

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Markéta Horníčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Reminiscence jako způsob aktivizace seniorů

Bakalářská práce

2023

Markéta Horníčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Markéta Horníčková**
Osobní číslo: **Z20199**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Reminiscence jako způsob aktivizace seniorů**
Téma práce anglicky: **Reminiscence as a Way of Activating Seniors**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivační postupy*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
2. JANEČKOVÁ, Hana a Hana ČÍŽKOVÁ, 2021. *Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. V Praze: Pasparta. Pomoc blízkým. 204 s. ISBN 978-80-88290-81-0.
3. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
4. SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktioní seniory*. Praha: Portál. 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, c2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 31. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Reminiscence jako způsob aktivizace seniorů jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 31.5.2023

Markéta Horníčková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří Mgr. Marii Holubové, PhD. za cenné rady a připomínky během tvorby této práce. Dále děkuji danému zařízení, ve kterém bylo realizováno výzkumné šetření a v neposlední řadě děkuji své rodině, za jejich trpělivost a podporu během studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá využitím reminiscence jakožto aktivizační techniky při práci se seniory. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje problematiku stárnutí, aktivizaci seniorů a reminiscenci. Praktická část zkoumá, jakým způsobem jsou senioři aktivizováni ve vybraném zařízení, dále hodnotí znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence a následně prezentuje realizaci reminiscenčního setkání pro seniory se zjišťováním zájmu seniorů a ošetrovatelského personálu o zavedení reminiscence do pravidelných aktivit. V závěru práce je uvedeno doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Reminiscence, aktivizace, senior, stáří, stárnutí, demence, vzpomínky

TITLE

Reminiscence as a Way of Activating Seniors.

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the use of reminiscence as an activation technique when working with seniors. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the issue of aging, activation of seniors and reminiscence. The practical part examines how seniors are activated in the selected facility, evaluates the knowledge of nursing staff in the field of reminiscence and then presents the implementation of a reminiscence meeting for seniors with identification of the interest of seniors and nursing staff in introducing reminiscence into regular activities. Recommendation for practice is given at the end of the work.

KEYWORDS

Reminiscence, activation, senior, old age, ageing, dementia, memories

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl teoretické části práce	13
1.2 Cíl praktické části práce	13
1.3 Metody k dosažení cíle.....	13
2 Teoretická část	14
2.1 Demografické údaje	14
2.2 Stárnutí a stáří	14
2.2.1 Stárnutí.....	15
2.2.2 Stáří.....	15
2.2.3 Změny ve stáří	16
2.2.4 Kognitivní funkce ve stáří.....	18
2.2.5 Poruchy kognitivních funkcí.....	19
2.2.6 Kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace	22
2.3 Aktivizace seniorů.....	22
2.3.1 Druhy aktivit	23
2.3.2 Pohybová terapie.....	23
2.3.3 Ergoterapie.....	24
2.3.4 Zooterapie	24
2.3.5 Muzikoterapie	25
2.3.6 Arteterapie	25
2.4 Reminiscence	26
2.4.1 Vymezení pojmu reminiscence.....	26
2.4.2 Význam vzpomínání z ošetrovatelského pohledu	26
2.4.3 Formy reminiscence.....	27
2.4.4 Přístupy v reminiscenci.....	28

2.4.5	Příprava reminiscenčního setkání	29
2.4.6	Průběh reminiscenčního setkání	30
3	Výzkumná část.....	32
3.1	Výzkumné otázky.....	32
3.2	Metodika výzkumné části	32
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
3.4	Technika sběru dat	35
3.5	Analýza dotazníku pro zaměstnance	37
3.5.1	Prezentace výsledků dotazníku pro zaměstnance	37
3.6	Průběh reminiscenčního setkání.....	43
3.7	Analýza dotazníku zpětné vazby pacientů	45
3.7.1	Prezentace výsledků dotazníku zpětné vazby pacientů	46
3.8	Hodnocení reminiscenčního setkání	47
4	Diskuze	49
4.1	Vyhodnocení výzkumných otázek	51
4.2	Limity výzkumu	55
4.3	Doporučení pro praxi	57
5	Závěr	57
6	Použitá literatura	59
6.1	Literární zdroje.....	59
6.2	Odborné články	61
6.3	Internetové zdroje.....	62
6.4	Závěrečné práce	63
7	Přílohy.....	64

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Grafické znázornění otázky č.1, dotazník pro zaměstnance	37
Obrázek 2 - Grafické znázornění otázky č.4, dotazník pro zaměstnance	38
Obrázek 3 - Grafické znázornění otázky č.6, dotazník pro zaměstnance	39
Obrázek 4 - Grafické znázornění otázky č.11, dotazník pro zaměstnance	41
Obrázek 5 - Grafické znázornění otázky č.15, dotazník pro zaměstnance	43

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Úroveň dosaženého vzdělání ošetrovatelského personálu	33
Tabulka 2 - Délka praxe ošetrovatelského personálu ve zdravotnictví	34
Tabulka 3 - Délka praxe ošetrovatelského personálu na geriatrickém oddělení	34
Tabulka 4 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 2	38
Tabulka 5 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 5	39
Tabulka 6 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 12	41
Tabulka 7 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č.13	42
Tabulka 8 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 14	42
Tabulka 9 - Dotazník zpětné vazby pacientů, otázka č.1	46
Tabulka 10 - Dotazník zpětné vazby pacientů, otázka č.2.....	46
Tabulka 11 - Dotazník zpětné vazby pacientů, otázka č.3.....	47
Tabulka 12 - Sledované projevy seniorů	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
WHO	Světová zdravotnická organizace
MCI	Mírná kognitivní porucha
CMP	Cévní mozková příhoda
MoCA	Montrealský kognitivní test
MMSE	Mini-Mental-State-Examination
ICHS	Ischemická choroba srdeční
CHRI	Chronická renální insuficience
LOOP	lůžkové oddělení ošetrovatelské péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ADL	Activity daily living – Barthelův test
mj.	mimo jiné
tzv.	takzvaně

ÚVOD

Současný demografický vývoj bude mít významný dopad na věkovou strukturu obyvatelstva v České republice. Poklesem porodnosti, odchodem silných poválečných ročníků do důchodového věku a prodlužováním délky života dochází k výraznějšímu a rychlejšímu stárnutí populace. Statistická data předkládají, že se v průběhu první poloviny 21.století zdvojnásobí počet seniorů nad 65 let z jedné šestiny na jednu třetinu. Vrchol počtu seniorů se očekává na konci 50.let, kdy se bude jejich počet pohybovat kolem 3,2 milionů oproti současným 1,8 milionů (ČSÚ, 2014). V roce 2030 by měli senioři nad 65 let tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3 % populace. Největší nárůst se týká tzv. dlouhověkých seniorů. Demografické údaje odhadují, že v roce 2050 bude v České republice žít asi půl milionu seniorů starších 85 let, což bude zhruba čtyřnásobek počtu seniorů žijících v roce 2007 (Malíková, 2020, s.24).

S ohledem na projekci populačního vývoje lze očekávat, že se výrazně zvýší průměrná délka života. Populace se sice bude dožívat vyššího věku, ale ve větším rozsahu bude zatížena chronickými a degenerativními onemocněními, projevujícími se poklesem soběstačnosti, mobility, ale i kognitivních funkcí, což ve svém důsledku povede k zatížení společnosti zvyšováním nároků a nákladů na poskytování zdravotních a sociálních služeb. Otázkou pak zůstává, zda bude kvalita života úměrná celkové délce života (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.19). Stáří a stárnutí se tak stává aktuálním tématem pro společnost, které se týká nás všech a zasluhuje si výraznou pozornost. Každá generace má různou představu o stáří, službách a péči, která má být poskytována, a proto je nutné geriatrickou péči aktualizovat a poskytovat tak nové formy služeb (Procházková, 2019, s.13).

Za nezbytnou součást komplexní ošetrovatelské péče je považována aktivizace pomocí nefarmakologických přístupů. Aktivizace snižuje negativní důsledky stárnutí, pomáhá v boji se sociální izolací, navozuje pocit spokojenosti, zlepšuje úroveň soběstačnosti, motoriky a kognitivních funkcí a v neposlední řadě pomáhá seniorovi trávit volný čas smysluplně (Burda a Šolcová, 2016, s.46). Existuje velké množství aktivit, podstatné je, aby byla aktivita individuálně zvolena přiměřeně stavu seniora a působila pozitivně na jeho psychickou i fyzickou stránku. Obzvláště vhodné je využití aktivizace u seniorů s diagnózou demence (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s.35). Demence je progresivní degenerativní onemocnění mozku s poklesem kognitivních funkcí. V roce 2015 žilo celosvětově 47 milionů seniorů s demencí, do roku 2030 se očekává vzestup demence na 75 milionů případů a v roce 2050 by mělo žít 131

milionů seniorů trpících demencí. V České republice žilo v roce 2015 124 tisíc osob s demencí a do konce roku 2050 se jejich počet odhaduje na 227 tisíc případů (Šáteková, 2021, s.7). Je patrné, že incidence demence úměrně stoupá se stárnutím populace, neboť demence se nejčastěji vyskytuje právě u starších občanů. Nepříznivou informací je, že se demence řadí mezi nevyléčitelná onemocnění, u kterých však lze průběh včasným zahájením léčby zpomalit (Válková, 2015, s.17).

Reminiscenční terapie je nefarmakologický aktivizační přístup, který pracuje s vybavováním vzpomínek ze života seniora. Vzpomínání je přirozenou součástí našich životů, posiluje lidskou identitu a důstojnost, zprostředkovává kontakt s okolím, zlepšuje komunikaci, pomáhá přizpůsobit se změnám a novým situacím (Janečková a Čížková, 2021, s.12). Reminiscence nachází široké uplatnění v péči o seniory. Dá se využít u zdravých seniorů, kde zaujímá jistý preventivní význam, ale především u těch, kteří trpí syndromem demence. Vzpomínání podporuje dlouhodobou paměť, která bývá u seniorů s kognitivní poruchou zachována a tím navrácí lidem sebedůvěru a pocit důležitosti (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.93).

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části práce

1. Popsat problematiku stárnutí, stáří a s ním spojené biologické, psychické a sociální změny.
2. Stručně vymezit pojem aktivizace a nejčastěji užívané aktivizační metody v praxi.
3. Popsat reminiscenci jako druh aktivizační metody při práci se seniory.

1.2 Cíl praktické části práce

1. Zjistit, jakým způsobem jsou senioři aktivizováni ve vybraném zdravotnickém zařízení.
2. Zhodnotit znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence.
3. Zjistit zájem ošetrovatelského personálu o zavedení reminiscence do pravidelného programu aktivit.
4. Zmapovat reakce seniorů během reminiscenčního setkání.
5. Zjistit zájem seniorů o zavedení reminiscence do pravidelného programu aktivit, po předchozím reminiscenčním setkání.

1.3 Metody k dosažení cíle

Hlavní metodou při psaní teoretické části práce bylo vytvoření literární rešerše pojednávající o stáří, stárnutí, změnách, které sebou stáří přináší a dále aktivizačních technikách, včetně reminiscence, která je předmětem této práce. Pro získání odbornějších znalostí jsem se účastnila akreditovaného vzdělávacího programu s názvem Reminiscence – práce se vzpomínkami, za který jsem obdržela osvědčení (viz příloha A).

Hlavní metodou sběru dat při tvorbě praktické části práce byl použit dotazník vlastní tvorby, který anonymně vyplňoval ošetrovatelský personál sledovaného zařízení. S pacienty stejného zařízení bylo uskutečněno reminiscenční setkání, během kterého byly sledovány reakce a chování pacientů. Veškerá data jsou vyhodnocena pomocí grafů a tabulek.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce je rozdělena na tři hlavní kapitoly. První kapitolou je problematika stáří a stárnutí. V druhé kapitole se zabývám aktivizací seniorů a nejčastěji využívanými aktivizačními technikami v praxi. Třetí kapitola je zaměřena na reminiscenci a její využití v rámci aktivizace seniorů.

2.1 Demografické údaje

Celosvětově je zaznamenáno stárnutí populace, a to nejen ve vyspělých zemích, ale i těch rozvojových. Rapidně narůstá podíl obyvatelstva staršího 65 let v celkové populaci (Hudáková a Majerníková, 2013, s.16). Je statisticky dokázáno, že v roce 2050 bude žít v ČR více seniorů starších 65 let než osob mladších 15 let, a to až dvojnásobně. Počet seniorů nad 80 let by se měl dokonce ztrojnásobit. Lidí starších 85 let bude v polovině století v ČR žít asi půl milionu (Čevela a Čeledová, 2014, s.22). Podle Macháčové a Holmerové (2019, s.13) bude v roce 2050 každý pátý občan starší 60 let.

Procházková (2019, s.13) uvádí, že v následujících letech nás čeká tzv. tsunami seniorů, jelikož v polovině století bude žít největší počet seniorů nad 80 let. S tím bude spojena větší zátěž nejen pro geriatrickou péči, ale i pro stát (Klevetová, 2017, s.10). K tomuto demografickému stárnutí dochází především v důsledku poklesu porodnosti i úmrtnosti (Čevela a Čeledová, 2014, s.23).

