násilného činu nebo jeho svědkem atd. (Vymětal, 2010).

Prvním krokem psychoterapeutické pomoci je zajištění podmínek pro nerušený rozhovor a navázání kontaktu s klientem. V případě, že se klient ocitá v šoku, snaží se terapeut zajistit klid, dostatek tekutin, potravy atd. Dalším krokem je vybudnutí klienta, aby hovořil o tom, co se stalo. Neuspořádanost myšlenek k duševní krizi patří, proto klienta terapeut přerušuje pouze při značně zabíhavém projevu. Jinak je terapeut po celou dobu empatický, dává najevo svůj zájem a cílenými otázkami si doplňuje obraz tak, aby se v situaci a problému orientoval. Takový rozhovor klientovi umožňuje uvolnění a odžití negativních prožitků a emocí. Hned po vnitřním zklidnění klienta začíná analýza situace, mimo jiné terapeut zjišťuje klientovu převládající strategii při řešení problémových situací a společně hledají alespoň parciální řešení krize. Klient se v poměrně krátkém časovém úseku učí lépe rozumět sám sobě a druhým lidem a učí se jinak a lépe, než dosud, řešit životní situace (Vymětal, 2010).

1.4 Terapeutické prostředky

V kapitole budou stručně popsány terapeutické prostředky, které jsou v domovech pro seniory často využívány.

1.4.1 Animoterapie

Jedná se o terapii, která je prováděna prostřednictvím živých zvířat. Lidé se během terapie se zvířaty mazlí, hrají a povídají si s nimi. Kontakt se zvířetem je pro mnohé také příležitost k pohybu. Nejčastěji se animoterapie provádí se psy – tzv. canisterapie, s koňmi – tzv. hipoterapie a s kočkami – tzv. felinoterapie (Votava, et al., 2005).

Někteří autoři se přiklání k termínu zooterapie, což je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, jež jsou založeny na využití vzájemného působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Freeman in Velemínský et al., 2007).

Metody animoterapie, které se využívají v domovech pro seniory

- AAA - Animal Assisted Activities

Neboli aktivity za pomoci zvířat. „*Přírozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo přírozený rozvoj jeho sociálních dovedností*“ (Freeman in Velemínský et al., 2007, s. 32). Tato metoda se nejvíce využívá u klientů sociálních služeb, tudíž zejména v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením atd. Dále je vhodná do školských zařízení, jako jsou dětské domovy a speciální školy. Cílem metody AAA je aktivizace klienta, zlepšování komunikace, pohyblivosti a odbourávání stresu, uzavřenosti či nečinnosti (Freeman in Velemínský et al., 2007).

- AAT – Animal Assisted Therapy

Terapie za pomoci zvířat, kdy je kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení psychického či fyzického stavu klienta. AAT se využívá zejména u klientů s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, dále u krátkodobě i dlouhodobě nemocných. Hlavním cílem je podpora procesu léčby a rehabilitace, kdy dochází k rozvoji konkrétních fyzických, sociálních, emocionálních a kognitivních funkcí klienta (Freeman in Velemínský et al., 2007).

Techniky animoterapie

Mezi techniky animoterapie patří zejména hlazení zvířete, péče o zvíře, hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, zlepšování komunikace, orientace, paměti, řeči a kognitivních funkcí. Dále sem patří polohování, předávání informací zábavnou formou a názornou ukázkou, využití zvířete jako prostředníka pro výuku, psychologické metody, empatie atd. (Freeman in Velemínský et al., 2007).

Canisterapie

Je léčba pomocí psa, během které dochází k působení psa na člověka a tím k ovlivňování jeho životních pocitů. Jedná se o vazbu mezi člověkem a psem, která je ku prospěchu oběma (Galajdová, L. a Galajdová, Z., 2011). Canisterapie je také jednou z metod rehabilitace sloužící k podpoře zdraví, které je vnímáno z bio-psycho-sociálního pohledu (Freeman in Velemínský et al., 2007).

Cílem canisterapie u seniorů je pohyblivost (trénování jemné i hrubé motoriky, koordinace pohybu a motivace k němu, zachování sebeobsluhy a manipulace s kompenzačními pomůckami), psychická podpora (zpestření všedního dne, pozitivní naladění, opora při odloučení od rodiny, aktivizace atd.), kognitivní oblast, motivace (trénování paměti, orientace v čase, prostoru atd.), sociabilita a sociální dovednosti, vztah ke psům (Freeman in Velemínský et al., 2007).

1.4.2 Arteterapie

Arteterapie je považována za interdisciplinární obor jak z důvodu prolínání umělecké tvorby s terapií, tak z důvodu obtížné zařaditelnosti v systému terapeutické pomoci. Čerpá především z poznatků umění, filosofie, psychologie, psychoterapie a pedagogiky (Landischová, 2007).

Jedná se o léčebný postup, jehož hlavním prostředkem poznání, ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů je výtvarný projev (Stejskalová, 2012). Hanus (in Šicková – Fabrici, 2016) považuje arteterapii za zvláštní formu psychoterapie, která se odehrává prostřednictvím malířské, sochařské a grafické činnosti.

Základní techniky a materiály v arteterapii

Malování – je základní technikou arteterapie, ve které se používají obyčejné tužky, barevné pastelky, tempery, vodové barvy, voskovky, uhlí (Stejskalová, 2012). Základní

barvy tvoří červená, modrá, žlutá a komplementární barvy k základním tvoří zelená, oranžová, fialová (Šicková – Fabrici, 2016).

Tisk – mezi základní techniky patří monotyp, negativní a pozitivní tisk. U monotypu je lepší používat materiály, které příliš neabsorbují barvu (deska z dřevotřísky, sololitu, silnější papír atd.). Na desku se pak buď přímo maluje, nebo se celá nabarví a po jejím povrchu se kreslí prstem či tupým předmětem. Následně se na desku položí čistý papír a díky jemnému přitlačení po celé ploše se vytvoří otisk. Negativní a pozitivní tisk spočívá v tom, že ze čtvrtky či z kartónu vystříhá jednoduchý obrazec a tisknout se může jak vystřižený tvar, tak i papír, ze kterého se stříhalo. Celkově se k tisku využívá čtvrtek, kartónů, lepenek, přírodnin (listy, květy), provázků, látek, částí těla (prsty, ruce chodidla) a houbiček z různých materiálů (Campbellová, 2000).

Koláž – z francouzského slova college, což znamená lepení. Jedná se o seskupování a nalepování různých materiálů (papírů, textilií) a předmětů na papír (Jebavá, 1997).

Modelování – pracuje se především s modelovací hlinou, plastelínou a modelovacím těstem na dřevěné desce, pevném stole nebo otáčením sochařském stojanu. Díky modelování lze vytvořit prostorovou plastiku tak, že větší hroudu hlíny postupně tvarujeme přidáváním menších kousků, nebo ji vytváříme vrstvením či modelováním celého objemu. Dále lze vytvořit reliéf, což je plastická kompozice modelovaná na rovném podkladu (Campbellová, 2000).

Cíle arteterapie

Cíle arteterapie souvisejí jak s potřebami klientů, se kterými pracuje a s jejich věkem. Dále mají souvislost s tím, z jakých teoretických pozic vychází (Šicková – Fabrici, 2016).

Liebmannová (2010) uvádí dva nejobecnější cíle arteterapie: individuální a sociální. K individuálním cílům náleží uvolnění, sebevnímání, sebezkušenost, dále také poznání vlastních možností, růst osobní motivace a svobody, adekvátní sebehodnocení, možnost experimentovat při hledání výrazu emocí, pocitů nebo konfliktů, rozvoj fantazie a celkový rozvoj osobnosti. K sociálním cílům řadí vnímání a přijetí druhých lidí, navázání kontaktů, kooperaci, komunikaci, společné řešení problémů. Mezi další sociální cíle patří samotná zkušenost, že druhí mají podobné zážitky jako já, dále pochopení vztahů, reflexe vlastního fungování ve skupině a vytváření sociální podpory.

1.4.3 Dramaterapie

Dramaterapie „je umělecká a léčebně výchovná metoda aplikovatelná v rámci individuální a skupinové práce. Jde o umělecké využívání dramatu a divadelních procesů“ (Majzlanová in Pipeková a Vítková, 2001, s. 100). Dramaterapie je terapeuticko-formativní disciplínou, ve které převažují aktivity ve skupině využívající divadelních a dramatických prostředků ve skupinové dynamice (Valenta et al., 2017). Průkopnice a zakladatelka dramaterapie je Sue Jenningsová, která byla původním povoláním herečka a tanečnice (Hickson, 2000).

Základní techniky v dramaterapii

Psychodrama – forma individuální psychoterapie v rámci skupinového sezení. Protagonista hraje určité situace, které se vážou na jeho osobní zkušenosti a zážitky, představy a sny. Ostatní členové jej podporují a hrají jiné role spojené se situací. Cílem je rozvíjení spontánnosti a tvořivosti. V rámci psychodramatu se využívá zrcadlení, přehrávání problémů, vnitřního monologu a dalších terapeutických technik (Stejskalová, 2012).

Sociodrama – zaměřuje se na celou skupinu, řeší vztahy mezi jejími členy. Je to zážitková forma psychoterapie, její náplní je ztvárnění divadelní hry. Ideální je takové literární dílo, které zrcadlí aktuální témata ve skupině, včetně charakterů jejích členů (Stejskalová, 2012).

Mezi další techniky patří např. loutkové divadlo či pantomima, neboli němé divadlo, ve kterém člověk neverbálně vyjadřuje určité téma, příběh atd. (Stejskalová, 2012).

Cíle dramaterapie

Terapeutickými cíli dramaterapie jsou dosažení symptomatické úlevy, zmírnění důsledků sociálních problémů, psychických poruch a dosažení osobnostně-sociálního růstu

a integrace osobnosti (Valenta et al., 2017). Mimo jiné dramatické aktivity umožňují získat nové zážitky a zkušenosti, pocit úspěchu, seberealizace a emocionální uvolnění (Valenta, 2007).