Vzhledem k nárůstu seniorů v populaci je nutné se aktivně zajímat o problematiku stáří a stárnutí. Zcela přirozeně budou vlivem stárnutí přibývat choroby typické pro pokročilé stáří a naléhavou potřebou se tak stává zlepšování funkčního zdraví a také účelnější intervenování geriatrickými službami (Čevela a Čeledová, 2014, s.27). Úkolem každého z nás by měla být příprava na stáří s předstihem, tak aby samotné stáří nebylo pro nás i naše okolí prudkou a negativní změnou. Měli bychom se zajímat o to, jaké jsou možnosti aktivně a smysluplně žít i v pokročilém věku (Příbyl, 2015, s.22).

2.2 Stárnutí a stáří

Definovat stáří a stárnutí není vůbec jednoduché. Existuje nespočet definic, avšak žádná z nich zcela nevystihuje tyto dva termíny. Obecně se autoři shodují, že stárnutí je fyziologický proces, který se projevuje involučními změnami postihující organismus od početí po smrt. Stáří je poté výsledkem stárnutí a konečnou etapou vývojového období, které končí smrtí (Příbyl, 2015, s.9).

2.2.1 Stárnutí

Stárnutí je přirozený a nezvratný biologický proces, který trvá od narození po smrt každého jednotlivce a je charakteristický specifickými změnami projevujícími se na těle i na duši. Dochází k degenerativním procesům, které mají za následek pokles výkonu jednotlivých funkcí. Přibývají chronická onemocnění, zhoršuje se smyslové vnímání, mění se funkčnost paměti, klesá kognitivní výkon, klesá celková pohyblivost, snižuje se celková soběstačnost jedince (Holčerová a Dvořáčková, 2013, s. 21).

Rychlost, jakou každý z nás stárneme je geneticky zakódována. Někdo stárne rychleji, někdo pomaleji. To, jakým způsobem a jak rychle budeme stárnout můžeme do určité míry ovlivnit sami, a to jakým životním stylem žijeme, prostředím, ve kterém se nacházíme, prací, kterou vykonáváme, stresem, který na sebe necháme působit apod. (Mlýnková, 2011, s.13). Odpovědí na otázku, jak oddálit či zpomalit stárnutí je být stále aktivní a věnovat se činností, které nás naplňují. Není důležité, o jakou činnost se jedná, jelikož každý z nás jsme jiný, máme jiné priority a každého z nás těší jiná činnost. Podstatné je udržet si zdravý pohled na život a mít přirozenou radost ze života. Jedině tak se dá dlouhodobě a kvalitně žít (Vostrý a Veteška, 2021, s.20).

2.2.2 Stáří

Stáří je označováno jako poslední vývojová etapa, která završuje lidský život a při které dochází k mnoha funkčním i morfologickým změnám (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s.19). Podobně definuje stáří i Mlýnková (2017, s.230), která tvrdí, že stáří je vyvrcholením procesu stárnutí a představuje tak závěrečnou kapitolu života. Jako hranice pro vstup do stáří se uvádí věk 65 let, což ale s prodlužující délkou života může přinášet komplikace i na státní úrovni, a proto bude nutné do budoucna toto nastavení revidovat (Vostrý a Veteška, 2021, s.54).

Rozlišujeme stáří kalendářní (nazýváno též jako chronologické), které je dané datem narození, dále stáří biologické, které je charakteristické involučními změnami v organismu a stáří sociální, ve kterém dochází k zásadním změnám v oblasti produktivity (Příbyl, 2015, s.12).

Kalendářní věk je nejčastěji klasifikován dle WHO, a to po 15letých cyklech: 30-44 let dospělost, 45-59 let zralý věk, 60-74 let rané stáří, 75-89 let stařecký věk, 90 a více let dlouhověkost (Malíková, 2020, s.14). Biologické stáří je charakteristické změnami, které jsou u každého člověka individuální. Uvádí se, že ke stárnutí organismu dochází již okolo 25-30 let věku. Sociální stáří se vyznačuje zásadní změnou v životě seniora, a to odchodem do penze, společně s poklesem produktivity až závislostí na okolí (Příbyl, 2015, s.12). Kalendářní a

biologický věk však nemusí být v rovnováze. Můžeme se setkat se seniorem, který i napříč svému věku může být ve velice dobré kondici a jeho biologický věk tak může být zcela odlišný od věku kalendářního (Mlýnková, 2011, s.14). Kalendářní věk odpovídá datu narození jedince, kdežto biologický věk odpovídá míře opotřebení organismu a tyto dvě komodity nemusí být nutně v souladu (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.22).

Stáří si zaslouží pozornost nejen ze strany samotných seniorů, ale především pomáhajících profesí a státu. Nejen z důvodu nárůstu seniorů v populaci je nutné, aby byla geriatrická péče aktualizována. Dodnes přetrvávající biologický model péče o zdraví je zcela nedostačující. Ve stáří je obzvláště důležitá péče o psychickou i sociální oblast, jelikož tyto dvě komodity jsou významné pro motivaci seniora dosáhnout lepšího funkčního zdraví (Klevetová, 2017, s.12-13).

2.2.3 Změny ve stáří

Vlivem stárnutí dochází k řadě involučních změn, které postihují každý organismus. Pro lepší přehlednost se tyto změny dělí na biologické, psychické a sociální (Vostrý a Veteška, 2021, s.20). Pro většinu z nás jsou nejvíce viditelné změny na tělesném systému, ale mnohdy dochází k podstatnějším změnám na psychické a sociální úrovni, a proto je třeba jim klást zvýšený důraz.

2.2.3.1 Biologické změny

Za biologické změny považujeme ty změny, které postihují tělesné tkáně a orgány. Nejvíce viditelnými změnami prochází kůže a pohybový systém. Kůže ztrácí elasticitu a vodu, je jemná a suchá, tvoří se vrásky. Mohou se objevit pigmentové skvrny, nazývané též jako stařecké. Ubývá vlasového porostu, který navíc šediví. Dochází ke snížení výšky, jelikož atrofují meziobratlové ploténky, kosti řídnou, chrupavky tuhnou, ubývá svalové hmoty, a proto je zvýšené riziko zlomenin a úrazů, snižuje se fyzická síla a pružnost (Klevetová, 2017, s.23-26). Dále dochází ke změnám napříč všemi tělesnými systémy. Snižuje se činnost srdeční, klesá elasticita cév, čímž je narušena regulace krevního tlaku, více se ukládá tuk a vápník do stěn tepen, což způsobuje aterosklerózu. Klesá vitální kapacita plic, což se projevuje zadýcháváním, samočisticí schopnost dýchacích cest je snižena, což má za následek častější záněty dýchacích cest. Zpomaluje se i činnost trávicí soustavy, potrava se hůře rozkládá a vstřebává, včetně důležitých vitamínů a minerálů, senioři častěji trpí zácpou, jednak z důvodu nedostatku pohybu, ale i nedostatku tekutin. U ledvin klesá schopnost dostatečně tvořit a vylučovat moč, snižuje se síla a pružnost svěračů močové trubice, ochabuje svalstvo pánevního dna u žen, u mužů se

zvětšuje prostata, může docházet k inkontinenci. Změny probíhají i na systému pohlavním, vlivem hormonálních změn klesá u mužů potence, ženy díky menopauze trpí vaginální suchostí. A v neposlední řadě dochází ke snížení výkonnosti smyslových orgánů, zhoršuje se zrak, sluch, ale i čich a chuť (Burda a Šolcová, 2016, s.15-17).

2.2.3.2 Psychické změny

Stárnutí v oblasti psychické bývá spojeno se změnou osobnosti seniora. Zcela přirozeně dochází k úbytku kognitivních funkcí. Jedná se především o zpomalení psychomotorického tempa, zhoršení vnímání, snížení koordinace, neudržení pozornosti i ztrátu paměti (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s.42). Ani emoční oblast nezůstává beze změn, do popředí vystupují negativní vlastnosti a emoce jedince. Starší lidé bývají citlivější, někdy až úzkostliví, situace prožívají více emotivně. Můžeme se setkat s celkovou proměnou povahových vlastností nebo jejich zvýrazněním. Ani celkový pokles zájmu seniora a apatie nejsou neobvyklými vlastnostmi. Často se však s touto emoční labilitou setkáváme u seniorů po prodělané zatěžkávající situaci, například v podobě ztráty milované osoby anebo u seniorů, kteří žijí osamoceni a postrádají smysl života (Malíková, 2020, s.19-20).

2.2.3.3 Sociální změny

Zde dochází k velké životní události, a to odchodu do penze. Tato zásadní životní změna může seniora ovlivnit buď pozitivním nebo negativním způsobem. Mění se sociální role člověka, končí role pracujícího, s tím končívají pracovní přátelství, omezuje se kontakt s lidmi, což vede k sociální izolaci seniora (Klevetová, 2017, s.30). Dochází také ke změně v ekonomické situaci seniora, kdy dochází ke zhoršení finančního zabezpečení. Senioři pobírají penzi, která je podstatně nižší než mzda a zároveň dochází ke zvýšeným výdajům v podobě zvyšujících se nákladů na bydlení a poplatků za léky a návštěvy u lékaře (Burda a Šolcová, 2016, s.18).

Velmi záleží na přístupu člověka ke stáří. Existují senioři, kteří se doslova těší na svou novou roli důchodce. Těší se na volný čas, kdy se budou moci věnovat aktivitám, na které v důsledku pracovního vytížení neměli čas či energii. Oproti tomu existují senioři, kteří se neumí vyrovnat s odchodem do penze, nevědí, co dělat s velkým množstvím volného času, načež jsou poté rozmrzelí nebo naopak lítostiví. Další zatěžkávající zkouškou bývá v tomto období, a to nejen pro seniora, ale i pro jeho blízké, omezení soběstačnosti seniora. Objevuje se závislost na druhém, což někteří senioři špatně snášejí. Nechtějí být svým blízkým na obtíž, ale zároveň nechtějí přistoupit na možnost umístění do domova pro seniory. Opět je to vysoce individuální,

existují senioři, kteří jsou i do vysoce pokročilého věku aktivní a soběstační (Mlýnková, 2011, s.26).

2.2.4 Kognitivní funkce ve stáří

Kognitivní neboli poznávací funkce nám umožňují vnímat sebe i své okolí, porozumět informacím, umět vyřešit problémy, pamatovat si a učit se (Válková, 2015, s.13). Mezi kognitivní funkce patří vnímání, paměť, pozornost a koncentrace, myšlení a úsudek, představy a fantazie, řeč, slovní zásoba a gesta (Klevetová, 2017, s.57).

Ve stáří zcela přirozeně dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, což se projevuje zhoršením paměti, sníženou schopností udržet pozornost, zhoršením smyslového vnímání (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.16).

Vzhledem k tématu práce, kde se primárně zabývám reminiscencí, která pracuje s dlouhodobou pamětí seniorů, považuji za důležité uvést alespoň základní informace o paměti, jako jedné z kognitivních funkcí.

2.2.4.1 Paměť

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a zpětně vybavovat informace. Schopnost zapamatování si je však ovlivněna několika faktory, jako například věkem, ale i povahou informací. Obecně platí, že nejvíce informací jsme schopni si zapamatovat v mladším věku, naopak s přibývajícím věkem zcela přirozeně nepotřebné informace zapomínáme. Také emočně zabarvené informace si zapamatujeme mnohem snáze než informace, které jsou emočně nevýrazné (Orel, 2016, s.116).

Paměť si můžeme rozdělit několika způsoby. Z hlediska obsahu dělíme paměť na deklarativní a nedeklarativní. Deklarativní paměť, zvaná také jako vědomá, se dále dělí na sémantickou, ve které jsou uložena fakta a pojmy a epizodickou, ve které jsou uloženy události, zkušenosti. Nedeklarativní paměť, zvaná také jako procedurální, je tvořena naučenými, zautomatizovanými schopnostmi (Nikolai a Bezdíček, 2018, s.405-406).

Z časového hlediska dělíme paměť na dlouhodobou a krátkodobou. Dlouhodobá paměť má obrovskou kapacitu, bývá celoživotní a dá se prohlubovat učením a poznáváním. Krátkodobá paměť, nazývaná též jako pracovní, slouží k získání informací pomocí smyslových orgánů pro okamžitou potřebu. Přenos informace do mozku trvá asi 20-30 vteřin a posléze dochází k pozvolnému zániku informace. V případě, že si potřebujeme informaci zapamatovat na delší dobu, musíme danou informaci častěji opakovat (Klevetová, 2017, s.58).

Autorky Suchá, Jindrová a Hátlová (2013, s.30) zmiňují, že součástí dlouhodobé paměti jsou naše osobní vzpomínky a prožitky, které si lépe pamatujeme na základě pozitivního či negativního emočního zabarvení. A právě proto je u seniorů důležité procvičovat dlouhodobou paměť, jelikož ta krátkodobá, pracovní již není tolik výkonná. Hudáková a Majerníková (2013, s.83) dodávají, že pravidelný trénink mentálních funkcí působí preventivně proti vzniku mírné kognitivní poruchy a demence.

2.2.5 Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy paměti a dalších kognitivních funkcí jsou ve stáří velice častým onemocněním. K poruchám kognitivních funkcí dochází nejčastěji z důvodu neurodegenerativního onemocnění typu Alzheimerovy choroby, CMP a traumatických poškození mozku (Válková, 2015, s.16). Nejčastěji zmiňovanými poruchami kognitivních funkcí ve stáří jsou mírná kognitivní porucha, demence a delirantní stavy.

2.2.5.1 Mírná kognitivní porucha (MCI)

MCI se projevuje mírnou poruchou paměti, sníženou koncentrací a orientací. Postižený nejčastěji hledá nějaké osobní předměty, jako například brýle, klíče, nemůže se rozpomenout na nějaká slova či jména. Jedná se o stav, který se u osob ve vyšším věku projevuje poměrně často, ale nejedná se o demenci (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.25). Nicméně lidé trpící mírnou kognitivní poruchou jsou mnohem náchylnější pro rozvoj Alzheimerovy demence (Šáteková, 2021, s.9).

Jongsiriyanyong a Limpawattana (2018, s.500-507) poukazují na fakt, že MCI lze odhalit pomocí kognitivních testů, z nichž za nejvhodnější je považován Montrealský kognitivní test (MoCA). Naopak v praxi běžně užívaný Mini-Mental-State-Examination test (MMSE) není vhodný proto, že hodnotí pouze paměť, ale nebere v potaz i ostatní kognitivní funkce (Bartoš et al., 2014, s.587-594).

V rámci léčby MCI je vhodné zařadit do běžné praxe kognitivní trénink a kognitivní rehabilitaci, neboť má pozitivní vliv na seniora, zlepšuje spolupráci s ním a celkově zvyšuje kvalitu poskytované péče (Válková, 2015, s.106-107).

2.2.5.2 Demence

Demence, z latinského dementia (být bez rozumu), je onemocnění charakteristické poruchou na úrovni kognitivní, psychické i motorické. U seniora trpícího demencí dochází k poruchám myšlení a zapamatování si, poruchám orientace, vyjadřovacích schopností a později dochází i

ke ztrátám motorických schopností, což nemocného omezuje v aktivitách každodenního života (Wehner a Schwinghammer, 2013, s.23).

Existuje několik typů demence, které se mezi sebou liší v příznacích onemocnění. Podle etiologie dělíme demenci na primární neurodegenerativní demence, kde je hlavní příčinou atrofie mozku a sekundární symptomatické demence, které vznikají na podkladě poškození mozku systémovým onemocněním (Zvěřová, 2017, s.27). V praxi se nejčastěji setkáme s primárním typem degenerativní demence, a to Alzheimerovou chorobou, která tvoří až 70 % všech demencí, následovanou demencí při Parkinsonově chorobě. Nejčastější sekundární demencí je pak vaskulární demence, která tvoří až 20 % všech demencí (Kisvetrová, 2020, s.18-20).

Alzheimerova choroba, která se vyskytuje nejčastěji, je neurodegenerativní onemocnění, kdy dochází k úbytku neuronů a atrofii mozku (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s.11). Na jakém podkladě dochází k rozvoji nemoci není zcela jasné, většina autorů se shoduje, že na jejím vzniku se podílí několik faktorů, z genetických faktorů se jedná o chromozomální odchylky, z negenetických faktorů o usazování amyloidových plaků, cerebrovaskulární nemoci, opakovaná poranění hlavy, ale i obecné rizikové faktory, jakými jsou kouření, hypertenze, diabetes, hyperlipoproteinémie (Víchová, 2013, s.58-59).

Autorky Wehner a Schwinghammer (2013, s.23-25) dělí demenci do tří stádií podle závažnosti a klinických projevů, a to na mírnou demenci, střední demenci a pokročilou demenci.

Mírná demence se z počátku projevuje častějším zapomínáním, roztržitostí, ztrátou orientace v místě a čase, častější je sociální izolace, postižený se uzavírá sám do sebe. Postižení prvním stupněm demence ještě zvládají žít sami, ale potřebují mírnou pomoc druhé osoby (Wehner a Schwinghammer, 2013, s.23). Ve stádiu střední demence dochází k prohlubování příznaků z předchozího stádia, navíc se přidávají větší obtíže při komunikaci, nové situace u postiženého vyvolávají paniku, přidává se ztráta kontroly nad vlastním tělem, objevují se problémy s inkontinencí, nemocný je odkázaný na značnou pomoc pečujících (Wehner a Schwinghammer, 2013, s.24). Třetím stádiem demence je pokročilá demence, což je stav naprosté bezmoci, postižení obvykle leží v lůžku, v poloze embrya, reagují pouze na podráždění, kontrola tělesných funkcí již neexistuje, je nutná 24hodinová ošetrovatelská péče (Wehner a Schwinghammer, 2013, s.23-24).

Parkinsonova demence se vyskytuje u Parkinsonovy nemoci, což je neurodegenerativní onemocnění mozku, kdy dochází ke zvýšené tvorbě acetylcholinu a snížené tvorbě dopaminu

v šedé hmotě mozkové, což má za následek poruchy motoriky a hybnosti, svalovou ztuhlost, třes, poruchy rovnováhy a chůze. Zároveň často dochází k poruchám kognitivních funkcí. Postižení sice netrpí ztrátou paměti jako je tomu u Alzheimerovy choroby, ale bývá zhoršená pozornost, soustředěnost, přidávají se potíže se zrakem, psychomotorické tempo je zpomalené. Doprovodnými příznaky jsou známky emoční labilitaty jako je úzkost, apatie, deprese, poruchy spánku. Ani tento typ demence není vyléčitelný, farmakologicky se pouze dají zmírnit příznaky Parkinsonovy choroby, popřípadě depresivního syndromu (Jiráček, 2013, s.128-129).

Vaskulární demence vzniká v důsledku ischemického nebo hemoragického poškození mozku s postižením kognitivních funkcí. Vaskulární demence je druhou nejčastější formou demence, po Alzheimerově chorobě. Rizikovými faktory rozvoje vaskulární demence jsou vyšší věk, mužské pohlaví, hypertenze, ICHS, nikotinismus, diabetes, obezita, ateroskleróza. Předcházet rozvoji vaskulární demence se dá do jisté míry léčbou metabolického syndromu a eliminací rizikových faktorů (Korczyńska, Vakhapová, Grinberg, 2012).

Demence se diagnostikuje pomocí komplexního neuropsychologického vyšetření společně se základním laboratorním vyšetřením a CT vyšetřením mozku. Důležitá je spolupráce oborů neurologie a psychiatrie (Šáteková, 2021, s.12). Bohužel však stále platí, že demence je nevyléčitelné onemocnění, které lze medikamentózně a nefarmakologickými aktivizačními přístupy pouze zpomalit (Válková, 2015, s.17). Cílem nefarmakologické léčby je zachování nebo zlepšení jemné a hrubé motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Nefarmakologických přístupů existuje celá řada, proto jejich výběr je vždy podmíněn stavem nemocného, stádiem nemoci, věkem a individuálními potřebami seniora (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s.35).

2.2.5.3 Delirantní stavy

Pod pojmem delirium si můžeme představit akutní stav zmatenosti a dezorientace za současné poruchy vnímání, pozornosti a myšlení. Delirium řadíme mezi kvalitativní poruchy vědomí. Průběh deliria bývá někdy bouřlivého charakteru, vzniká náhle a projevuje se změnou chování, neklidem, někdy až agresivitou, halucinacemi a bludy (Orel, 2016, s.104). Nejčastější příčinou vzniku deliria u seniorů bývá porucha metabolismu, dehydratace, infekce, retence moče, ale i změny prostředí. Nejprve je nutné tento stav upravit farmakologicky, a poté je více než vhodné u pacientů zahájit kognitivní rehabilitaci (Válková, 2015, s.18-19).

2.2.6 Kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace

Kognitivní trénink, jinými slovy trénink paměti má funkci především preventivní. Jeho úkolem je zamezit vzniku kognitivních poruch nebo minimalizovat již existující mírné kognitivní poruchy. Pod kognitivním tréninkem si můžeme představit cvičení zaměřená na posílení paměti, orientace v prostoru a pozornosti (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s.61-62). Kognitivní trénink neznamena pouhé trénování paměti pomocí paměťových technik pro zapamatování určité informace, naopak trénovat paměť lze i zábavnějšími způsoby, při kterých si člověk ani neuvědomuje, že trénuje paměť. Může se jednat například o luštění křížovek, hraní pexesa, sledování vědomostních soutěží apod. (Fertařová a Ondřiová, 2020, s.45).

Kognitivní rehabilitace se zabývá nápravou již poškozených kognitivních funkcí (Klucká a Volfová, 2016, s.19). Kognitivní rehabilitace je více zaměřená na dlouhodobou paměť, která bývá neporušená. Cílem kognitivní rehabilitace je dosáhnout zlepšení nebo alespoň udržení kognitivního stavu pacienta, za účelem dosažení soběstačnosti, readaptace a zařazení do společnosti (Válková, 2015, s.22).

Rozdíl mezi kognitivním tréninkem a kognitivní rehabilitací spočívá v tom, že při kognitivním tréninku využíváme časových limitů, je zde kladen důraz na rychlost a správnost řešení, kdežto při kognitivní rehabilitaci se zaměřujeme na trénink dlouhodobé paměti, často s využitím reminiscenční terapie či sensorické stimulace (Aktivizace seniorů-tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů, [2018], s.19-20).

2.3 Aktivizace seniorů

Aktivizace, odvozeno od slova aktivovat, znamená uvést něco do pohybu, přimět ke zvýšené činnosti (Wehner a Schwinghammer, 2013, s.11). Procházková (2019, s.135) doplňuje, že aktivizace je nefarmakologický přístup v poskytované péči a má za úkol podpořit a rozvíjet psychosociální schopnosti seniora. Aktivizace je velmi důležitou součástí v poskytování kvalitní péče. Je dokázáno, že snížení aktivity seniora sebou nese negativní důsledky jak v oblasti somatické, tak i psychické a sociální (Vostrý a Veteška, 2021, s.62).

Cílem aktivizace seniorů je nejen smysluplné využití volného času, ale především udržení nebo rozvíjení fyzické a psychické kondice (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.34). Aktivizační programy uspokojují potřeby seniora, umožňují se socializovat, posilují kognitivní funkce, snižují riziko vzniku imobilizačního syndromu spojeného s inaktivitou seniora a v neposlední řadě napomáhají s uvědoměním si vlastní hodnoty a seberealizací (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.12-13).

2.3.1 Druhy aktivit

Aktivizační programy se dají klasifikovat podle různých hledisek. Z hlediska počtu účastníků rozlišujeme aktivity individuální a skupinové, z hlediska osobnostních vlastností účastníků volíme aktivity aktivní či pasivní. V potaz bereme také záměr aktivity, která posiluje buď pohybovou stránku člověka nebo naopak kognitivní. A v neposlední řadě dělíme aktivity na pracovní, sebeobslužné a volnočasové, které by se měly vzájemně prolínat (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.17). Existuje nepřehledné množství aktivizačních programů. Předmětem práce není vyjmenovat a definovat všechny aktivity, a proto si zde uvedeme pro představu ty základní a v praxi nejvíce využívané. Mezi nejčastěji využívané aktivizační programy patří pohybová terapie, ergoterapie, zooterapie, muzikoterapie, arteterapie a v neposlední řadě také reminiscenční terapie, které se věnuji v následující kapitole teoretické části práce. Podstatné je při výběru aktivity přistupovat ke každému seniorovi individuálně, senior si aktivitu volí na základě svých potřeb a zájmů a jeho účast musí být vždy dobrovolná. Cílem aktivizace je spokojenost seniora a smysluplné využití volného času (Vostrý a Veteška, 2021, s.44-45).

2.3.2 Pohybová terapie

Pravidelná pohybová aktivita a cvičení je nezpochybnitelným přínosem pro každého člověka, seniory nevyjímaje. Pohyb pomáhá s udržením či posílením kondice, svalové síly, udržuje správný rozsah v kloubech. Mimo jiné pomáhá se snížením bolestí pohybového aparátu a navozuje pozitivní emoce. Je prevencí mnoha onemocnění a dokáže oddálit proces stárnutí (Klevelandová, 2017, s.142). Pravidelná pohybová aktivita má blahodárný vliv na činnost srdce a mozku, zvyšuje odolnost organismu a pomáhá člověku uvědomit si vlastní hodnotu a rozvíjet sebedůvěru (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.53).

Nejpřirozenějším pohybem pro člověka je chůze. Popularitu v posledních letech zažívá tzv. severská chůze neboli nordic walking, což je chůze za pomoci trekingových hůlek, které pomáhají člověku při chůzi zapojovat i horní partie těla, a především seniorovi pomáhají udržet rovnováhu při chůzi (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s.107). Mezi další vhodné aktivity patří plavání či cvičení ve vodě, jízda na kole nebo skupinová kondiční cvičení zaměřená na protažení celého těla a udržování svalové hmoty (Burda a Šolcová, 2016, s.52).

Výběr samotné aktivity bude brát v potaz zdravotní stav seniora, jeho věk, vztah ke sportovním aktivitám a zvyklostem. Důležité je seniora správně motivovat a edukovat, že jakákoli pohybová aktivita je pro jeho tělo i duši důležitá a že při déletrvajícím nečinnosti dochází během

pár týdnů ke ztrátám svalové a kostní hmoty, což sebou nese komplikace v podobě snížené mobility až imobility (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.46).

2.3.3 Ergoterapie

Ergoterapie, od slova ergon (práce) a therapia (léčení), je zdravotnický obor zabývající se diagnostikou a léčbou osob s funkčním omezením především v oblasti sebeobsluhy při běžných denních aktivitách (Kalvach et. al, 2011, s.202). „*Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, a tím zvýšit kvality jejich života.*“ (Kalvach et al., 2004 cit. podle Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.36).