1.4.4 Ergoterapie

Ergoterapie je profese, která v rámci smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání takových schopností jedince, které jsou potřebné pro zvládání pracovních,

zájmových a rekreačních činností u osob v jakémkoli věku a s různým typem hendikepu. Zaměstnáváním se myslí veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu svého života a jsou vnímány jako součást jeho identity a životního stylu (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Základní techniky ergoterapie

Mezi základní techniky patří:

Nácvik denních činností v rámci ADL (activity of daily living) – jedná se zejména o práci s nohama nebo držení nástroje či psací potřeby v ústech při postižení horních končetin, nácvik chůze s berlemi nebo jízdy na invalidním vozíku, procvičování jemné a hrubé motoriky atd. (Kubínová a Křížová, 1997).

Ergoterapie ruky – patří sem nácvik různých úchopů, grafomotoriky (kreslení, grafické techniky, práce s papírem, ruční práce, práce s přírodními materiály) a hrubé motoriky (Uzlová, 2010).

Cíle ergoterapie

Hlavním cílem je pomoci osobám provádět činnosti jak v oblasti péče o sebe (sebeobsluha), tak v oblasti produktivity a volného času. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009). Dle Stejskalové (2012) je cílem obnovování ztracených funkcí v somatické oblasti, aktivizace vjemů, rozvoj kreativity, podpora sebevědomí člověka a možnost prezentovat se prostřednictvím pracovní činnosti.

1.4.5 Muzikoterapie

Jedná se o terapeutický obor, který využívá hudby nebo hudebních prvků za účelem dosažení nehudebních cílů (Gerlichová, 2014). „*Hudební terapie je profesionální využití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jednotlivci, skupinami, rodinami nebo komunitami, která se snaží o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe, vzdělávání a školení v oblasti klinické muzikoterapie vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem*“ (WFMT, 2011).

Základní techniky muzikoterapie

Mezi základní techniky muzikoterapie patří zpěv, hra na hudební nástroj a improvizace. O zpěvu si lidé vypráví, poslouchají či jej hodnotí. Je přirozené, že ne každý rád zpívá, zejména pokud se jedná o skupinovou muzikoterapii. Účinek zpěvu poukazuje na dva aspekty: jak zpěv vnímáme, jak působí na naše prožívání a dále naše schopnost zpívat. Hudební nástroj je zároveň komunikačním prostředkem a přináší radost z procesu hudby. Díky improvizaci je přístup k hudebnímu nástroji mnohem volnější, jedná se o zvukové napodobování reality, schopnost vyjádřit náladu a komunikovat prostřednictvím zvuku, aniž by dotyčný potřeboval znát noty (Stejskalová, 2012).

Cíle muzikoterapie

Nejobecnějším cílem v muzikoterapii je posílení či znovunastolení zdraví klientů (Zelevá, 2007). Ve vztahu k seniorům jsou cíle zaměřeny na prevenci udržení samostatnosti mentálních funkcí (paměť, pozornost) a fyzických funkcí (kondiční cvičení s využitím hudby a rytmu). Dalším cílem je rozvíjení sociálních vztahů a motivace (Gerlichová, 2014).

1.4.6 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je forma verbální terapie, kdy se senioři dělí o své vzpomínky se skupinou vrstevníků nebo s pečujícími osobami. Společné sdílení vzpomínek obnovuje pocit sounáležitosti a pomáhá dotyčnému začlenit se do sociálního prostředí. Hovořící osoba sama rozhoduje, o které vzpomínky se s ostatními podělí a co na sebe prozradí. Tento proces dává dotyčnému pocit ovládnutí svého života (Hrozenská et al., 2008).

Práce se vzpomínkami prokazatelně zlepšuje psychický i zdravotní stav seniorů. Ovšem ne všechny vzpomínky přináší radost, proto může pro některé seniory reminiscenční terapie představovat bolestivou zkušenost. Proto je třeba, aby byl vedoucí skupiny dostatečně zkušený při usměrňování a podpoře (Hrozenská et al., 2008).

Cíle reminiscenční terapie

Cílem reminiscenční terapie je zlepšit nebo udržet současný stav seniora tak, aby pocítoval spokojenost a aby byla zachována jeho důstojnost a hodnota. Reminiscenční terapie dále podporuje imaginativní procesy, zaměstnává myšlení a paměť a vytváří prostor pro rozhovor s jinými lidmi (Hrozenská et al., 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro předkládanou bakalářskou práci byly zvoleny následující cíle:

1. Zjistit, jaké jsou možnosti psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory.
2. Zjistit, jaké psychoterapeutické přístupy jsou v domovech pro seniory využívány.
3. Zjistit, jaké terapeutické prostředky a techniky jsou v domovech pro seniory využívány.

2.2 Výzkumné otázky

Vzhledem k cílům bakalářské práce, jsem stanovila následující výzkumné otázky:

VO 1: Jaké jsou možnosti psychoterapeutické intervence v dotazovaných domovech pro seniory?

VO 2: Jaké terapeutické prostředky a techniky jsou v dotazovaných domovech pro seniory využívány?

3 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

3.1 Metoda výzkumu

Jako metoda výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. Vzhledem k výzkumnému cíli bakalářské práce byl kvalitativní přístup zvolen zejména z důvodu přístupnějšího získání informací a menšího odstupu výzkumníka od respondentů.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a prezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu” (Švaříček a Šedřová, 2014, s. 17).

3.2 Metoda sběru dat

K získávání dat byla použita metoda dotazování, konkrétně technika polo-strukturovaného rozhovoru, který je řazen mezi základní dva typy hloubkového rozhovoru a vyznačuje se tím, že si tazatel nejprve vytvoří určité schéma, které je pro něj závazné. Nejčastěji se jedná o okruhy otázek, na které se bude účastníků ptát. Pořadí stanovených otázek může tazatel upravovat, některé pasáže jsou ponechány zcela na něm, zejména co se znění a pořadí otázek týče. Naopak u těch částí, které mají plně strukturovanou formu, by měl tazatel striktně dodržovat znění i pořadí otázek. Během rozhovoru tazatel pokládá doplňující otázky a téma rozpracovává do takové hloubky, která je vzhledem k cílům a výzkumným otázkám, které si předem stanovil, přínosná (Miovský, 2006).

Metoda polo-strukturovaného rozhovoru byla zvolena pro jeho výhody: *„možnost kombinace prvků nestrukturovaného i strukturovaného interview činí z metody polo-strukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů a v rámci kvalitativního přístupu“* (Miovský, 2006, s. 161). Největšími výhodami jsou: možnost kladení doplňujících otázek a možnost volné, přirozené komunikace. Díky tomu lze dosáhnout větší výtěžnosti než při plně strukturovaném interview (Miovský, 2006).

Rozhovory byly rozděleny do tří oblastí v návaznosti na cíl výzkumu a výzkumné otázky. První oblast zjišťuje náplň práce a spokojenost dotazovaného pracovníka. Druhá oblast je věnovaná psychoterapii, kde zaměstnanci popisují, jaké jsou možnosti psychoterapeutické intervence konkrétně na jejich pracovišti, kdo ji zajišťuje atd. Poslední třetí oblast zjišťuje, jaké terapeutické prostředky a techniky se v konkrétním zařízení využívají, jak často a v jakém rozsahu probíhají nebo které jsou u klientů oblíbené.

Rozhovorů se účastnilo celkem pět zaměstnanců domovů pro seniory. Konkrétně se jednalo o dvě sociální pracovnice a tři aktivizační pracovnice.

3.3 Realizace výzkumu

Na základě prostudování literatury vztahující se k dané problematice byly stanoveny cíle práce a výzkumné otázky. Během konzultací s vedoucí bakalářské práce byly postupně sestaveny základní otázky polo-strukturovaného rozhovoru.

Samotná realizace výzkumu byla započata v únoru roku 2018, a to oslovením deseti domovů pro seniory formou emailové komunikace. Z deseti oslovených zařízení byla obdržena odpověď pouze od pěti domovů pro seniory, které obsahovaly telefonický kontakt na zaměstnance ochotného poskytnout požadované informace.

Rozhovory byly uskutečněny v průběhu března a dubna roku 2018. Všech pět zaměstnankyň, které se výzkumného šetření zúčastnily, byly obeznámeny s cílem bakalářské práce a ujištěny, že veškeré získané informace budou zpracovány anonymně. Z etických důvodů a respektování přání dotazovaných, je v příloze uveden pouze scénář rozhovoru, nikoli celé přepisy rozhovorů.

Všechny rozhovory byly se souhlasem účastnic výzkumu zaznamenávány na diktafon, aby byla jistota zachycení přesných a pravdivých výroků respondentů. Rozhovory trvaly průměrně hodinu, ale jejich konkrétní délka se odvíjela především od časových možností a sdílnosti příslušných zaměstnankyň.

Na diktafon nahrané rozhovory byly po přepisu upraveny transkripcí a následně vymazány. Všechny osobní údaje a jména osob byla nahrazena fiktivními jmény a označeními. Dále proběhla redukce prvního řádu, v rámci které byla vymazána tzv. slovní vata, což jsou části vět, které nesdělují žádné informace. Transkripce upravená data byla následně zpracována technikou obsahové analýzy dat.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo provedeno v pěti domovech pro seniory, z deseti oslovených. Zbylých pět zařízení odmítlo účast ve výzkumu. Konkrétně se jedná o tři domovy pro seniory z Jihočeského a dva z Jihomoravského kraje.

Účastníky výzkumu tvoří pět zaměstnankyň, tedy z každého osloveného zařízení jedna, se kterou byl uskutečněn polo-strukturovaný rozhovor. Zaměstnankyně byly označeny: Z1, Z2, Z3, Z4 a Z5.