Ergoterapie je klasifikována do pěti oblastí podle způsobu zaměření, a to na ergoterapii zaměřenou na nácvik denních činností (ADL), ergoterapii zaměřenou na nácvik pracovních dovedností, ergoterapii zaměstnáváním, ergoterapii funkční a ergoterapii zaměřenou na poradenství (Krivošíková, 2011, s.23). Ergoterapie je vhodná pro každého, bez omezení věku, s různým typem postižení. Nejčastěji je indikovaná u klientů, kde je prokázán deficit v soběstačnosti. Základem je vstupní vyšetření ergoterapeuta, sestavení ergoterapeutického procesu a provádění ergoterapeutických postupů individuálně dle postižení klienta, včetně následného vyhodnocení (Müller, 2014, s.441-442).

2.3.4 Zooterapie

Zooterapie, animoterapie, pet terapie, to všechno jsou názvy aktivizačního programu, jejichž společným jmenovatelem je terapie pomocí zvířecích mazlíčků. Je dokázané, že zvířata mají pozitivní účinek jak na fyzický, tak psychický stav pacientů. Při kontaktu se zvířetem dochází přirozeně k poklesu krevního tlaku, zpomalení srdečního rytmu, navození klidu a vyrovnanosti. Nemocný si při péči o zvíře může připadat užitečný, čímž se podporuje jeho sebevědomí, snižuje se úzkost a deprese (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.128).

V praxi se nejčastěji setkáme s canisterapií, což je terapie pomocí psa. Canisterapie vychází z toho, že pes je přirozeným společníkem člověka a jeho přítomnost působí příznivě na psychiku člověka (Aktivizace seniorů-tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů, [2018], s.86-87). Stále více populárními se však stávají i terapie pomocí ostatních zvířat, jako například koček (felinoterapie), koní (hipoterapie), papoušků (ornitoterapie), morčat (caviaterapie) a mnoha dalších. Platí, že ne každý pacient je vhodný pro terapii za pomoci zvířat, a proto je důležité, aby tato terapie byla aplikována u pacientů, kteří o ni jeví zájem. Terapii se zvířaty lze zajistit buď rezidenční formou, kdy je zvíře umístěno v pobytovém zařízení, kde je o něho postaráno anebo formou docházkovou, kdy v pravidelném

intervalu dochází terapeut se zvířetem do daného zařízení (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.128).

2.3.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie neboli terapie za pomoci hudby je další vhodnou aktivizační metodou, neboť pro většinu z nás je hudba součástí našich životů a vyvolává v nás příjemné pocity (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.43). Hudba působí harmonicky na tělesný i psychický systém, pomocí hudby můžeme seniora stimulovat ke zvýšené aktivitě nebo naopak zrelaxovat (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.115).

Muzikoterapie neznamena, že senior jen pasivně sedí a poslouchá hudbu. Naopak seniora je možné zapojit například zpěvem, hraním na hudební nástroj nebo se dá hudba využít i při jiné aktivizační metodě, jako doprovodný program například při cvičení (Mlýnková, 2011, s.172). Podle počtu účastníků rozlišujeme muzikoterapii individuální či skupinovou. Podle typu techniky rozeznáváme muzikoterapii aktivní, kdy účastníci aktivně zpívají, hrají na hudební nástroje, tančí nebo muzikoterapii pasivní, pro pasivní poslech hudby (Jiráček, 2013, s.243).

2.3.6 Arteterapie

Arteterapie neboli terapie výtvarným uměním, má pro seniora spoustu pozitivních účinků. Posiluje sebevědomí, pomáhá při navazování nových vztahů nebo posiluje ty stávající, trénuje kognitivní funkce, vzbuzuje v seniorovi zájem a chuť být aktivní a v neposlední řadě slouží ke smysluplnému využití volného času seniora (Lhotová, 2022, s.15).

Kreativní techniky mohou probíhat individuálně nebo skupinově. Existuje nepřeberné množství technik, od výtvarných přes práci s textilem, papírem a dalšími materiály. Důležité je správně zvolit techniku, se kterou budou senioři pracovat. Záleží na terapeutovi a jeho kreativitě, ale i na složení účastníků skupiny, jejich schopnostech a zdatnosti a také na prostorových možnostech, kterými zařízení disponuje (Aktivizace seniorů-tělesné a duševní programy včetně pracovních listů, [2018], s.92).

Nesmíme zapomínat, že se jedná o zájmovou aktivitu, a ne každý senior má vztah k výtvarným aktivitám, proto vybíráme seniory, kteří se sami chtějí aktivně účastnit. Obecně platí, že seniory pohání motivace, že výrobek jimi vytvořený udělá někomu radost, mohou jím obdarovat své blízké a nedělají tak tuto činnost bezúčelně (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.131).

2.4 Reminiscence

Reminiscence, z latinského *reminiscere* (což v překladu znamená vzpomenout si, obnovit v paměti), je terapeutický koncept, který pracuje se vzpomínkami klienta a aktivuje tak kognitivní funkce a komunikaci (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.93). Reminiscence také posiluje sebedůvěru a sebeúctu, podporuje sociální interakci a společenské začleňování, navozuje psychickou pohodu a v neposlední řadě slouží k prohloubení vztahu mezi seniorem a pečujícími (Klucká a Volfová, 2016, s.129).

2.4.1 Vymezení pojmu reminiscence

Reminiscence je aktivizační a validační metoda, která je nejčastěji využívána při práci se seniory. Je součástí mnoha modelů a konceptů péče o seniory, které jsou zaměřeny na člověka jako osobnost se svým specifickým životním příběhem, který je potřeba respektovat. Příkladem konceptů péče o seniory je například validační koncept péče dle Naomi Feil, psychobiografický model péče profesora Böhma, koncept smyslové aktivizace podle Lore Wehner nebo například koncept bazální stimulace podle profesora Frölicha. Společným cílem všech konceptů a modelů péče o seniory je znalost osobní historie člověka, včetně jeho zvyklostí a potřeb, díky čemuž můžeme poskytovat kvalitní, individualizovanou a holistickou péči (Janečková, Čížková a Nentvichová Novotná, 2015, s.24-26).

Reminiscence je v praxi často nazývána také jako reminiscenční terapie, a je za ni označován rozhovor terapeuta se seniorem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, prožitých událostech, zkušenostech, často s využitím pomůcek, ke kterým má senior vztah. Za ideální se považuje využití dobových fotografií, osobních fotografií seniora, dobovou hudbu či filmy nebo různé předměty ze života seniora (Matoušek a kol., 2013, s.288). Pojem reminiscenční terapie ale není zcela přesný, neboť se nejedná o terapii v rámci psychoterapie. Reminiscence ale má pro mnohé seniory až terapeutický účinek, a to z toho důvodu, že se mají senioři komu vypovídat, mají s kým sdílet svoje životní zkušenosti, získávají pocit, že se o ně někdo zajímá, což posiluje seniorovu sebedůvěru a sebevědomí (Janečková a Vacková, 2010, s.43).

2.4.2 Význam vzpomínání z ošetrovatelského pohledu

Reminiscence neboli vzpomínání je přirozenou součástí našich životů, neboť každý z nás dnes a denně vzpomíná, ať už záměrně nebo nevědomky. Vzpomínky dávají našemu životu smysl, mohou být zdrojem radosti, štěstí, ale i smutku a bolesti a podle toho se k nim můžeme rádi vracet anebo se je naopak snažíme vytěsnit (Klucká a Volfová, 2016, s.129).

Podle Janečkové a Čížkové (2021, s.12) je vzpomínání na prožité události našich životů důležité pro každého z nás, bez ohledu na věk, protože život každého z nás je tvořen zcela odlišným příběhem a jistě bychom si všichni přáli, aby naše životní cesta byla přijímána ve své jedinečnosti. Díky znalosti životního příběhu seniora dochází u pečujících k transformaci pohledu na seniora. Již se na seniora nedíváme pouze jako na pacienta, u kterého je nutné v rámci pracovních povinností splnit ošetrovatelské úkony, ale vnímáme seniora jako osobnost (Procházková, 2019, s.8). Dochází také k navázání hlubšího vztahu mezi pečujícím a seniorem, který je založený na úctě a respektu ke stáří (Klucká a Volfová, 2016, s.129). Vzpomínání má příznivý vliv nejen na ošetřující personál, ale i na rodinné příslušníky. Reminiscence pozitivně ovlivňuje mezigenerační vztahy, neboť pomáhá k hlubšímu poznání rodiče jakožto osobnosti se svým specifickým životním příběhem a zkušenostmi a tím i ke zkvalitnění mezigeneračních vztahů v rodině (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s.144).

Reminiscence se uplatňuje především v péči o seniory trpící syndromem demence. Demence bere seniorům paměť a radost ze života, a právě reminiscence napomáhá v člověku znovu probudit hrdost, důstojnost, sebedůvěru a celkově tak zlepšuje kvalitu života (Janečková a Čížková, 2021, s.35). Využití najde reminiscence i u zdravých seniorů v rámci aktivizace a prevence rozvoje kognitivního deficitu (Malíková, 2020, s.226).

Reminiscence je dostupná a snadno aplikovatelná aktivizační metoda, kterou lze uplatnit napříč zdravotními a sociálními zařízeními, ale i v domácím prostředí a komunitě, neboť vzpomínat se dá během dne v podstatě kdykoli a při jakékoliv příležitosti. Důležité je, aby pečující měli o seniora a jeho životní příběh zájem (Matoušek et. al, 2013, s.287-288).

2.4.3 Formy reminiscence

Reminiscence se dělí do tří základních forem. Podle počtu účastníků se reminiscenční setkání dělí na individuální a skupinové. Dále podle průběhu setkání na formální a neformální. A v neposlední řadě si můžeme reminiscenci rozdělit podle použitých komunikačních prostředků na verbální a neverbální (Fertaľová a Ondriová, 2020, s.53).

Individuální forma reminiscence označuje situaci, kdy se reminiscenční terapeut věnuje pouze jednomu seniorovi. Přírozeně zde dochází k vytvoření hlubšího vztahu mezi pečujícím a seniorem, založeném na důvěře (Klucká a Volfová, 2016, s.131). V rámci individuální terapie se zaměřujeme na rekapitulaci života, pomáháme se vyrovnat s bolestivými zážitky v životě a učíme se přijmout život takový, jaký je (Janečková a Vacková, 2010, s. 64). Při individuální terapii můžeme se seniorem vytvářet knihu života či vzpomínkovou krabici. Ideální je, pokud

se do tvorby knihy či krabice zapojí rodinní příslušníci, neboť tato spolupráce zlepšuje mezigenerační vztahy (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.102-104).

Skupinová forma reminiscence, se kterou se v praxi setkáme častěji, pracuje s větším počtem účastníků ve skupině. Cílem je především sociální začlenění seniorů, podpora komunikace napříč skupinou, zapojení jedinců do společných aktivit (Špatenková a Bolomská, 2011, s.47). Práce se skupinou může mít různé podoby, od prostého vyprávění příběhů a rozhovorů, přes výtvarné činnosti, společné zájmové aktivity (vaření, práce na zahradě), ale i kulturní aktivity, jakými jsou například hraní divadla, taneční večery s muzikou apod. (Janečková a Čížková, 2021, s.171).

Neformální reminiscence označuje spontánní vzpomínání, bez nutnosti speciální předchozí přípravy. Dá se aplikovat při jiných aktivizačních programech, ale i třeba během podávání jídla, péče o tělo, běžném rozhovoru se seniorem (Špatenková a Bolomská, 2011, s.28).

Formální reminiscence je cílená, předem naplánovaná aktivita, které se účastní omezený počet účastníků, kteří jsou předem seznámeni s termínem a průběhem setkání, tak, aby se na něho mohli připravit (Špatenková a Bolomská, 2011, s.28).

Verbální metoda pracuje především s vyprávěním, ale i zpěvem, recitací nebo například hraním divadla. Do verbální metody patří také tvorba životní knihy či psaní deníku. **Neverbální metoda** označuje pasivní prohlížení fotografií, naslouchání dobové hudbě, sledování starých filmů, pracovní činnosti nebo výtvarné techniky, kdy výsledkem práce je nějaký výrobek. Typickým příkladem neverbální výtvarné metody je tvorba vzpomínkových krabic (tzv. memory boxů) nebo vzpomínkových koláží (Janečková a Vacková, 2010, s.66-67).

V praxi se však běžně setkáváme s prolínáním všech forem reminiscenční terapie. Principem reminiscence není mít jasně stanovenou podobu, které se reminiscenční terapeut nebo pečující musí držet, podstatné ale je, že by se měla stát součástí každodenní péče o seniory (Špatenková a Bolomská, 2011, s.28-29).

2.4.4 Přístupy v reminiscenci

Janečková a Vacková (2010, s.23-30) dělí využívání vzpomínek (podle způsobu práce s nimi) na čtyři základní přístupy:

Narativní přístup pracuje s volně vyprávěnými vzpomínkami ze života, tzv. life story. Nejčastěji probíhá ve skupině a jeho cílem je zavzpomínat na příjemné zážitky, společně se pobavit, smysluplně využít čas (Janečková a Vacková, 2010, s.23).

Reflektující přístup (life review) má blíže k psychoterapii, jelikož jeho cílem je bilancování a rekapitulace. Tento přístup probíhá individuálně mezi seniorem a terapeutem a pomáhá seniorovi smířit se životem, takovým, jaký je, naučit se odpouštět, popřípadě se usmířit s blízkými (Janečková a Vacková, 2010, s.25).

Expresivní přístup (disclosure) pracuje s vyjadřováním emocí seniora, především těch negativních. Cílem je zlepšit psychickou stránku seniora, zmírnit úzkosti, naučit se otevírat bolestivá témata a nepotlačovat negativní emoce (Janečková a Vacková, 2010, s.29).

Informační přístup využívá vyprávění životního příběhu seniora v souvislosti s historickými událostmi, za účelem předání zkušeností a poučení mladší generaci (Janečková a Vacková, 2010, s.30).

2.4.5 Příprava reminiscenčního setkání

Pro reminiscenční setkání je důležité správně zvolené prostředí, ve kterém budou setkání probíhat. Zvláště pro skupinová setkání je vhodná prostorná, prosvětlená místnost s vhodně vybaveným nábytkem a dekoracemi. Pokud není v možnostech zařízení vyčlenit samostatnou místnost, pak kompromisem může být vytvoření reminiscenčního koutku (Špatenková, Bolomská, 2011, s.50). Pro vyvolání vzpomínek je vhodné mít připravené pomůcky, které slouží jako spouštěče vzpomínek (tzv. triggers). Může se jednat o osobní fotografie seniora, dobové dokumenty, osobní předměty seniorů, filmy pro pamětníky, dobovou hudbu, cokoli, co pobídne člověka k přirozenému vzpomínání (Klucká a Volfová, 2016, s.131).

Dalším důležitým aspektem je také správné načasování aktivity. Reminiscence by měla probíhat v pravidelných intervalech, alespoň 1x týdně po dobu cca 45 min. Délka setkání by neměla být příliš krátká, ani dlouhá, aby všichni účastníci dokázali udržet pozornost. Za doporučenou vhodnou denní dobu se považuje dopolední čas mezi 10-11 hodinou nebo pak odpoledne mezi 14-16 hodinou. Tento aspekt je však individuální v každé instituci (Špatenková, Bolomská, 2011, s.50-51). Účastníci by měli být dopředu informováni o termínu konání a tématu, které bude probíráno, například prostřednictvím vyrobených pozvánek, tak aby se mohli dopředu na setkání připravit (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.98).

Také výběr tématu a složení účastníků skupiny je neméně důležité. Zpočátku je vhodné zvolit základní, neutrální témata, jakými jsou například místo bydliště, školní docházka, cestování, zaměstnání, koníčky, vztahy apod. Později je možné zařadit i náročnější témata, leckdy emočně zabarvená, jako například život za války, životní krize, historické události apod. (Janečková a Čížková, 2021, s.175-176). Za ideální počet je považováno 6-8 účastníků skupinového setkání,

tak aby byl poskytnut prostor k vyjádření se opravdu každému (Špatenková a Bolomská, 2011, s.48). Při výběru účastníků skupiny bereme v potaz, zda se jedná o skupinu otevřenou, kdy může na setkání přijít kdokoli, kdo má zájem vzpomínat nebo zda se jedná o skupinu uzavřenou, kdy jsou členové skupiny vybráni na základě společného kritéria, jakým je například podobný věk, místo bydliště, vzdělání apod. (Janečková a Čížková, 2021, s.173-174). V případě, že se účastní setkání i senioři se specifickým postižením, je nutné upravit dění ve skupině. Za ideální je považována možnost vytvořit skupinové setkání zvlášť pro seniory bez postižení a zvlášť pro seniory trpící poruchou kognitivních funkcí (Aktivizace seniorů – tělesné a duševní programy včetně pracovních listů, [2018], s.16).

Senioři by měli být seznámeni s tím, proč mají vzpomínat. Je důležité, aby věděli, že nás jejich vzpomínky a zážitky zajímají, že má smysl předávat svoje zkušenosti a moudrosti mladším generacím a že jejich životní příběhy pro nás mají hodnotu (Janečková a Čížková, 2021, s.125). Přínosné je také zapojení rodinných příslušníků, kteří se mohou účastnit reminiscenčního setkání, přinést osobní předměty a fotografie svého příbuzného, pomoci zařídit pokoj seniora, tak aby senior měl pocit bezpečí a známého prostředí. Mohou také se svým blízkým vytvořit životní knihu, sestavit rodokmen či vzpomínkovou krabici, což upevňuje vztahy napříč rodiny (Janečková a Vacková, 2010, s.113).

2.4.6 Průběh reminiscenčního setkání

Skupinová vzpomínková terapie není vhodná pro každého, a proto je vhodné provést vstupní pohovor se seniorem, ještě před samotným zařazením seniora do reminiscenční skupiny. Z pohovoru zjistíme, zda je senior introvertní či extrovertní povahy, zda rád pobývá v kolektivu nebo je samotář, zda je schopen se slovně vyjádřit, zda není omezen nějakými tělesnými či psychickými vadami. Zajímat nás budou i seniorovy záliby a potřeby, které ho naplňují nebo naplňovaly v minulosti. I přesto, že senior disponuje vhodnými vlastnostmi pro skupinovou terapii, na základě vstupního rozhovoru, neznamená, že se jí musí zúčastnit. Nesmíme zapomínat, že účast na jakékoli formě reminiscence je vždy dobrovolná a my musíme respektovat rozhodnutí seniora (Klucká a Volfová, 2016, s.129-130). Existují senioři, kteří by se rádi účastnili skupinové terapie, ale jsou stydliví, uzavření, mají obavy o přijetí do skupiny dalšími členy, ostýchají se mluvit o svých zkušenostech, mají pocit, že jejich životní příběh nebude zajímavý nebo jsou pro ně některé vzpomínky bolestivé a raději by se jim věnovali při terapii individuální (Špatenková, 2013, s.67).

Každé setkání musí být vhodně zahájeno a vedeno až k samotnému závěru reminiscenčním terapeutem (facilitátorem). Reminiscenční terapeut by měl disponovat vhodnými vlastnostmi, a to především uměním naslouchat, motivovat a podporovat účastníky skupiny, věnovat dostatek prostoru pro vyjádření se všem účastníkům (Aktivizace seniorů – tělesné a duševní programy včetně pracovních listů, [2018], s.123). Reminiscenční terapeut by měl být také empatický, trpělivý, komunikativní a v neposlední řadě by se měl zajímat o seniory a jejich vzpomínky (Špatenková a Bolomská, 2011, s.43-44).

Na počátku každého setkání by měl terapeut přivítat účastníky, sdělit jim důvod a průběh setkání, stanovit základní pravidla, která se budou dodržovat a až posléze přistoupit k samotnému rozhovoru. Pro navození příjemné atmosféry je možné seniorům nabídnout kávu, případně drobné občerstvení (Špatenková a Bolomská, 2011, s.51-52). Terapeut je zodpovědný za hladký průběh setkání a mělo by být v jeho schopnostech vést setkání tak, aby se všichni členové skupiny vzájemně respektovali, naslouchali jeden druhému, neskákali si do řeči, nekritizovali druhé a nerušili průběh setkání například povídáním si se sousedem. Terapeut by měl také umět předcházet a zvládat konfliktní situace, ke kterým může dojít napříč různými názory jednotlivců (Janečková a Vacková, 2010, s.94). Před ukončením setkání je důležité zrekapitulovat a zhodnotit průběh setkání, dát prostor účastníkům vyjádřit se jak k samotnému sezení, tak i k facilitátorovi, a případně domluvit téma dalšího setkání (Janečková a Čížková, 2021, s.107).

Jak již bylo zmíněno, reminiscence je snadno aplikovatelná a užitečná aktivizační metoda, která pracuje s vybavováním vzpomínek ze života seniora. Díky znalosti životního příběhu se mezi pečujícími a seniorem vytváří hlubší vztah, mění se pohled pečujících na seniora, jako na osobnost, která si zaslouží úctu a respekt. Práce se vzpomínkami pomáhá seniorovi zlepšit kognitivní funkce a komunikaci, obohacuje emoční život, čímž pomáhá udržovat stávající vztahy a navazovat nové, což utvrzuje seniora v pocitu, že je pro nás důležitým a že ještě někam patří (Procházková, 2019, s.57). Proto bychom reminiscenci neměli vnímat jen jako aktivizační metodu pro vyplnění volného času seniora, ale jako celkový přístup v péči o seniory, kdy se na základě znalosti životního příběhu budeme snažit seniorům porozumět a poskytovat tak individuální kvalitní péči (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.64).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

V teoretické části byla shrnuta problematika stárnutí a stáří, aktivizace seniorů a reminiscence, jakožto aktivizační techniky při práci se seniory. Praktická část, která navazuje na část teoretickou, si klade za hlavní cíl zjistit jaké jsou znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence a jak velký zájem by ošetrovatelský personál a pacienti sledovaného zařízení jevíli o zavedení reminiscence do pravidelného programu aktivizačních technik.

3.1 Výzkumné otázky

1. Jakých aktivizačních programů se senioři účastní na vybraném oddělení?
2. Jaká je úroveň znalostí ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence?
3. Jaký zájem projevuje ošetrovatelský personál o zavedení reminiscence do programu aktivit?
4. Jak budou senioři reagovat na absolvované reminiscenční setkání?
5. Jak velký zájem budou mít senioři o zavedení reminiscence do pravidelného programu?

3.2 Metodika výzkumné části

V této práci byl použit smíšený výzkum, s využitím kvantitativních a kvalitativních prvků. Smíšený výzkum představuje využití kombinace kvantitativních a kvalitativních metod v rámci jednoho výzkumu, což umožňuje hlubší porozumění výzkumnému problému, zejména pokud samotný kvantitativní nebo kvalitativní výzkum neposkytuje dostatečné odpovědi na výzkumnou otázku (Tahal, 2022, s.202). Kvantitativní výzkum je zaměřen na rozsáhlejší soubor respondentů s cílem zachytit názory a chování jedinců co nejvíce standardizovaně. Naopak kvalitativní výzkum umožňuje hlouběji zkoumat chování a reakce menšího počtu respondentů (Foret a Melas, 2021, s.21).

Výzkumné šetření bylo rozděleno do dvou částí. První část výzkumu byla zaměřena na ošetrovatelský personál, který vyplňoval anonymní dotazník zaměřený na postoje k aktivizaci seniorů, znalosti v oblasti reminiscence a zájmu o její zavedení do praxe. Druhá část výzkumu byla zaměřena na hospitalizované seniory, kteří se dobrovolně zúčastnili reminiscenčního setkání, během kterého byly pozorovány reakce všech 11 zúčastněných seniorů a následně byla prostřednictvím krátkého dotazníku zjišťována spokojenost seniorů s proběhlou aktivitou a zájem o zavedení reminiscenčních aktivit do pravidelného programu, které oddělení nabízí. Hlavním výzkumným nástrojem pro sběr dat v této práci bylo dotazování a pozorování. Dotazování je metoda charakteristická shromažďováním informací od respondentů buď v písemné podobě, prostřednictvím dotazníku anebo formou ústní, v podobě rozhovoru

(Průcha, 2014, s.114). Pozorování je metoda získávání informací, která umožňuje sledovat a hodnotit reakce a chování jedince, aniž bychom mu pokládali dotazy (Tahal, 2022, s.182).

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl tvořen ošetrovatelským personálem a pacienty lůžkového oddělení ošetrovatelské péče (LOOP) sledovaného zdravotnického zařízení. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni geriatrictí pacienti s chronickým onemocněním nebo po prodělání akutního onemocnění, již ve stabilizovaném stavu, a to až po maximální možnou tříměsíční délku hospitalizace. Těmto pacientům je nepřetržitě poskytována odborná ošetrovatelská péče společně s podpurným aktivizačním programem. Celková kapacita oddělení je 85 lůžek, které jsou následně rozděleny do dvou podlaží, kdy první podlaží zaujímá kapacitu 40 lůžek a druhé podlaží zbývajících 45 lůžek. Pacienti jsou přijímáni k hospitalizaci z jiných zdravotnických či sociálních zařízení, ale i z domácího prostředí.

Celkem se výzkumného šetření účastnilo 40 zaměstnanců a 11 pacientů lůžkového oddělení ošetrovatelské péče. Jak již bylo řečeno, výzkumné šetření bylo rozděleno do dvou částí. Soubor respondentů v první části výzkumu byl tvořen ošetrovatelským personálem, a to konkrétně 20 všeobecnými/praktickými sestrami, 16 sanitáři/ošetrovatelkami, 3 staničními/vrchními sestrami a 1 ergoterapeutem. Zařazení do výzkumu nebylo limitováno pohlavím ani věkem. Průměrný věk ošetrovatelského personálu byl 43 let, nejmladší respondent byl ve věku 20 let, naopak nejstaršímu respondentovi bylo 61 let. Míru dosaženého vzdělání, celkovou délku praxe ve zdravotnictví a délku praxe na geriatrii u respondentů zobrazují následující tabulky.

Tabulka 1 - Úroveň dosaženého vzdělání ošetrovatelského personálu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
VŠ/VOŠ	12	30
SOŠ s maturitou	17	42,5
SOU s vyučením	11	27,5
Celkem	40	100

12 respondentů (30 %) vystudovalo vyšší odbornou školu nebo vysokou školu, 17 respondentů (42,5 %) vystudovalo střední odbornou školu s maturitou a 11 respondentů (27,5 %) vystudovalo střední odborné učiliště s výučním listem.

Tabulka 2 - Délka praxe ošetrovatelského personálu ve zdravotnictví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
0–9 let	15	37,5
10–19 let	8	20
20–29 let	11	27,5
30 a více let	6	15
Celkem	40	100

Průměrná délka praxe ve zdravotnictví byla 15 let. 15 respondentů (37,5 %) má praxi dlouhou do 9 let, 8 respondentů (20 %) pracuje ve zdravotnictví 10-19 let, 11 respondentů (27,5 %) má praxi dlouhou více než 20 let a 6 respondentů (15 %) pracuje ve zdravotnictví více než 30 let.