Domovy pro seniory, kde se výzkumné šetření uskutečnilo, byly označeny: DPS1, DPS2, DPS3, DPS4 a DPS5. Charakteristika zaměstnankyň příslušných domovů pro seniory, s nimiž proběhl rozhovor, je popsána v Tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Charakteristika zaměstnankyň dotazovaných domovů pro seniory

Domov pro seniory	Zaměstnankyně	Vzdělání	Pracovní pozice	Délka praxe
DPS1	Z1	Střední s maturitou	Sociální pracovnice	8 let
DPS2	Z2	Střední s maturitou	Vedoucí aktivizační pracovnice	3 roky
DPS3	Z3	Střední s maturitou	Aktivizační pracovnice	5 let
DPS4	Z4	Střední s maturitou	Aktivizační pracovnice	2 roky
DPS5	Z5	Vysokoškolské	Sociální pracovnice	15 let

Zdroj: vlastní výzkum

4 Výsledky

4.1 Psychoterapie v domovech pro seniory

V DPS1 psychoterapie nabízena není. Na otázku proč tomu tak je, Z1 odpověděla: „*nebyl důvod zatím. Asi by se nevyplatilo zaměstnávat psychoterapeuta*“. V případě, že se klient ocitne v náročné životní situaci a chce si promluvit: „*jako pracovníci v sociálních službách jsme byli proškolení, tak jsme k dispozici a taky je tu zdravotní sestra, ale nebyl důvod zatím*“. Dále Z1 uvedla, že se dosud s psychoterapeutickou péčí v domově pro seniory nesetkala a domnívá se, že: „*psychoterapie podle mě zatím není třeba, nemyslím si, že by o to byl takový zájem*“. Na doplňující otázku, na základě čeho takto usuzuje, odpověděla: „*tak asi jim bohatě stačí ta animoterapie a tak. Tam si dost popovídají a mně se taky svěřují, když je něco trápí. Podle mě by byl psychoterapeut zbytečněj*“.

V DPS2 se vyloženě o psychoterapii také nejedná: „*nemáme tu psychoterapeuta a podle mě je to škoda, někdy by byl opravdu potřeba*“, domnívá se Z2. Avšak jednou za dva týdny sem dochází psychiatrická, která zde, kromě pravidelné kontroly stavu některých klientů, je ochotná poskytnout psychoterapeutickou intervenci. „*Ono k takový situaci došlo snad jenom jednou, co vím. Jinak klientům stačí popovídat si se mnou nebo s nějakým jiným pracovníkem. Naštěstí se to vždycky nějak zvládlo*“, pokrčí rameny

a pokračuje: „*taky mi přijde, že si spousta seniorů chce spíš zavzpomínat a pořád se vracet k tomu, co bylo atd. a na to je dobrá reminiscenční terapie, tu mají moc rádi. Takže podle mě je ta reminiscenční terapie taková alternativa psychoterapie*“. K dispozici jsou zde klientům proškolení pracovníci v sociálních službách, ale aktivizační pracovníci si nemyslí, že by to bylo dostačující: „*podle mě by seniorům nějaký terapeut dal víc než my, co máme jen nějaký školení a kurzy. Určitě by to v domovech pro seniory bylo potřeba, ale podle mě na to nejsou peníze, aby se někdo takový zaplatil*“. Z rozhovoru dále vyplynulo, že do DPS2 dochází pravidelně několik dobrovolníků z nejmenované organizace, kteří si s klienty povídají nebo jim předčítají, což se dá považovat za další alternativu chybějící psychoterapie: „*je to skvělý, že sem někdo takový chodí. Nejvíc jsou z toho nadšení klienti, kteří jsou dost osamělí, a rodina je třeba moc nenavštěvuje*“.

DPS3 nabízí svým klientům individuální i skupinovou formu psychoterapie. Je k tomu určen vysokoškolsky vzdělaný zaměstnanec, který prošel víceletým výcvikem. Individuální psychoterapie je klientům poskytována podle jejich individuálních potřeb a probíhá na pokoji klienta nebo např. v zimní zahradě, kde nejsou nikým rušeni. „*On k nim terapeut chodí na pokoj, když jsou na tom s pohybem špatně, nebo se jdou společně projít, anebo si sednou do takový zimní zahrady, ta je u klientů hodně oblíbená*“. V současné době individuální terapii aktivně využívá asi pět klientů: „*jsou prostě osamělí a chtějí si popovídat. Co vím, tak s nimi dělá nějakou metodu empatického rozhovoru*“, dodává Z3.

Skupinová forma psychoterapie se v DPS3 uskutečňuje cca jednou za 14 dní a trvá kolem jedné hodiny. Z3 dodává: „*naši klienti jsou hrozně rádi ve skupině, podle mě mají ty skupinovky raději, pokud si zrovna neřeší něco hodně osobního*“. Účastní se jí 15 klientů v klubovně nebo zimní zahradě. Na otázku, jak se psychoterapie osvědčuje, se mi dostalo následující odpovědi: „*určitě jsou klienti spokojení, že se jim takhle někdo věnuje. Někdo by si řekl nebo pořád si spousta lidí myslí, že je to taková práce ne-práce, když si jen povídají u kafe*“, směje se a pokračuje: „*ale přitom je to důležitý a výsledky jsou většinou vidět. Hlavně zpočátku to lidem dost pomůže překousnout stesk po domovu a lépe se adaptovat. Těch oblastí je ale mnohem víc, kde je to efektivní, to mě teď tak napadlo*“.

V DPS4 se klientům psychoterapeutické péče nedostává. Z4 situaci objasňuje: „*myslím, že byla snaha zaměstnat psychologa, ale byl to nějaký nízký úvazek a nikoho nenašli. Ani nevím, jestli to vzdali nebo hledají dál, ale asi je to komplikovaný*“. Ovšem jednou za týden sem ke svým pacientům dochází psychiatr, kterého zde vnímají jako alternativu chybějícího psychoterapeuta. Externí psychiatr je proškoleným zaměstnancem k dispozici jako konzultant a v případě, že je situace klienta vážnější, věnuje se mu sám. K psychiatrovi se aktivizační pracovníce Z4 vyjadřuje takto: „*vnímáme ho jako dostatečnou alternativu psychologa, potažmo psychoterapeuta. Je fajn, ochotný pomoci, když potřebujeme poradit a občas si s klienty, co to potřebují, popovídá sám. Je u nich oblíbený. Snad i proto, že je to chlap a těch tu moc není*“, usmívá se a dodává: „*taky asi dělá hodně to, že tu není každý den, že ho berou, že je více objektivní*“. Pokud má klient zájem, povolává se k němu také kněz nebo staniční sestra. „*S tím se ale moc nesetkáváme, spíš si popovídají se mnou nebo se svou oblíbenou pracovnící a taky k nám občas chodí pár dobrovolníků. Jsou to většinou*

studenti a naši klienti jsou nadšení z toho, že se jich pořád na něco ptají. Podle mě je to vytrhne z takový ty samoty a mají pocit, že můžou mladý generaci předat nějaký zkušenosti“. Z výpovědi dále vyplynulo, že další alternativou chybějící psychoterapeutické intervence jsou rozhovory s dobrovolníky, které se uskutečňují nejčastěji v reminiscenční místnosti.

V DPS5 psychoterapie neprobíhá: *„nemáme tu žádného psychoterapeuta nebo adekvátně vzdělaného pracovníka a je to škoda. Myslím si, že je psychoterapie prospěšná a naši klienti by to uvítali“.* Na otázku, zda klienti mají možnost o svých problémech s někým hovořit, následovala odpověď: *„hodně lidí, hlavně věřící mají možnost popovídat si s knězem. V různých termínech u nás probíhají bohoslužby a někteří pravidelně využívají zpovědi. Pan kněz je milej a klienti už jsou na něj zvyklí“.* Dále jsou zde klientům k dispozici proškolení zaměstnanci v sociálních službách a sociální pracovnice.

Analýza výsledků

Individuální nebo skupinová psychoterapie pod vedením zaměstnance s vysokoškolským vzděláním a výcvikem probíhá pouze v jednom domově pro seniory (DPS3) z pěti dotazovaných. Individuální psychoterapie je klientům poskytována dle jejich individuálních potřeb, většinou na pokoji klienta nebo v zimní zahradě. Skupinové terapie se účastní až 15 klientů přibližně jednou za 14 dní po dobu jedné hodiny v klubovně nebo v zimní zahradě.

Ačkoli v ostatních čtyřech dotazovaných domovech pro seniory nemají adekvátního zaměstnance, který by psychoterapeutickou intervenci poskytoval, jsou zde ve všech případech proškolení zaměstnanci v sociálních službách. Ve dvou ze čtyř domovů pro seniory mají k dispozici externího psychiatra, který je v případě nouze k dispozici (v DPS2 a DPS4). V DPS4 a DPS5 je nabízena možnost přivolat kněze. Další alternativou chybějící psychoterapie jsou rozhovory klientů s dobrovolníky. Dobrovolnický program probíhá v DPS2 a DPS4, jehož cílem je zpestřit volný čas seniorům.

4.2 Terapeutické prostředky v domovech pro seniory

4.2.1 Animoterapie

V DPS1 využívají canisterapii a animoterapii s králíkem. Obě formy animoterapie probíhají pravidelně 1 krát týdně. Co se canisterapie týče, probíhá asi hodinu a půl skupinovou formou ve společenské místnosti, kde se pravidelně schází kolem 20 klientů. Canisterapii vedou dobrovolníci s profesionálně vycvičenými psy: „*tu canisterapii nám sem jezdí dělat dobrovolníci a to je teda opravdu fajn. Klienti se na to vždycky moc těší, úplně na nich jde vidět ta radost. Navíc to vedou šikovní dobrovolníci*“, pochvaluje Z1. Oproti tomu animoterapie s králíkem probíhá spíše individuální formou různě dlouhou dobu a téměř kdykoli, neboť je králík součástí DPS1: „*králík je náš mazlík, je součástí domova je zvyklej na kontakt. Takže se nechá hladit i pochovat, nakrmit. Tím, že je umístěnej na chodbě, na takovém stolečku, tak k němu mají všichni přístup. Většinou si ho klienti berou hlavně, když k nim přijdou na návštěvu vnoučata a společně si s ním hrají. U těžko pohyblivých klientů to děláme individuálně a donesem jim ho na pokoj*“. Tuhle formu animoterapie vede aktivizační pracovnice a probíhá i u klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, jak Z1 uvedla. K otázce ohledně oblíbenosti se Z1 vyjádřila: „*zrovna animoterapii mají rádi všechny věkové skupiny, který tu máme. Není to tak, že by sedmdesátníky nebo jinou věkovku canis nebavila*“.