Tabulka 3 - Délka praxe ošetrovatelského personálu na geriatrickém oddělení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Méně než 10 let	29	72,5
11–20 let	8	20
21–30 let	3	7,5
Celkem	40	100

Průměrná délka praxe na geriatrickém oddělení byla 8 let. Naprostá většina respondentů (72,5 %) pracuje se seniory méně než 10 let, zbývajících 11 respondentů (27,5 %) pracuje se seniory více než 10 let, z toho 3 respondenti (7,5 %) dokonce více než 20 let.

Soubor respondentů druhé části výzkumu tvořili hospitalizovaní pacienti. Zařazení do výzkumu nebylo limitováno pohlavím ani věkem. Podmínkou pro zařazení seniorů do výzkumu bylo dobrovolné vyjádření souhlasu s účastí na skupinovém setkání a podepsání informovaného souhlasu (viz příloha D). Seniori byli vybráni prostým záměrným výběrem. Účastnili se všichni seniori, kteří projevíli zájem účastnit se vzpomínkového setkání. Celkem se účastnilo 11 seniorů, z toho 7 žen a 4 muži. Jednalo se o orientované seniory ve věku 75-90 let, kteří podle zdravotnické dokumentace neměli diagnostikovanou poruchu kognitivních funkcí. Všichni účastníci byli informováni o tématu práce, účelu výzkumu a bylo jim přislíbeno zachování anonymity. Jejich účast byla dobrovolná.

3.4 Technika sběru dat

Výzkumné šetření probíhalo od 1.července do 30.listopadu 2022 v odborném rehabilitačním ústavu, kde je poskytována následná a dlouhodobá péče pro děti a dospělé. Jedná se o zařízení, které je přímo řízenou organizací MZČR se sídlem v Pardubickém kraji. Se zahájením šetření nejprve vyjádřily souhlas náměstkyně pro ošetřovatelství a vrchní sestra lůžkového oddělení ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelský personál vyplňoval anonymní dotazník vlastní tvorby (viz příloha B). Při tvorbě dotazníku je třeba dávat pozor na jeho správné sestavení. Kvalitní dotazník by měl být formulován tak, aby co nejpřesněji odpovídal na to, co je pro nás směrodatné, dále by měl být stručný a srozumitelný, tak aby respondentům nečinilo problém odpovídat na jednotlivé otázky a v neposlední řadě by měl být anonymní (Foret a Melas, 2021, s.41-42). Neméně důležitý je také celkový dojem dotazníku, který by měl být pro respondenta zajímavý a nenáročný na vyplnění. V úvodu dotazníku by měl být stručně vysvětlen smysl dotazníku, tak aby měli respondenti motivaci dotazník správně vyplnit. Jednotlivé otázky by neměly být příliš dlouhé a pracné na zodpovězení. Určitou důležitost zaujímá také řazení otázek. Obecně platí, že jednoduché otázky se umísťují na začátek dotazníku, nejdůležitější se umísťují do střední části dotazníku a otázky identifikační, zahrnující demografické údaje se umísťují na samotný závěr dotazníku (Chráska, 2016, s.164-165).

Dotazníkové šetření bylo zvoleno z důvodu možného oslovení většího počtu respondentů. Dotazníky byly odevzdány v tištěné podobě. Obsah dotazníku byl tvořen 20 otázkami. Jednalo se o 9 uzavřených otázek, 2 otázky otevřené, 4 otázky filtrační a na závěr 5 otázek identifikačních. Uzavřené otázky byly tvořeny 3 otázkami polytomickými výběrovými a 6 otázkami trichotomickými. Uzavřené otázky slouží respondentovi k označení jedné z nabízených odpovědí, otevřené otázky naopak respondentovi nevnucují nabízené odpovědi, ale poskytují možnost se volně vyjádřit (Průcha, 2014, s.115). Nevýhodou otevřených otázek je těžší vyhodnocování vzhledem k variabilitě odpovědí, proto je nutné odpovědi kategorizovat, aby byla zajištěna určitá přehlednost v získaných informacích. Otázky dichotomické nabízí dvě odpovědi vzájemně vylučující se, v případě trichotomických je na výběr ze tří vzájemně se vylučujících odpovědí. Polytomické výběrové otázky předkládají respondentovi na výběr z několika odpovědí, z nichž musí vybrat pouze jednu (Chráska, 2016, s.160-161). Filtrační otázky rozdělují jedince do podskupin, které následně odpovídají na odlišné otázky podle toho, jak na filtrační otázku odpověděli (Foret a Melas, 2021, s.50). Identifikační neboli

demografické otázky se řadí mezi položky zjišťující fakta a nevyžadují velkou námahu při odpovídání, tudíž je vhodné je zařadit na konec dotazníku (Chráška, 2016, s.163).

Hospitalizovaní senioři se dobrovolně účastnili reminiscenčního setkání, během kterého byly sledovány jejich projevy a reakce. Pozorování musí být v rámci výzkumu plánované a systematické, což znamená, že pozorovatel má předem stanovené, kdy, za jakých podmínek a jaký soubor chce pozorovat. V kvalitativním výzkumu se používá pozorování nestrukturované, kdy pozorovatel zaznamenává sledované jevy, tak jak probíhají, bez jakéhokoli kategorizování (Průcha, 2014, s.112-113). Naopak v kvantitativním výzkumu se využívá pozorování strukturované, kdy má pozorovatel jasně stanovené jevy, které bude sledovat a ty následně zařazuje do kategorií na záznamovém listu (Foret a Melas, 2021, s.55). Rozhovor je způsob sběru dat, při kterém dochází k přímému slovnímu kontaktu mezi výzkumníkem a respondentem, který umožňuje lepší porozumění motivům a postojům respondentů. Rozeznáváme rozhovor strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný (Chráška, 2016, s.176). Strukturovaný rozhovor je charakteristický jasně definovaným scénářem, který chce tazatel probrat. Polostrukturovaný rozhovor poskytuje tazateli určitou flexibilitu, kdy na základě svých zkušeností a postojů reaguje během rozhovoru na odpovědi a názory respondentů. Na rozdíl od toho nestrukturovaný rozhovor je zcela otevřený a bez předem daného scénáře (Tahal, 2022, s.44). Na konci reminiscenčního setkání byl každý účastněný dotázan třemi základními otázkami, zjišťujícími spokojenost respondentů se vzpomínkovým setkáním a zájem o zavedení vzpomínkových aktivit do pravidelného aktivizačního programu (viz příloha C).

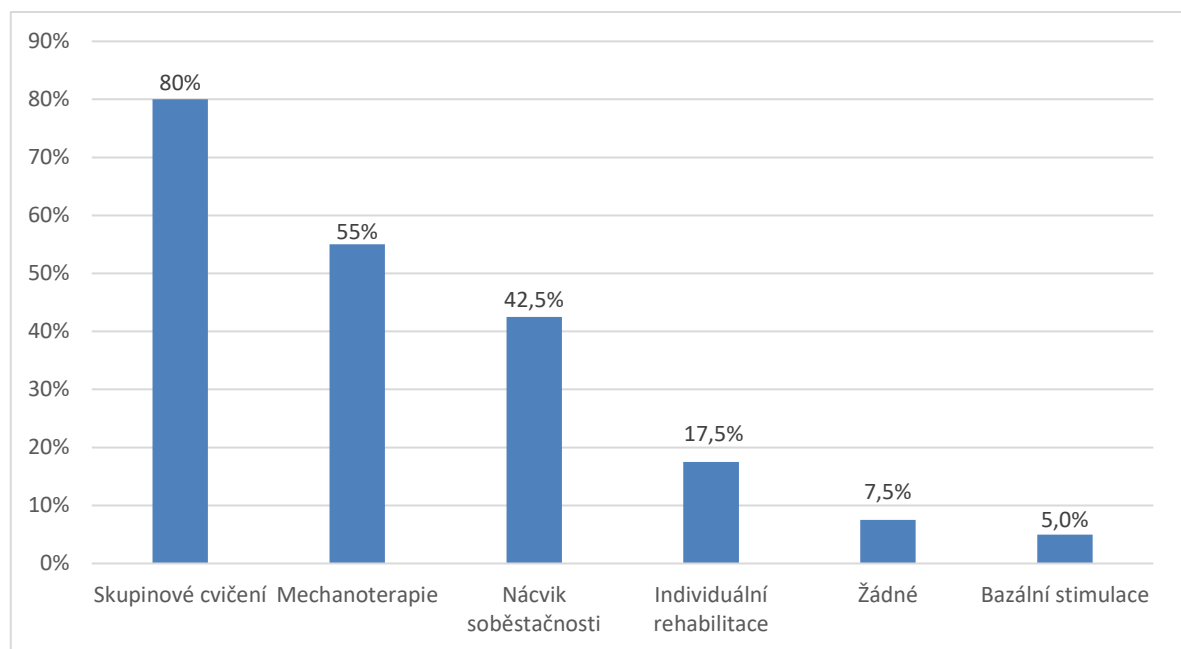
3.5 Analýza dotazníku pro zaměstnance

Dotazník pro zaměstnance se týkal aktivizace seniorů na oddělení a reminiscence. Obsahoval otázky, které zjišťovaly, jak často a jakými aktivizačními technikami jsou senioři v zařízení aktivizováni, jaké jsou znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence a jaký je zájem o zavedení reminiscence do pravidelného programu.

Celkem bylo v zařízení odevzdáno 45 dotazníků, návratnost byla 42 dotazníků (93 %), neboť tři dotazníky nebyly vyplněné vůbec. K následnému vyhodnocení však bylo použito 40 dotazníků (89 %), neboť dva dotazníky byly vyplněny nesprávně. Získaná data byla posléze zpracována v programu Microsoft Office Excel a Word a prezentována prostřednictvím grafů a tabulek se slovním popisem. Dle vhodnosti byly použity relativní a absolutní četnosti. Uvedený dotazník tvoří přílohu této práce.

3.5.1 Prezentace výsledků dotazníku pro zaměstnance

1. **Provádíte na vašem oddělení nějaké aktivizační činnosti pro seniory? Pokud ano, uveďte jaké:**



Obrázek 1 - Grafické znázornění otázky č.1, dotazník pro zaměstnance

Na tuto otázku odpovědělo 37 zaměstnanců (92,5 %) kladně, pouze 3 zaměstnanci (7,5 %) uvedli, že na oddělení neprovádí žádné aktivizační činnosti. Mezi ty nejvíce zmiňované aktivity patří skupinové cvičení, mechanoterapie, nácvik soběstačnosti a individuální rehabilitace.

2. Jak často aktivizujete seniory na vašem oddělení?

Tabulka 4 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 2

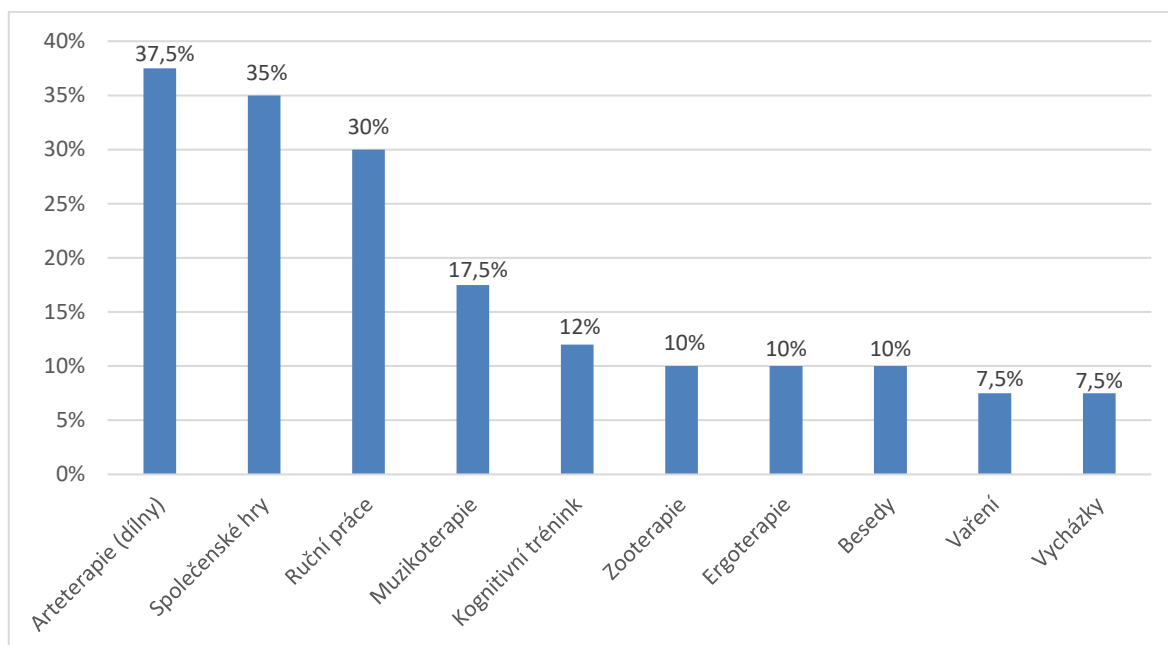
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Denně	35	87,5
2x – 3x týdně	0	0
Výjimečně	5	12,5
Celkem	40	100

35 zaměstnanců (87,5 %) odpovědělo, že senioři jsou na oddělení aktivizováni denně, 5 zaměstnanců (12,5 %) uvedlo, že jsou senioři aktivizováni výjimečně. Odpověď 2 - 3x týdně nevolil žádný z respondentů.

3. Je podle vás aktivizace seniorů důležitá?

39 respondentů (97,5 %) uvedlo, že považují aktivizaci seniorů za velmi důležitou, jediný respondent (2,5 %) se domnívá, že nedokáže tuto oblast posoudit.

4. Myslíte si, že by na vašem oddělení mohlo probíhat více aktivit pro seniory? Pokud ano, uveďte jaké:



Obrázek 2 - Grafické znázornění otázky č.4, dotazník pro zaměstnance

38 zaměstnanců (95 %) odpovědělo, že by na oddělení mohlo probíhat více aktivit pro seniory. 2 zaměstnanci (5 %) považují aktivity, které oddělení seniorům nabízí, za dostatečné.

Největšímu zájmu by se těšily terapeutické dílny, hraní společenských her, ruční práce a muzikoterapie.

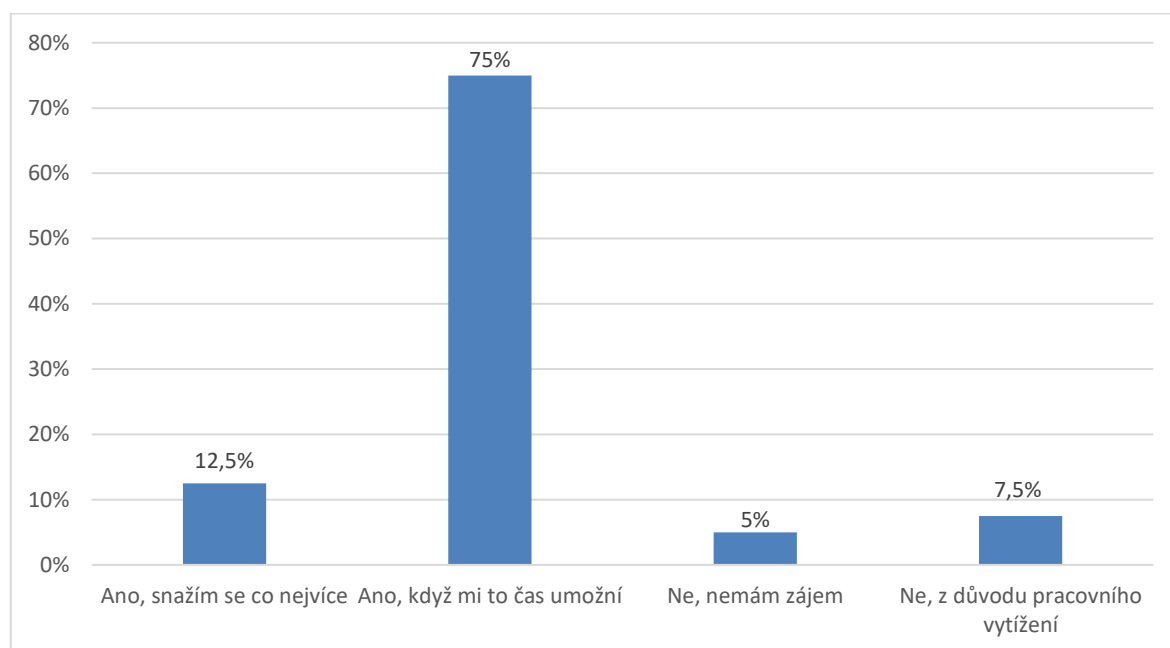
5. Svěřují se Vám senioři často se svými životními příběhy?

Tabulka 5 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 5

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, většina seniorů	13	32,5
Ano, někteří senioři	27	67,5
Ne	0	0
Celkem	40	100

27 dotázaných (67,5 %) uvedlo, že se jim svěřují jen někteří senioři, 13 dotázaných (32,5 %) uvedlo, že se jim svěřuje většina seniorů. Žádný z dotázaných neoznačil odpověď ne.

6. Vzpomínáte rádi se seniory?



Obrázek 3 - Grafické znázornění otázky č.6, dotazník pro zaměstnance

30 zaměstnanců (75 %) uvedlo, že vzpomínají rádi, pokud jim to čas umožní. 5 zaměstnanců (12,5 %) uvedlo, že vzpomínají se seniory, co nejvíce to jde. 3 zaměstnanci (7,5 %) uvedli, že nevzpomínají z důvodu pracovního vytížení a 2 zaměstnanci (5 %) nevzpomínají, protože nemají zájem.

7. Myslíte si, že má vzpomínání pozitivní vliv na seniory?

37 respondentů (92,5 %) si myslí, že vzpomínání má pozitivní vliv na seniory, odpověď nevím zvolili 2 respondenti (5 %) a za nedůležité považuje vzpomínání jeden respondent (2,5 %).

8. Víte, co znamená pojem „reminiscenční terapie“? Pokud ano, uveďte a poté pokračujte na otázku č.10.

21 respondentů (52,5 %) odpovědělo na otázku kladně, všichni správně označili reminiscenční terapii za vzpomínkovou terapii, práci se vzpomínkami. 19 respondentů (47,5 %) nemá tušení, co reminiscenční terapie znamená.

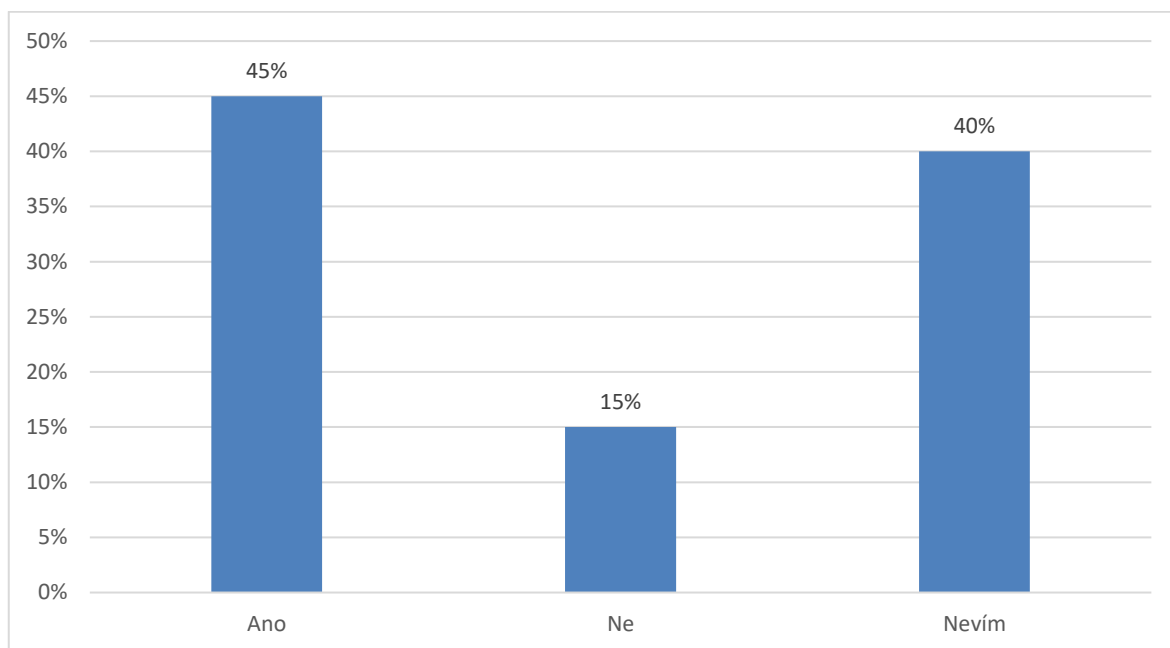
9. Co si představujete pod pojmem reminiscenční terapie? (Neodpovídejte, pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano)

Všech 19 respondentů (47,5 %) shodně odpovědělo na otázku, co si představují pod pojmem reminiscenční terapie, nevím.

10. Provádíte na oddělení nějaké reminiscenční aktivity? Pokud ano, uveďte jaké.

38 respondentů (95 %) shodně odpovědělo, že na oddělení neprobíhají žádné vzpomínkové aktivity. Pouze dva respondenti (5 %) označili za vzpomínkovou terapii prostý rozhovor s pacienty a bazální stimulaci.

11. Měl byste zájem se aktivně účastnit reminiscenčních setkání se seniory?



Obrázek 4 - Grafické znázornění otázky č.11, dotazník pro zaměstnance

Na tuto otázku kladně odpovědělo 18 respondentů (45 %), 16 respondentů (40 %) neví, zda by měli zájem o aktivní účast na reminiscenčním setkání a pouhých 6 respondentů (15 %) odpovědělo, že zájem nemají.

12. Měl byste zájem si doplnit/ rozšířit své znalosti v oblasti reminiscence a účastnit se tak semináře, školení či kurzu?

Tabulka 6 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 12

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, měl bych zájem	28	70
Ne, neměl bych zájem	7	17,5
Nevím	5	12,5
Celkem	40	100

28 respondentů (70 %) odpovědělo, že by měli zájem doplnit či rozšířit své znalosti v oblasti reminiscence. 5 respondentů (12,5 %) neví, zda by měli zájem si doplnit znalosti a 7 respondentů (17,5 %) odpovědělo, že zájem nemají.

13. Měl byste zájem o zavedení reminiscence do pravidelného aktivizačního programu seniorů? Pokud ne, uveďte důvod proč.

Tabulka 7 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č.13

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	29	72,5
Ne	4	10
Nevím	7	17,5
Celkem	40	100

29 respondentů (72,5 %) odpovědělo, že by měli zájem o zavedení reminiscence do pravidelného programu, 7 respondentů (17,5 %) odpovědělo, že neví a 4 respondenti (10 %) odpověděli, že zájem nemají. Nejčastěji zmiňovaným důvodem nezájmu je nedostatek personálu, a dále nedostatek prostoru a prostý nezájem o tuto tematiku.

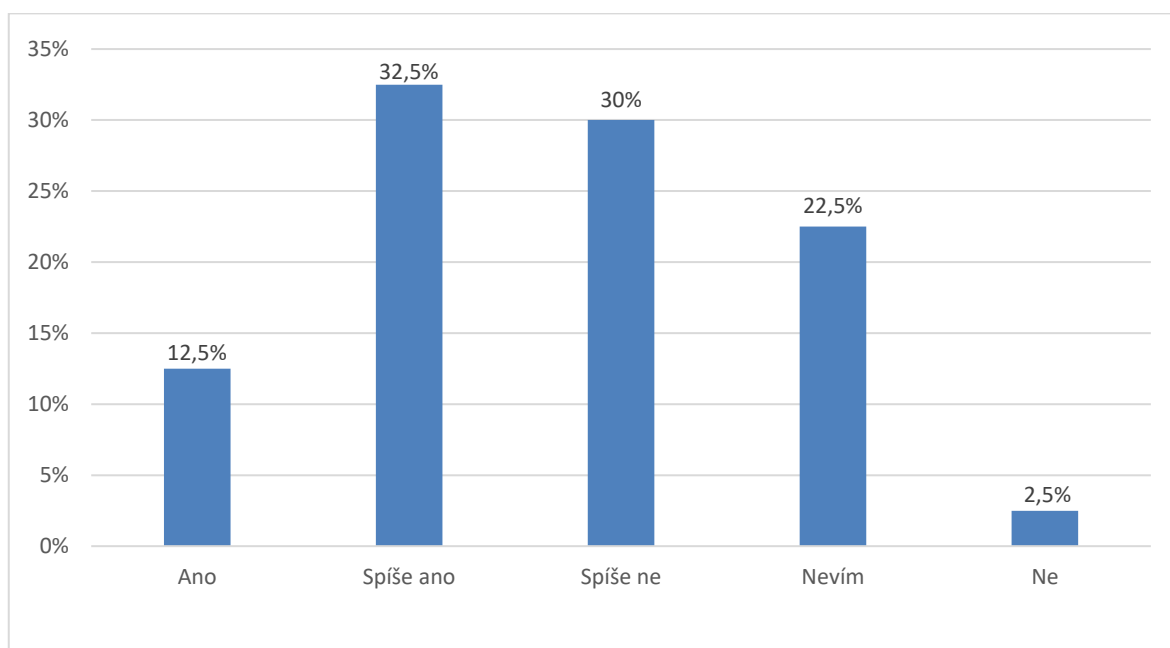
14. Myslíte si, že by senioři měli zájem o zavedení pravidelných setkávání za účelem vzpomínání?

Tabulka 8 - Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 14

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, větší část seniorů	15	37,5
Ano, menší část seniorů	14	35
Nevím	11	27,5
Ne, neměli by zájem	0	0
Celkem	40	100

15 respondentů (37,5 %) si myslí, že by o reminiscenci měla zájem větší část seniorů, 14 respondentů (35 %) se domnívá, že by o reminiscenci měla zájem jen menší část seniorů. 11 respondentů (27,5 %) odpovědělo, že neví, zda by měli senioři zájem o zavedení reminiscence do pravidelného programu a nikdo z dotázaných si nemyslí, že by senioři o tuto aktivitu zájem neměli.

15. Myslíte si, že by vaše zařízení poskytlo podmínky pro realizaci reminiscenčních setkání na vašem oddělení?



Obrázek 5 - Grafické znázornění otázky č.15, dotazník pro zaměstnance

5 respondentů (12,5 %) se domnívá, že by zařízení zcela jistě poskytlo podmínky pro realizaci reminiscence na oddělení. 13 respondentů (32,5 %) odpovědělo, že by zařízení zřejmě poskytlo vhodné podmínky pro realizaci. 12 respondentů (30 %) se domnívá, že by zařízení spíše neposkytlo vhodné podmínky, 9 respondentů (22,5 %) odpovědělo, že neví, zda by zařízení poskytlo podmínky či nikoliv a pouhý 1 respondent (2,5 %) se domnívá, že by zařízení zcela určitě neposkytlo vhodné podmínky pro zavedení reminiscence.