DPS2 umožňuje svým klientům canisterapii ve frekvenci jedné hodiny za měsíc: „*fungují u nás dobrovolníci a klienti jsou nadšení, vždycky se na pejsky těší, jak mladší klienti, tak i ti starší. Ti psi se u nás zavděčí všem*“, pak se smíchem dodává: „*dokonce jsou někteří klienti najednou tak aktivní, že je nepoznáváme*“. Canisterapie probíhá ve společenské místnosti skupinovou formou: „*nejvíce je baví, když mají pejsci hledat piškoty ukryté všude možné, např. do rukou, na nohy. Mimo to se je snaží dobrovolníci aktivovat a dávají jim různé otázky ohledně pejsků*“. Stejně jako v DPS1 se zde schází vysoký počet klientů – asi 20 lidí. Dobrovolníci zde využívají techniky jako hlazení zvířete a různé hry na rozvoj paměti a sociálních dovedností.

DPS3 animoterapii vůbec nevyužívá: „*jezdívala k nám paní s pejskem, ale ta je teď na mateřský, tak už canisterapii nedělá. Ale do budoucna určitě využijeme nějakou náhradu, protože se to klientům líbilo a často se ptají, jak to s tím vypadá*“. V minulosti zde canisterapie probíhala jednou za dva týdny skupinovou formou v klubovně: „*paní*

s nimi trénovala i paměť nebo pejsek hledal u klientů mňamky a odvážnější si dali piškot i mezi zuby a nechali se pejskem olízat“. Z3 také odpovídá, že u canisterapie nezaznamenali oblíbenost u konkrétní věkové skupiny klientů: *„třeba u tvoření je to něco jinýho, ale canisterapii měli opravdu rádi všichni“*. Canisterapeutka zde využívala především technik hlazení zvířete, aktivizace kognitivních funkcí klientů prostřednictvím her.

V DPS4 probíhá canisterapie jednou měsíčně celou hodinu. Canisterapie probíhá ve společenské místnosti skupinovou formou a účastní se jí asi 10 klientů pod vedením proškoleného externího pracovníka: *„máme štěstí na canisterapeuta, s našimi klienty to umí a vždycky se tam všichni nasmějeme“*, navíc má dlouhosrstého psa a využívá i technik péče o něj *„klienti psa češou, hladí, krmí a když je hezky, jsme na zahradě a klienti mu házou balonek“*, dodává Z4. Co se oblíbenosti terapie týče, dodává: *„kromě asi dvou klientů, kteří se bojí psů, tu nemáme nikoho, kdo by se na pejsky netěšil, akorát je to pro většinu dlouhý, takže aktivně se terapie účastní mladší a ti, co jsou na tom pohyblivě hůř, se pak s pejskem pomazlí, ale podle mě u toho věk nehraje roli“*.

DPS5 využívá canisterapii jednou měsíčně cca hodinu a půl ve společenské místnosti. Canisterapii vede canisterapeutický externí tým skupinovou formou, které se pravidelně účastní 15 klientů. Z5 se k tomu vyjadřuje takto: *„všichni se na pejsky předem těší, pamatují si jejich jména. Tým canisterapeutů je opravdu šikovnej, líbí se mi jejich přístup k našim lidem“*. Canisterapie je oblíbená u všech věkových skupin klientů: *„všichni to mají rádi, nezaznamenali jsme nějakou větší preferenci třeba u klientů do sedmdesáti let, jako u ergoterapie“*. Kromě techniky hlazení pejsků se zde objevují i prvky péče o ně: *„rádi si je češou a krmí je. Taky ty piškoty mají třeba různé poschovávány a líbí se jim, jak se jich při hledání pejsci dotýkají a čumákem loví mňamku třeba z jejich sevřené dlaně“*.

Analýza výsledků

V současné době animoterapie probíhá ve čtyřech z pěti dotazovaných zařízení, kromě DPS3, avšak zkušenosti s animoterapií má všech pět domovů pro seniory. Ve všech čtyřech případech se jedná o canisterapii, tedy animoterapii s využitím psa. Ta v minulosti probíhala i v DPS3, ale z důvodu mateřské dovolené canisterapeutky se zde terapie dočasně neuskutečňuje. Pouze v DPS1 kromě canisterapie probíhá také

animoterapie s králíkem a to v obou případech hodinu a půl každý týden. Ve zbývajících třech domovech pro seniory je frekvence hodina a půl za měsíc.

V DPS1 se canisterapie účastní 20 klientů a animoterapie s králíkem průběžně všichni klienti. Také v DPS2 je o canisterapii velký zájem a počet účastníků je 20 klientů. Naopak v DPS4 se canisterapie aktivně účastní 10 klientů a v DPS5 15 klientů.

Co se oblíbenosti terapie týče, všechny zaměstnankyně se shodly, že se animoterapie líbí všem věkovým skupinám klientů, nebyly zaznamenány preference konkrétních věkových skupin. Canisterapií se však neúčastní klienti, kteří mají horší mobilitu, ale i tak se na pejsky těší a ve všech případech se na místě canisterapeuti zdrží, aby si pejsky mohli všichni užít.

Ve čtyřech domovech pro seniory, kde canisterapii nabízí, probíhá skupinovou formou pod vedením externích proškolených pracovníků či dobrovolníků. Z rozhovorů vyplynulo, že ve všech případech canisterapeuti využívali zejména metodu AAA neboli aktivity pomoci zvířat, kde je hlavním cílem aktivizace klientů. Z technik se v dotazovaných domovech pro seniory využívá především hlazení zvířete, péče o zvíře a hry na zlepšování motoriky a kognitivních funkcí.

4.2.2 Arteterapie

V DPS1 se arteterapie klientům nedostává. Na otázku, proč tomu tak je Z1 odpověděla: *„na to kreslení tady klienti moc nejsou, spíš mají raději takové to tvoření různých dekorací, takže arteterapii nenabízíme“*. Následně dodává, že si některé klientky rády vybarvují relaxační omalovánky pro dospělé: *„ale to není nic řízeného, to si vybarvují buď u sebe na pokoji, nebo se někde sejdou a povídají si u toho“*.

V DPS2 probíhá arteterapie každý týden jednu hodinu v aktivizační místnosti. Arteterapie se uskutečňuje ve skupině 10 – 15 klientů pod vedením aktivizační pracovnice. Z2 se k terapii vyjadřuje: *„podle mě mají nejradši kresbu ať už na nějaké téma nebo si kreslí libovolně, pak mají rádi mandaly, ty jsou takový vděčný, ale třeba taková koláž se mi u nich moc neosvědčila“*. Na otázku, proč myslí, že tomu tak je, Z2 odpověděla: *„z toho, co klienti říkají, tak si u toho víc odpočinou, než u tý koláže. Přece jen je pro některý to lepení dost náročný“*. Podle Z2 je arteterapie velice oblíbená u klientů mladších osmdesáti let: *„přece jen jim to jde líp, tak to i víc vyhledávají“*.

DPS3 umožňuje svým klientům arteterapii dokonce 3 krát týdně v délce jedné hodiny, z toho je jedna arteterapie týdně vedená přímo jako keramická dílna pro modelování: „arteterapii tu využíváme hodně a osvědčila se nám i práce s hlinou. Proto jsme s ní začali pracovat pravidelně a je k tomu vymezená speciální místnost. Postupem času jsme zavedli přímo keramickou dílnu jednou týdně a pořád se jí účastní těch osm klientů. Všem je pod osmdesát let, starší mi moc nechodí“. Skupina účastníků je 8 – 13 klientů. Arteterapii vede v klubovně proškolený pracovník vysokoškolského vzdělání: „naši klienti jsou na arteterapii zvyklí, taky se snažíme jim obměňovat techniky, i když je náročný pořád něco vymýšlet“. Co se konkrétních technik týče, doplnila Z3: „kromě malby pracujeme jednou týdně s hlinou v rámci těch keramických dílen, taky děláme celkem často koláže, v arte mají rádi pestrost, ale samozřejmě je nenutíme, a když nechtějí, mohou si libovolně kreslit. K tomu často využívají mandaly“.

DPS4 využívá k arteterapii výtvarný ateliér ve frekvenci jedné hodiny dvakrát týdně. Na skupinové terapii, kterou vede aktivizační pracovnice, se pravidelně schází asi 10 klientů. Na otázku, jaké techniky v rámci arteterapie využívají, Z4 odpověděla: „hodně oblíbené jsou mandaly, to je pro klienty takový způsob relaxace, takže máme třeba i různé šablony, omalovánky nebo si je tvoří podle vlastní fantazie“. Z ostatních technik občas využívají modelování z hlíny a tvorbu koláží. Z4 dodává: „ty mandaly mají rádi i starší klienti nad osmdesát let, ale jinak arteterapii nejvíce využívají mladší klienti, co mají relativně dobrou motoriku“.

V DPS5 probíhá arteterapie hodinu a půl jednou za měsíc a vede ji aktivizační pracovnice. V klubovně, kde skupinová arteterapie probíhá, se schází 15 klientů. Z5 se vyjadřuje: „arteterapie je u našich klientů celkem oblíbená, rádi kreslí třeba i uhlím, pak rádi vybarvují mandaly nebo si je samy vytváří. Taky mají rádi relaxační omalovánky“. Po chvíli zamyšlení dodává: „občas se s nimi zkusí něco méně obvyklého, na příklad modelují z hlíny nebo s nimi zkoušeli kreslit pomocí akrylových, temperových a dalších barev“. Co se oblíbenosti u klientů týče, vyjádřila se Z5 takto: „řekla bych, že je arte víc oblíbená u mladších klientů, ti starší moc nechodí“.

Analyza výsledků

Arteterapie probíhá skupinovou formou celkem ve čtyřech z pěti domovů pro seniory, pod vedením proškolených aktivizačních pracovníků středoškolského vzdělání. Co se četnosti týče, ve třech případech probíhá arteterapie každý týden po dobu 1 – 1,5 hod,

konkrétně v DPS2 jednou týdně, v DPS3 dokonce třikrát týdně a v DPS4 dvakrát týdně. Nižší frekvence byla zjištěna v DPS5, a to jedenkrát za měsíc.

V DPS2 arteterapie probíhá v aktivizační místnosti, v DPS3 je k těmto účelům využívána klubovna nebo keramická dílna. DPS4 disponuje přímo výtvarným ateliérem, zatímco v DPS5 k arteterapii využívají klubovnu.

V DPS2 se účast pohybuje od 10 do 15 klientů, v DPS3 arteterapii využívá 8 – 13 klientů, v DPS4 bývá účast 10 klientů a v DPS5 dokonce 15 klientů.

Podle dotazovaných zaměstnankyň je arteterapie nejvíce oblíbená u klientů mladších osmdesáti let.

Mezi používané terapeutické techniky patří ve všech čtyřech zařízeních, kde arteterapie probíhá, zejména kresba. Mezi její nejoblíbenější formy patří tvorba nebo pouhé vymalovávání mandal, které senioři považují za relaxaci. Méně často se při arteterapii využívá modelování nebo tvorby koláží, které jsou pro některé seniory náročné, co se zručnosti týče. Pro vykonávání těchto technik jsou zapotřebí pomůcky jako: různé papíry, omalovánky, mandaly, nůžky, lepidla, tužky, pastelky, vodové barvy, temperové barvy, akrylové barvy atd.

4.2.3 Dramaterapie

Dramaterapie neprobíhá v žádném z pěti dotazovaných domovů pro seniory. Na otázku, proč tomu tak je, odpovídaly zaměstnankyně různě:

Z1 se k tomu vyjadřuje následovně: „*vůbec si tuhle terapii nedovedu představit, navíc tu není nikdo, kdo by byl ochotný něco takového dělat*“. Z2 vysvětluje: „*dramaterapie u nás není, nikdo se tím nezabývá. Ani nevím, jestli to třeba někdo dělá externě*“. Z3 ospravedlňuje absenci dramaterapie následovně: „*myslím si, že by se to u našich klientů neuchytilo, někteří se stydí cokoli říct třeba u canisterapie, natož aby hráli divadlo*“. Naopak Z4 si myslí, že: „*někteří klienti by dramaterapii podle mě uvítali, ale těch adeptů by se dalo spočítat na jedné ruce, proto si myslím, že to u nás nefunguje. Ale je to škoda, podle mě by jim to mohlo pomoci třeba i v řečových dovednostech*“. Z5 se domnívá: „*podle mě jsou obecně více užívaný arteterapie, canisterapie a další možná proto, že je to takové klidnější. U dramaterapie by byl přece jenom potřeba asi někdo akčnější, kdo se v tom herectví nějak vyzná a u nás nikdo takový není. Taky si myslím, že*

by o to nebyl takový zájem, přece jen se hodně lidí stydí. Ale asi je to škoda, určitě je to pro seniory přínosné“.

Analyza výsledků

V žádném z pěti dotazovaných zařízení se dramaterapie nevyužívá. Ve výpovědi proč tomu tak je, se Z1 vyjádřila, že v DPS1 není nikdo, kdo by byl dramaterapii ochoten vést. Výpověď Z2 se téměř shodovala, neboť uvedla, že v DPS2 není nikdo, kdo by se dramaterapií zabýval. Výpověď Z3 a Z5 se shodovaly v tom, že se zaměstnankyně mimo jiné domnívají, že by z řad klientů nebyl o dramaterapii velký zájem a že by se většina z nich styděla. O nízkém zájmu klientů o dramaterapii hovořila také Z4, která se dále domnívá, že by byla dramaterapie pro klienty přínosná a mohla by jim pomoci v řečových dovednostech.

4.2.4 Ergoterapie

Nejprve Z1 na otázku ohledně využívání ergoterapie odpověděla záporně: *„ne ne, nic takového tu nemáme“*, ale shodou okolností se před tím u oblasti arteterapie zmínila: *„na to kreslení tady klienti moc nejsou, spíš mají raději takové to tvoření různých dekorací, takže arteterapii nenabízíme“*. Na základě této odpovědi jsme se postupně dopracovaly k tomu, že v DPS1 ergoterapie probíhá. Každý týden se ve společenské místnosti schází asi 10 klientů na tvoření: *„schází se tady na tvoření jednou týdně, časově je to různý, podle toho, co se vyrábí, ale maximálně dvě hodinky“*. Aktivizační pracovnice s klienty vyrábí nejrozličnější dekorace z různých materiálů: *„hodně se vyrábí z papíru, který různě skládají, strhají, stříhají, co vím, tak se pracovnice, co má tvoření na starost, snaží pracovat i z přírodnin. Takže dělají třeba i dekorace z květin nebo z rýže, dřeva a tak dále“*. Z1 se domnívá, že je ergoterapie velice oblíbená u mladších klientů: *„nejvíc tvoření baví ty mladší, odhadem tak kolem 75. roku, mají takovou svoji partu“*.

DPS2 probíhá ergoterapie jednu hodinu týdně v aktivizační nebo reminiscenční místnosti: *„to záleží, co zrovna děláme. Vždycky se to snažím různě střídat a dělat tematicky, takže když se třeba domluvíme, že budeme plést nebo háčkovat, jdeme raději do reminiscenční místnosti, kde u toho klientky zároveň vzpomínají na starý dobrý časy. Naopak když děláme něco z papíru a přírodnin, využíváme aktivizační místnost“*. Ergoterapie se účastní většinou skupina 12 klientů, pod vedením aktivizační pracovnice. Co se týče průběhu, většinou se jedná o tematické tvoření z papíru, přírodnin nebo

pletení či háčkování: „samozřejmě se nejvíc tvoří z papíru, ale vyrábíme i přírodních materiálů. Snažím se hodně pracovat s tématy jako roční období, zvířata, svátky, protože si u toho i povídáme“, vypověděla Z2. V DPS2 již není oblíbenost ergoterapie tak jednoznačná: „to se nedá tak snadno říct, spíš když to rozdělím, tak to tvoření s papírem mají raději spíš ti mladší klienti, naopak třeba pletení v reminiscenční místnosti je oblíbený u klientek kolem osmdesáti let“.

V DPS3 mi bylo sděleno, že ergoterapie neprobíhá, avšak během rozhovoru vyplynulo, že se vlastně o ergoterapii jedná, i když zde oficiální název terapie nepoužívají. Ergoterapie se v DPS3 využívá spíše nepravidelně, dle zájmu klientů: „někdy se na arteterapii domlouváme, co by se mohlo dělat příště a občas chtějí vyrábět nějaké dekorace, tak jednou za čas něco připravím a klienti se těší, protože je to zase něco nového“. Frekvence je cca 1 – 2 krát za měsíc po dobu jedné až tří hodin, počet účastníků je 5 až 10 klientů. Terapie probíhají v klubovně, kuchyni nebo na zahradě pod vedením aktivizační pracovnice či ostatních pracovníků v přímé péči – to proto, že klienti výjimečně chtějí společně něco upéct nebo uvařit: „občas si klienti třeba vzpomenou, co si tenkrát vařili, nebo co dlouho nejedli a na co by měli chuť. Takže jim umožňujeme si něco upéct nebo uvařit, ale u toho jsou jim k dispozici spíš pracovníci v přímé péči“. Ergoterapii zde nejvíce využívají klienti do osmdesáti let: „nejraději tvoří nebo vaří ti mladší, pro ty starší už je to dost náročný“.

V DPS4 probíhá ergoterapie hodinu a více 2 krát týdně v aktivizační či reminiscenční místnosti: „kde se bude zrovna pracovat, záleží na materiálu, který budeme zrovna využívat. Takže když se tvoří spíš z papíru, akor když se lepí, stříhá a je tedy lepší sedět u stolu, jsme v aktivizační, ale jinak chodíme celkem často do reminiscenční“. Terapii se pod vedením aktivizační pracovnice účastní 10 klientů: „musím říct, že ergoterapie je u nás dost pestrá a oblíbená a opravdu na ni pravidelně těch 10 lidí chodí“. Techniky jsou zde v rámci ergoterapie opravdu pestré: „třeba v reminiscenční místnosti máme tkalcovský stav, takže klienti můžou vyrábět tkaniny, pak hodně pracujeme s pedigem“, přičemž mi Z4 vysvětlila, že se jedná o přírodní liánovitý materiál, ze kterého se dá ledacos vyrobit: „pleteme z toho třeba tácy, košíky, oplétáme tím lahve na dekoraci, těch možností je hodně“. Kromě toho využívají technik jako pletení a háčkování. Co se

oblíbenosti týče, Z4 vypověděla, že: „rozhodně ergoterapii preferují mladší klienti, okolo sedmdesáti let“.

V DPS5 se ergoterapie uskutečňuje ve frekvenci 1,5 hodiny měsíčně, v rámci které se schází až 15 klientů v klubovně, pod vedením aktivizační pracovnice: „nejčastěji ergoterapie probíhá v klubovně, ale když je hezky, tak na takové terase venku“. Co se týče využívaných technik, pracuje se nejvíce s papírem a přírodními materiály: „tak z papíru určitě hodně vyrábí, pak někteří háčkují nebo pletou. Dělají různé dekorace i pomocí korálků nebo takového proutí, kterým třeba oplývají různé keramické výrobky“. Z5 vypověděla, že ergoterapii nejvíce využívají mladší klienti: „nikoho nad 75 let na ergoterapii nezaznamenáváme, za to ti mladší by to uvítali častěji, protože je to baví“.

Analýza výsledků

Ve všech pěti dotazovaných domovech pro seniory využívají ergoterapie, ačkoli oficiálně v DPS1 a DPS3 název ergoterapie nepoužívají. Ve všech domovech pro seniory ergoterapie probíhá pod vedením proškolených aktivizačních pracovníků středního vzdělání.

Délka ergoterapie se pohybuje v rámci jedné až dvou hodin v různé frekvenci. Konkrétně v DPS1 se tvoří jednou týdně maximálně dvě hodiny, v DPS2 jednu hodinu týdně, naopak v DPS3 není ergoterapie pravidelná. Nejvíce zde využívají arteterapii a „tvoření“ je vnímáno spíše jako její doplněk dle domluvy s klienty. Většinou se jedná o jednu až tři hodiny jednou či dvakrát do měsíce. V DPS4 probíhá ergoterapie dokonce dvakrát týdně po dobu jedné hodiny, oproti tomu v DPS5 je frekvence nižší, a to jedna a půl hodiny měsíčně.

Skupinové ergoterapie v DPS1 probíhají ve společenské místnosti, naopak v ostatních zařízeních se místnosti střídají dle potřeby. Konkrétně DPS2 a DPS4 využívá aktivizační nebo reminiscenční místnost, DPS3 klubovnu nebo kuchyni a DPS5 klubovnu nebo terasu, pokud je příznivé počasí.

Co se týče účasti, tak nejnižší byla zaznamenána v DPS3: 5 – 10 klientů, v DPS1 a DPS4 se ergoterapie účastní 10 klientů, v DPS2 12 klientů a v DPS5 dokonce 15 klientů.

Zaměstnankyně se shodují, že ergoterapii nejvíce preferují mladší klienti. Největší zastoupení je u klientů okolo sedmdesáti let.

Ve všech pěti zařízeních se jedná především o ergoterapii ruky, což znamená, že se nejvíce pracuje s papírem a různými přírodními materiály, ze kterých se vyrábí nejrůznější dekorace a výrobky. V DPS4 hojně využívají pedig na košíkářské výrobky, v reminiscenční místnosti je k dispozici také tkalcovský stav. V DPS2, DPS4 a DPS5 se v rámci ergoterapie mimo jiné plete a háčkuje. DPS3 se od ostatních zařízení odlišuje tím, že pracovníci s klienty dle jejich přání pečou nebo vaří.

4.2.5 Muzikoterapie

V DPS1 muzikoterapie neprobíhá: „*nemáme tu muzikoterapeuta a naše aktivizační na to moc není. Ale třeba u toho tvoření si někdy pouští hudbu*“, vysvětluje Z1.

DPS2 muzikoterapii svým klientům poskytuje jednou týdně po dobu jedné hodiny. Mezi klienty je muzikoterapie zaměňována za pojem relaxace, neboť se odehrává v relaxační místnosti, která je vybavena solnými lampami: „*klienti tomu jinak neřeknou, než relaxace, protože si většinou posedají do pohodlných křesel, někteří zavrou oči a jen poslouchají hudbu*“. Muzikoterapii vede aktivizační pracovnice a účast se pohybuje kolem osmi klientů. „*Podle toho, jak jsou unavení nebo jakou mají náladu, uzpůsobuju program. Někdy se jedná spíše o poslech relaxační hudby, ale někdy se je snažím více aktivovat a rozdám jim dřívka, tamburíny, bubínky a triangly a zkusíme dávat dohromady pravidelné, různě se doplňující zvuky, aby to bylo příjemné na poslech*“. Z2 dodává, že: „*ty moje první muzikoterapie probíhaly trochu s ostychem, ale teď už jsme si na sebe s klienty zvykli a nestydíme se, takže je to už mnohem uvolněnější a občas si společně i zazpíváme. Nejradši mají asi lidovky*“. Na otázku, mezi jak starými klienty je muzikoterapie nejvíce oblíbená, Z2 odpověděla: „*nejvíce chodí ti starší, tak devadesátiletý paní. Je to možná i tím, že to máme v té relaxační místnosti a celkově ji využívají víc klienti nad 75 let, spíš starší – kolem osmdesátky. Mladší maj raději tvoření*“.

V DPS3 muzikoterapii využívají 2 krát týdně jednu hodinu. Muzikoterapie zde probíhá v aktivizační místnosti, pravidelně se jí účastní deset klientů pod vedením Z3: „*využíváme aktivizační místnost, kam mi na muzikoterapii dochází spíš ti starší klienti, kolem osmdesáti a více let, ti maj hudbu opravdu rádi. Posloucháme relaxační hudbu nebo lidové písně, které zároveň zpíváme*“. Kromě poslechu hudby a zpěvu se zde

uplatňuje také hra na hudební nástroje: „*sice nechtějí hrát úplně všichni, takže někdo třeba jen poslouchá nebo tleská do rytmu, ale i tak je to hraní oblíbený*“. Nejčastěji se jedná o nástroje jako bubínky, triangly, tamburíny a dřívka. Navíc Z3 hraje na kytaru a skromně dodává: „*nejsem žádnéj velkej hráč, ale na těch našich pár písniček to stačí. Kytaru využíváme i při jiných příležitostech, třeba když je nějaká akce nebo když se jednou za čas udělá táborák*“.

DPS4 nabízí svým klientům muzikoterapii v rozsahu jedné hodiny jednou týdně pod vedením aktivizační pracovnice. Skupinovou muzikoterapii probíhající v aktivizační místnosti využívá přibližně deset klientů: „*muzikoterapie je oblíbená hlavně u těch nejstarších klientů, všichni, co chodí pravidelně, mají zhruba osmdesát a více let*“, podivuje se Z4. Co se týče průběhu muzikoterapie, nejraději klienti poslouchají lidové písně a zpívají. Hudební nástroje se zde tolik nepoužívají: „*spíš tleskají do rytmu nebo hrají na dřívka či chřastí rumba koulemi, a to spíš jen libovolně při zpěvu*“.

DPS5 využívá muzikoterapie jednou za měsíc v rozsahu hodiny a půl. Muzikoterapie se účastní skupina až 15 klientů, nejvíce se účastní klienti od 75. roku: „*ti starší si to podle mě více užívají, naše aktivizační je moc chválí, že jsou*“. Terapii vede aktivizační pracovnice v klubovně, kde je CD přehrávač i počítač na pouštění písní: „*nejvíce poslouchají a zpívají lidové písně, občas se snaží hrát na dřívka nebo používají triangel a bubínky, ale prý se jedná spíš o hraní do rytmu, žádná improvizace*“.

Analýza výsledků

Muzikoterapii svým klientům poskytují čtyři dotazované domovy pro seniory z pěti. Dva domovy pro seniory, konkrétně DPS2 a DPS4, provozují muzikoterapii v rámci jedné hodiny týdně, DPS3 umožňuje svým klientům dokonce dvě hodiny týdně, naopak nižší frekvence v podobě jedna hodina a půl za měsíc byla zjištěna v DPS5.

Muzikoterapie probíhají skupinově pod vedením aktivizačních pracovníků oslovených zařízení. V případě DPS3 a DPS4 se muzikoterapie uskutečňuje v aktivizační místnosti, v DPS2 je k těmto účelům využívána relaxační místnost, v DPS5 klubovna.

Muzikoterapie se v DPS2 účastní 8 klientů, v DPS3 a DPS4 10 a nejvyšší účast byla zjištěna v DPS5, kde o muzikoterapii jeví zájem dokonce 15 klientů, což však může souviset s nižší frekvencí muzikoterapie (jednou za měsíc).

Všechny zaměstnankyně DPS, kde muzikoterapie probíhá, se shodují, že je u terapií hudbou vyšší preference a oblíbenost ze strany klientů starších osmdesáti let.

Ve všech čtyřech zařízeních, kde muzikoterapie probíhá, využívají techniky jako poslech relaxační hudby a lidových písní, zpěv lidových písní a hra na jednoduché hudební nástroje jako: dřívka, triangel, rumba koule, tamburína, bubínek. V DPS3 dokonce aktivizační pracovnice Z3 hraje na kytaru, čímž obohacuje nejen samotnou muzikoterapii, ale také různé akce DPS3. K uskutečnění těchto technik je zapotřebí PC, gramofonu nebo CD přehrávače a vyjmenovaných hudebních nástrojů.

4.2.6 Reminiscenční terapie

V DPS1 mají reminiscenční místnost, kde pravidelně jednou týdně probíhá reminiscenční terapie pod vedením aktivizační pracovnice. Terapie trvá oficiálně hodinu, ale: „*někdy se klienti rozpovídají a sedí se s nimi déle*“. Z výpovědi Z1 vyplynulo, že je reminiscenční místnost hojně využívána kdykoli: „*klienti si tam např. chodí plést, číst nebo povídat u čaje*“. Reminiscenční terapie jako takové se pravidelně účastní šest klientů: „*chodí šest starších, kolem osmdesáti let a s aktivizační pracovnicí hovoří o svých vzpomínkách na určité téma*“. Většinou se jedná o témata jako válečné období, dětství, slavení různých svátků a další.

Také v DPS2 probíhá reminiscenční terapie pravidelně jednu hodinu týdně v reminiscenční místnosti: „*je tam spousta starých knížek, starý nábytek, nádobí a další věci. To zároveň využíváme v rámci povídání. Klienty to víc aktivuje ve vzpomínání*“, vysvětluje Z2. Místnost je zároveň někdy využívána v rámci ergoterapie, anebo dobrovolnického programu: „*občas k nám dochází dobrovolníci z jedné nadace, kteří si s klienty povídají nebo jim čtou. V rámci takové návštěvy jsou buď na pokoji, venku anebo právě v reminiscenční místnosti. Má to svoje kouzlo*“, zamýšlí se Z2. Na terapii dochází asi osm klientů: „*ta oblíbenost je podle mě u všech věkových kategorií, mám tam sedmdesátiletou paní, ale i devadesátiletého pána a je hezký je poslouchat*“. Co se týče technik, tak Z2 uvádí: „*jak jsem říkala, tak využíváme i ty předměty v místnosti, že si je třeba mezi sebou podávají a umocní to vzpomínání. Jinak máme každý sezení nějaký téma, např. jestli měli nějaké zvíře, jaké měli dětství, jak slavili Vánoce a tak*“.

V DPS3 reminiscenční místnost využívají jednou týdně na hodinu a půl: „*ale zároveň reminiscenční terapie někdy probíhá v oblíbené zimní zahradě*“. Na reminiscenční

terapii dochází šest klientů a z výpovědi vyplynulo, že je oblíbenější u starších klientů: „*chodí ti starší, sem tam přijde nějaký sedmdesátník, ale to spíš nárazově. Nejvíc si podle mě vzpomínání užívají lidé kolem osmdesáti let*“. V rámci terapie sedí klienti v kruhu a někdy si mezi sebou posílají svoje osobní věci, které si s sebou přinesli na zadané téma: „*někdy jim těsně před začátkem řeknu, aby si přinesli např. nějakou věc nebo fotografii z dětství nebo na nějaký téma a s tím potom pracujeme. Každý něco řekne, ostatní se doptávají a někdy i hledáme společné věci*“, vysvětluje Z3 a dodává: „*někdy si třeba vzpomenou na nějaký oblíbený jídlo, tak pak mají možnost se mnou v rámci ergoterapie nebo s ostatními pracovníky kdykoli vařit nebo péct, na co mají chuť. Naposled to bylo cukroví na Vánoce a na Velikonoce nás určitě čeká pečení jidášů*“.

DPS4 využívá k reminiscenční terapii jednou týdně reminiscenční místnost: „*většinou to trvá hodinku, ale čas přesně nedodržujeme, když je zrovna dané téma baví*“. V reminiscenční místnosti je mimo jiné také tkalcovský stav: „*místnost je využívána nejen ke vzpomínání, ale taky v rámci ergoterapie kvůli tkalcovskému stavu, na kterém umí pár asi osmdesátiletých klientek a učí se navzájem, u toho vzpomínají. Taky tady pletou, háčkují nebo si sem přijdou vypít čaj a u toho si povídají*“. Podle Z4 je reminiscenční terapie více oblíbená u klientů nad 75 let: „*podle mě si radši zavzpomínají ti starší, ani mi tam mladší jak sedmdesát pět let nechodí*“. Každá terapie je zaměřená na určité téma, např. jaké měli dětství, kde pracovali, jak slavili Vánoce, ke kterému se každý ze zúčastněných vyjadřuje: „*taky si sem mohou přinést nějakou fotografii nebo předmět na dané téma, o kterém chtějí vyprávět*“.

V DPS5 reminiscenční terapie neprobíhá, není zde ani reminiscenční místnost. Avšak Z5 se k tomu vyjadřuje následovně: „*sice nemáme přímo reminiscenční terapii, ale do budoucna tu prý bude. Každopádně teď se vzpomínkami klientů pracujeme v rámci jiných terapií. Třeba u arteterapie nebo ergoterapie si často na něco klienti vzpomínají, hovoří o tom a aktivizační pracovnice je v tom vzpomínání vždy podporuje*“. Někdy prý v rámci arteterapie záměrně kreslí něco z minulosti. Po chvíli dodává: „*je fakt, že ta reminiscenční místnost by to víc umocnila a dalo by se se vzpomínkami pracovat cíleně. Tak snad to bude co nejdřív*“.

Analýza výsledků

Reminiscenční terapie probíhá ve čtyřech dotazovaných domovech pro seniory z pěti, avšak i v DPS5, kde tato terapie oficiálně neprobíhá, se vzpomínkami klientů pracují v rámci jiných terapií a do budoucna zde reminiscenční místnost plánují. V ostatních zařízeních probíhá reminiscenční terapie v reminiscenční místnosti, pouze v DPS3 k reminiscenční terapii někdy využívají i zimní zahradu, která je mezi klienty oblíbená.

V DPS1, DPS2, DPS3 a DPS4 skupinová reminiscenční terapie probíhá pod vedením aktivizační pracovnice pravidelně jednou týdně. Časově se jedná o jednu hodinu, avšak všechny zaměstnankyně uvedly, že terapie často trvají déle, když se klienti více rozprávají. Pouze v DPS3 uvedla Z3 rovnou délku trvání hodinu a půl.

Z výpovědí vyplynulo, že reminiscenční terapie je oblíbená zejména u starších klientů – kolem osmdesáti let a více.

Ve všech případech mají reminiscenční terapie stanovené nějaké téma, nejčastěji se jedná o vzpomínky vztahující se k dětství, tehdejší době (i válečné období), k tradicím (např. jak se slavily Vánoce), k domácím mazlíčkům atd. K aktivizaci vzpomínek jsou využívány předměty, které se nachází v reminiscenční místnosti, např. staré knihy, nádobí, které se nechává mezi účastníky kolovat nebo si mohou klienti donést svou starou fotografii či předmět na dané téma.

5 Diskuse

Období stáří s sebou přináší významné involuční změny v tělesné, kognitivní, sociální a emocionální oblasti. Na základě těchto probíhajících změn se může změnit pohled okolí na stárnoucího člověka, který je nyní označován jako „senior“ a je k němu tak i přistupováno. Ať už se jedná o výraznější změny vzhledu, jako vrásky a přibývajících zdravotních problémů či horší orientace v nových situacích, dotýčný si veškeré nežádoucí změny uvědomuje, což může mít nežádoucí vliv na jeho psychický stav. V těchto poznatcích se shodují Vágnerová, Skorunková a Venglářová.

Vnímání vlastních nežádoucích změn může více umocnit nadhodnocování fenoménu mládí, který společnost spojuje se zdravím, krásou, výkonem a nesprávně hodnocený fenomén stáří, který je v povědomí lidí označován jako období úpadku, utrpení, bezmoci, blížící se smrti atd. (Vymětal, 2010).

Co se emocionální oblasti týče, tak pokud seniora netrápí závažné choroby nebo finanční tíseň a problémy ve vztazích, může mít relativně vysokou emoční pohodu. To potvrzuje jedna z nejnovějších studií Etxeberria et al., která se zabývala emocionálními profily

u seniorů. Carestensenová ve svých studiích zjistila, že se s věkem zvyšuje emocionální kontrola a zároveň snižuje intenzita emocionálních impulsů. To souvisí s tvrzením Vymětala (2010), že ve vyšším věku do popředí přichází zkušenost a stabilita, což je pro psychotherapeutickou práci důležitý faktor.

Na základě teoretických poznatků byly v souvislosti s cílem práce stanoveny výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou možnosti psychotherapeutické intervence v dotazovaných domovech pro seniory?

Z pěti dotazovaných domovů pro seniory je individuální i skupinová psychotherapeutická intervence klientům poskytována pouze v jednom z nich. Ačkoli jsou sociálně terapeutické a aktivizační činnosti podle § 49, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, součástí služeb, které domovy pro seniory poskytují, z výzkumu bylo zjištěno, že domovy pro seniory vyloženě psychotherapii nevyužívají.

I když na psychotherapii odkazuje také Doporučený standard kvality pro domovy pro

seniory ČR, všechna zařízení uplatňují další doporučované možnosti, jako je arteterapie, muzikoterapie, animoterapie a další.

Kromě terapeutických technik je v dotazovaných zařízeních klientům k dispozici proškolený personál či externí psychiatři, se kterými si senioři mohou promluvit. Další možností, která psychoterapeutickou intervenci doplňuje, jsou dobrovolnické programy, které se díky masmédiím postupně více uplatňují. Dobrovolnictví je, stejně jako terapeutická péče, doporučováno Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky v rámci Doporučeného standardu kvality pro domovy pro seniory ČR. Jedním z takových projektů jsou např. Ježíškova vnoučata, která vznikla v roce 2016 jako reakce na osamělost většiny starých lidí, s cílem navázat trvalé vztahy mezi dobrovolníky

a seniory ve stovkách domovů pro seniory. Projekt je podporován Českým rozhlasem a dalšími médii (www.jeziskovavnoucata.cz).

VO 2: Jaké terapeutické prostředky a techniky jsou v dotazovaných domovech pro seniory využívány?

Na základě seznamu služeb, které domovy pro seniory poskytují podle § 49, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a Doporučeného standardu kvality pro domovy pro seniory ČR, který byl vytvořen Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky, využívají všechna dotazovaná zařízení nejrozličnějších terapeutických prostředků a technik.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že domovy pro seniory využívají animoterapii, konkrétně canisterapii, dále arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii a reminiscenční terapii. Všechny terapie probíhají skupinovou formou, nikoli individuálně.

Využívání reminiscenční terapie a muzikoterapie v domovech pro seniory podporuje názor Vymětala (2010), který se domnívá, že vzpomínání a citlivost k hudbě jsou dva specifické momenty pro psychoterapeutickou práci se seniory. Nejvíce klade důraz na vzpomínání, neboť si jeho prostřednictvím senioři srovnávají dosavadní život. Na základě tendence uchopit svůj život od začátku do konce, přicházejí otázky, které se týkají vlastní smrti a obav z umírání. Přijetím konečnosti svého života se člověk psychicky uvolní.

Výzkumné šetření prokázalo, že se v domovech pro seniory využívají terapeutické techniky, které jsou doporučovány v literatuře, viz kapitola Terapeutické prostředky.

V canisterapii se nejvíce využívá metody AAA neboli aktivity pomoci zvířat, kde je hlavním cílem aktivizace klientů. Mezi používané techniky patří především hlazení zvířete, péče o zvíře a hry na zlepšování motoriky a kognitivních funkcí.

Mezi používané terapeutické techniky v arteterapii zejména kresba, dále modelování a tvorba koláží. Mezi nejoblíbenější patří tvorba nebo vymalovávání mandal.

V rámci ergoterapie se jedná především o ergoterapii ruky, což znamená, že se nejvíce pracuje s papírem a různými přírodními materiály, ze kterých se vyrábí nejrůznější dekorace a výrobky. Mezi další využívané techniky patří výroba košíkářských dekorací, pletení, háčkování a výjimečně také pečení a vaření.

Techniky využívané při muzikoterapii jsou: poslech relaxační hudby a lidových písní, zpěv lidových písní, hra na jednoduché hudební nástroje (dřívka, triangel, rumba koule, tamburína, bubínek).

V rámci reminiscenční terapie klienti vzpomínají na určité téma, nejčastěji se jedná o vzpomínky vztahující se k dětství, tehdejší době (i válečné období), k tradicím (např. jak se slavily Vánoce), k domácím mazlíčkům atd.

Zrealizovaný kvalitativní výzkum má svá úskalí. Na celý průběh a výsledky šetření mohly mít vliv nepřesnosti, ke kterým mohlo dojít při uskutečňování výzkumných metod. Jedná se na příklad o nedostatečnou zkušenost při sestavování otázek rozhovorů.

Dalším limitem výzkumného šetření je malý počet účastníků výzkumu, což může znamenat subjektivní pohled na zkoumanou problematiku. Závěry kvalitativního výzkumu tedy nelze zobecňovat, neboť jsou platné pouze pro výzkumný soubor.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory. V rámci kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo v pěti domovech pro seniory, bylo zjištěno, že se odborné psychoterapeutické péče dostává pouze v jednom z pěti zařízení. V ostatních čtyřech zařízeních se snaží chybějící psychoterapeutickou intervenci suplovat samotní zaměstnanci, externí psychiatři, kněží nebo dobrovolníci.

Z výzkumu bylo zjištěno, že ve všech pěti dotazovaných zařízeních probíhají různé terapeutické prostředky a techniky. Jedná se především o animoterapii, konkrétně canisterapii, dále o arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii a reminiscenční terapii.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti psychoterapeutické intervence v domovech pro seniory. Tento cíl byl naplněn. V rámci teoretické části práce byly nastíněny základní psychoterapeutické směry a přístupy, které jsou pro práci se seniory vhodné, a prostřednictvím rozhovorů bylo zjištěno, zda jsou některé z těchto možností uplatňovány v praxi, nebo jakých možností jednotlivá zařízení využívají k suplování psychoterapie.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké psychoterapeutické přístupy jsou v domovech pro seniory využívány. Tohoto cíle nebylo zcela dosaženo, neboť psychoterapeutická intervence probíhá pouze v jednom z pěti domovů pro seniory, kde dotazovaná zaměstnankyně nedokázala jasně odpovědět, jaké psychoterapeutické přístupy se zde uplatňují.

Posledním třetím cílem bylo zjistit, jaké terapeutické prostředky a techniky se v domovech pro seniory využívají. Tento cíl byl naplněn. V rámci výzkumu bylo zjištěno, které terapie v domovech pro seniory probíhají, v jaké frekvenci, jaké jsou používány techniky, dokonce jaká věková skupina klientů danou terapii preferuje.

Celkově lze výsledky výzkumu považovat za téměř alarmující, neboť se v dotazovaných domovech pro seniory, kromě jednoho zařízení z pěti, psychoterapeutické intervence nedostává. Pro praxi mohou být přínosem popsané alternativy chybějící psychoterapie, které by bylo dobré více podpořit. Jedná se zejména o dobrovolnické programy různých nadací.

V praxi lze také využít výsledků ohledně používaných terapeutických prostředků a technik v domovech pro seniory. Z výzkumu je patrné, že by bylo třeba zvýšit frekvenci některých terapií, více přizpůsobit používané techniky klientům, aby se určitých terapií mohli účastnit i vyšší věkové kategorie a zařadit další možnosti, např. felinoterapii a další druhy animoterapie nebo dramaterapii, která bohužel neprobíhá ani v jednom dotazovaném zařízení.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literární zdroje

1. CAMPBELLOVÁ, J., 2000. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-428-1.
2. DRAPELA, V., J. 2011. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0040-6.
3. FREEMAN, M., 2007. Terminologie v zooterapii. In: VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, s. 30-37. ISBN 978-80-7322-109-6.
4. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
5. HARTL, P. a HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
6. HICKSON, A., 2000. *Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 80-7178-387-0 s.
7. HROZENSKÁ, M., 2008. *Sociální práce so staršími ľud'mi*. Martin: Osveta. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
8. JEBAVÁ, J., 1997. *Úvod do arteterapie*. Praha: Karolinum. 95 s. ISBN 80-7184-394-6.
9. JELÍNKOVÁ, J., KŘIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.: *Ergoterapie*. 2009. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7 s. 270
10. KALINA, K. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
11. KNOBLOCH, F. a KNOBLOCHOVÁ, J. 1999. *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-7169-679-X.
12. KRATOCHVÍL, S. 2012. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál. 403 s. ISBN 978-80-262-0302-5.
13. KRATOCHVÍL, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén. 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
14. LABOUVIE-VIEF, G. 2014. *Integrating emotions and cognition throughout the lifespan*. New York: Springer. 149 p. ISBN 978-3-319-09821-0.

15. LANDISCHOVÁ, E., 2007. *Teorie a praxe arteterapie taneční a výtvarné formy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta. 124 s. ISBN 978-80-7290-297-2.
16. LIEBMANN, M., 2010. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.
17. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.
18. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
19. NOVOTNÁ, L., et al., 2012. *Vývojová psychologie*. 4. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 84 s. ISBN 978-80-261-0115-4.
20. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
21. PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
22. SKORUNKOVÁ, R., 2013. *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 160 s. ISBN 978-80-7435-253-9.
23. STEJSKALOVÁ, M., 2012. *Psychoterapie uměním*. Praha: Pressto Publishing. 192 s. ISBN 978-80-905141-0-2.
24. ŠICKOVÁ, V. – FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
25. ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
26. UZLOVÁ, I., 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním. Praktický průvodce pro osobní a pedagogické pracovníky*. Praha: Portál, 135 s. ISBN 978-80-7367-764-0.
27. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
28. VALENTA, M., et al., 2017. *Dramaterapeutická intervence u osob se závislostí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 209 s. ISBN 978-80-244-5087-2.
29. VELEMÍNSKÝ, M., et al., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
30. VALENTA, M., 2007. *Dramaterapie*. Praha: Grada. 252 s. ISBN 978-80-2471819-4.

31. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
32. VOTAVA, J., et al., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
33. VYMĚTAL, J. 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
34. VYMĚTAL, J. et al., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
35. ZELEIOVÁ, J. 2007. *Muzikoterapie*. Praha: Portál. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9 s. 254

Internetové zdroje

36. CARSTENSEN, L. et al., 2000. *Emotional Experience in Everyday Life Across the Adult Life Span*. [online]. 2000, 79 (4), 644-55, doi: <http://psycnet.apa.org/record/2001-00438-011>
37. Česká arteterapeutická asociace. *Arteterapie*. [online]. Praha, 2016. [cit. 2017-12-11]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>
38. ČESKÝ ROZHLAS, 2016. *Vnoučata na přání*. [online]. Dostupné z: <https://www.jeziskovavnoucata.cz/>
39. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, 2015*. [online]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. [cit. 2017-3-14]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL.pdf
40. JUREČKOVÁ, P., 2006. Aktivizace seniorů. *Sociální práce/Sociálna práca*. [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2006, č. 2, s. 140-152. [cit. 2016-10-05]. ISSN: 1213-6204 Dostupné z: <http://socialniprace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=15>
41. ETXEBERRIA, I., ETXEBARRIA, I., URDANETA, E. *Profiles in emotion alaging: does age matter?* [online]. Aging & Mental Health. 2017. [cit. 2017-3-14]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Igone_Etxeberria2/publication/313834639_Profil

es_in_emotional_aging_does_age_matter/links/58aadbdbaca27206d9bac0d1/Profiles-in-emotional-aging-does-age-matter.pdf

42. The American Music Therapy Association. *What is Music Therapy?* [online]. Silver Spring, 2016. [cit. 2017-10-11]. Dostupné z: <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

Zákony

43. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37, s. 1257–1290. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4883> 52.
44. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164, s. 7021-7050. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5010>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Struktura otázek k rozhovoru:

SEZNAM ZKRATEK

AAA - Animal Assisted Activities (aktivity za asistence zvířat)

AAT - Animal Assisted Therapy (terapie za asistence zvířat)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Struktura otázek k rozhovoru:

Náplň práce, spokojenost:

Jakou pracovní pozici zde vykonáváte a kolik let?

Jaké je Vaše vzdělání? (VŠ, případně terapeutický výcvik)

Co obnáší Vaše pracovní pozice?

Jste se svou pracovní náplní spokojen(a)? Odůvodněte proč ano/ proč ne.

Považujete svou práci za náročnou? Jestliže ano, v čem.

Psychoterapie v DPS:

Jaký máte názor na psychoterapeutickou péči v DPS?

Uvítali byste v DPS pro své klienty terapeuta za účelem individuální/skupinové psychoterapie?

Dostává se Vaším klientům psychoterapeutické péče?

V případě, že ne – odůvodnit proč.

V případě ano:

Jaké psychoterapeutické péče se klientům dostává?

Jak často se psychoterapeutické péče klientům dostává?

Kdo zde psychoterapeutickou intervenci vede?

V případě, že se klient nachází v těžké životní situaci, např. úmrtí partnera, jaká je mu nabízena pomoc?

Terapeutické prostředky a techniky v DPS:

Jaké terapeutické prostředky ve Vašem DPS používáte?

Jaké zmíněné terapeutické prostředky jsou z Vašeho pohledu oblíbené u klientů věkové kategorie 60 – 75 let?

Jaké zmíněné terapeutické prostředky jsou z Vašeho pohledu oblíbené u klientů věkové kategorie 75 – 90 let?

Jaké zmíněné terapeutické prostředky jsou z Vašeho pohledu oblíbené u klientů věkové kategorie 90 a více let?

Kdo jednotlivé terapie vede?

V jakém časovém intervalu terapie probíhají (hodiny/týden)?

Kolik klientů a v jakém věku se terapií účastní?

Kde jednotlivé terapie probíhají?

Jakých technik se u jednotlivých terapií užívá?

S jakými pomůckami provádíte jednotlivé terapie?