3.6 Průběh reminiscenčního setkání

V rámci druhé části výzkumu proběhlo reminiscenční setkání s pacienty na téma Vánoce. Toto setkání se uskutečnilo první adventní neděli a to 27.listopadu 2022 v 15:00. Tento čas byl zvolen záměrně proto, že pacienti mají odpoledne osobní volno a ti, kteří netráví čas s návštěvou svých příbuzných a známých mohli uvítat zpestřující program. Výběr seniorů byl zcela záměrný. Všichni pacienti, kteří zůstali na oddělení a neměli to odpoledne návštěvu, byli osobně informováni o možnosti účastnit se setkání, které se koná na jídelně a je zaměřené na společné vybavování vzpomínek. Seniori byli také seznámeni s tématem setkání a dobrovolností aktivity.

Celkem se účastnilo 11 pacientů ve věku 75-90 let, z toho sedm žen a čtyři muži, kteří projevíli zájem vzpomínat ve skupině. Skupina byla heterogenní i co se týče zdravotního stavu a

soběstačnosti týče. Před začátkem reminiscenčního setkání byl každý účastník slovně otestován jednoduchým testem orientace, který je součástí MMSE testu (viz příloha E), který slouží jako hodnotící nástroj pro posouzení stavu kognitivních funkcí. Vzhledem k tomu, že žádný z účastněných netrpěl podle zdravotnické dokumentace demencí či jinou poruchou kognitivních funkcí, jsem nepovažovala za nutné provádět se seniory test v plném rozsahu. Senioři trpěli poruchou smyslového vnímání, ať už poruchou zraku, sluchu či obojím a poruchou mobility. Pouze čtyři senioři byli schopni samostatné chůze s francouzskými berlemi nebo chodítkem, zbývajících sedm seniorů se pohybovalo na mechanickém invalidním vozíku z důvodu jejich základní diagnózy. Většina seniorů hospitalizovaných na našem oddělení je polymorbidní a důvodem jejich hospitalizace jsou nejčastěji pouřazové a pooperační stavy spojené s hypomobilitou, ale i geriatrické syndromy. Mezi nejčastější akutní diagnózy patří stavy po ortopedických operacích kostí a kloubů, stavy po CMP. Mezi nejčastější chronické diagnózy patří diabetes mellitus II. typu, arteriální hypertenze, hyperlipoproteinémie, ICHS, CHRI, artróza, hyperplazie prostaty. Občas se na oddělení setkáme i se seniory trpící poruchou kognitivních funkcí, nejčastěji Alzheimerovou demencí či Parkinsonovou chorobou. Při příjmu každého pacienta je posuzována úroveň soběstačnosti prostřednictvím ADL testu základních všedních činností (Barthelův index). Tato hodnotící škála je součástí plánování ošetrovatelského procesu, jehož cílem je uspokojení potřeb pacienta (viz příloha F).

Vzhledem k tomu, že se jednalo o setkání, které bylo premiérou jak pro mě, tak pro seniory, jsem společné setkání pojala jako polostrukturovanou, spontánní aktivitu s volně vyprávěnými vzpomínkami všech zúčastněných, bez předchozího konkrétního výběru seniorů na základě společných vlastností, jakými může být například věk, místo bydliště, společné záliby, jak je tomu v rámci reminiscenční terapie doporučováno.

Pro navození příjemné atmosféry byla jídelna vyzdobena vánočním stromečkem, ozdobami a doplňky, stoly byly svátečně prostřeny a na nich se nacházelo drobné občerstvení, káva či čaj dle libosti. Senioři byli usazeni do kruhu, neboť je tento způsob zasedacího pořádku osobnější a senioři jsou zvyklí takto zasedat například během skupinového cvičení. Úvod byl zahájen symbolickým zazvoněním na zvonek, představením mé osoby a vysvětlením, proč a za jakým účelem se společně scházíme. Vysvětlila jsem seniorům zjednodušeně princip reminiscenční terapie a v čem tkví její pozitiva. Zároveň byli senioři požádáni, aby si vzájemně naslouchali, pokud možno si neskákali do řeči a respektovali jeden druhého při vyprávění svých vzpomínek. Společně jsme zapálili první adventní svíčku a pustili se do vyprávění. Zpočátku jsem musela seniory jednoho po druhém vybízet ke slovu, postupem času, zřejmě jak opadla nervozita nás

všech, se setkání proměnilo v příjemnou debatu, kdy jsem rozhovory již nemusela naplno režirovat a senioři se ve vyprávění doplňovali. Probírali jsme, jaký význam mají adventní neděle, jak vypadaly Vánoce dříve v porovnání s dnešní dobou, jaké se dodržovaly tradice, co bylo zvykem mít ke štědrovečerní večeři, jaké senioři obdrželi dárky, když byli dětmi. U tématu, jaké byly Vánoce dříve, v porovnání s dnešní dobou, jsme se poměrně zdrželi. Senioři měli tendence mluvit o tom, jaké Vánoce má dnešní mládež a že takhle dobře se oni sami neměli a paradoxně si toho více vážili. V tuto chvíli jsem si dovolila ze své pozice facilitátora skupiny zasáhnout a seniory navedla na další téma, a to tradic souvisejících s vánočními svátky, abychom se více věnovali minulosti a ne přítomnosti. Skupina byla vedena jako uzavřená, z toho důvodu abychom nebyli rušeni neustálým příchodem či odchodem dalších seniorů, kteří se zúčastnit nechtěli nebo měli návštěvu. Všimla jsem si však, že za dveřmi jídelny ze zvědavosti přihlíželi ostatní senioři, které zajímalo, co se na jídelně děje, neboť jsou zvyklí, že v tuto hodinu bývá jídelna prázdná. Před samotným závěrem setkání jsme si všichni společně zazpívali koledy. Mile mě překvapily i dvě mé kolegyně, které se, když jim to jejich pracovní povinnosti umožnily, zapojily do společného zpívání koled před závěrem setkání. Zde jsem byla velmi vděčná za jejich přítomnost, protože jsem velmi rychle zjistila, že mám rezervy ve znalostech celých textů vánočních koled, ale společnými silami jsme to všichni zvládli. Líbilo se mi, že se senioři aktivně zapojili do zpěvu a brali s humorem, že se nám všem občas popletly sloky jednotlivých písní. Na závěr setkání jsem všem seniorům poděkovala za jejich aktivní účast a společně jsme si všichni zatleskali. Po skončení aktivity jsem se každého účastníka dotázala, jestli se mu společné vzpomínkové setkání líbilo, zda naplnilo jeho očekávání a zda by měl zájem o zavedení vzpomínkových aktivit do pravidelného programu, ať už jako samostatné besedy nebo v kombinaci s dalšími aktivitami.

3.7 Analýza dotazníku zpětné vazby pacientů

Dotazník zpětné vazby pacientů (viz příloha C) se týkal spokojenosti s absolvovaným setkáním a zájmu o zavedení reminiscence do programu. Dotazník se skládal ze tří základních otázek, které zjišťovaly, zda byli senioři spokojeni se vzpomínkovým setkáním, zda byla naplněná jejich očekávání během absolvování setkání a zda by měli zájem o zavedení vzpomínkových aktivit do pravidelného programu. Každý účastník vzpomínkového setkání byl v závěru aktivity osobně dotázán a jeho odpovědi byly zaznamenány do záznamového archu, který jsem měla předem připravený. Získaná data byla následně vyhodnocena v programu Microsoft Office Word a prezentována prostřednictvím tabulek, kde byly použity absolutní a relativní četnosti.

3.7.1 Prezentace výsledků dotazníku zpětné vazby pacientů

1. Byl/a jste spokojen/a s absolvovanou aktivitou?

Tabulka 9 - Dotazník zpětné vazby pacientů, otázka č.1

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	11	100
Nevím	0	0
Ne	0	0
Celkem	11	100

Všech 11 pacientů (100 %) shodně sdělilo, že byli s aktivitou spokojeni a že se jim setkání líbilo. Žádný pacient neodpověděl záporně.

2. Naplnilo vzpomínkové setkání vaše očekávání?

Tabulka 10 - Dotazník zpětné vazby pacientů, otázka č.2

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	8	73
Nevím	2	18
Ne	1	9
Celkem	11	100

Na tuto otázku odpovědělo kladně 8 seniorů (73 %) a uvedli, že jim nedělní odpoledne příjemným způsobem uteklo a že měli pocit smysluplně stráveného odpoledne, kdy dělali něco užitečnějšího, než je sledování televize a čekání na večeri. 2 senioři (18 %) odpověděli, že neví a 1 senior (9 %) odpověděl, že jeho očekávání naplněna nebyla.

3. Měl/a byste zájem o zavedení vzpomínkových aktivit do pravidelného programu?

Tabulka 11 - Dotazník zpětné vazby pacientů, otázka č.3

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	9	82
Nevím	0	0
Ne	2	18
Celkem	11	100

Devět pacientů (82 %) by mělo zájem o zavedení vzpomínkových setkání, zejména seniorky by měly zájem o vzpomínání v kombinaci s vařením nebo manuálními pracemi. Pouze dva senioři (18 %) si myslí, že aktivity probíhající na oddělení jsou dostačující a že není třeba zavádět další aktivity.

3.8 Hodnocení reminiscenčního setkání

Skupinové setkání trvalo zhruba 60 minut a proběhlo bez nějakých větších komplikací. Senioři se vzájemně tolerovali, snažili se druhému dopřát prostor při vyjadřování jeho vzpomínek, a tak se celé vzpomínkové setkání neslo v pozitivním duchu a přátelské atmosféře. Vánoce jsem považovala za vhodně zvolené téma, neboť setkání probíhalo během první adventní neděle, která slouží jako počátek příprav na blížící se vánoční svátky. Venku navíc proletoval sníh. Z reminiscenčních pomůcek byly použity vánoční koledy a výzdoba jídelny. Během setkání byly vyzorovány pozitivní i negativní vlastnosti a projevy seniorů, které shrnuje následující tabulka. Jednalo se především o pocity radosti, spokojenosti, smysluplnosti, ale i odbíhání od tématu, pasivitu či přílišnou aktivitu některých seniorů.

Tabulka 12 - Sledované projevy seniorů

Pozitivní projevy a reakce	Aktivita, radost, humor, spokojenost, smysluplné trávení času, zájem o další aktivity, tolerance, respekt, ochota účastnit se, poskytnutí prostoru ostatním
Negativní projevy a reakce	Počáteční nervozita, obavy z neznámé aktivity, odbíhání od tématu, přílišná aktivita, skákání do řeči, pasivita

Vyozorovány byly také kladné a záporné vlastnosti ze strany facilitátora skupiny. Za překážky, které vznikly v souvislosti s mým nedostatkem zkušeností při vedení skupinových aktivit, považuji především nervozitu, ostych a obavy. Být facilitátorem skupiny byla pro mě zcela nová situace. Nikdy předtím jsem nebyla v podobné roli. Myslela jsem si, že role reminiscenčního facilitátora je snadná, rychle jsem však byla přesvědčena o opaku. Reminiscenční facilitátor má velkou zodpovědnost za přípravu a vedení skupiny až do samotného závěru. Zpočátku setkání jsem byla velice nervózní a narušovala tak atmosféru ve skupině, která sama o sobě byla napjatá, jelikož byli nervózní také seniori, kteří neměli tušení, co od setkání očekávat. Další překážkou byl chybně zvolený počet účastníků, který jak se ukázalo byl zbytečně velký. Ideálním počtem účastníků skupiny je 5-6 seniorů anebo v případě většího počtu účastníků přítomnost ještě druhého facilitátora. Velký počet účastníků na setkání způsobil, že ne každému účastníkovi se dostávalo stejného prostoru pro vyjadřování se. Nejprve jsem se snažila dávat prostor k vyjádření se každému účastníkovi postupně podle zasedacího pořádku, později, jak se debata přirozeně rozvíjela, se někteří seniori zapojovali více a někteří méně. Zejména zástupkyně ženského pohlaví měly tendence mluvit více než muži. Tuto situaci jsem ze své pozice nedokázala zcela ukočírovat. Naopak za vydařené považuji vhodně zvolené téma, které bylo dost neutrální pro všechny členy skupiny a zasedací pořádek, včetně včasného dopravení a usazení všech seniorů tak, aby setkání mohlo začít ve stanovenou dobu a nebylo nijak narušováno.

I přes překážky, které se v průběhu aktivity vyskytly, považuji setkání za vydařené, neboť splnilo svůj účel, což bylo vyplnění volného času seniorů, kteří to odpoledne neměli svůj program nebo návštěvu, zapojení seniorů a navázání komunikace mezi sebou, jelikož se většina seniorů s ostatními na oddělení takřka ani neznala a nekomunikovala, pokud spolu nesdíleli pokoj nebo místo u stolu při jídle. Nabyla jsem dojmu, že pro seniory dělám něco užitečného, zvláště když jsem viděla rozzářené úsměvy účastníků a jejich chuť debatovat. Pomyslnou třešničkou na dortu pro mě byla zpětná vazba od seniorů, kterým se setkání líbilo a dotazovali se mě, zda se bude konat v blízké době nějaké další setkání.

4 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá využitím reminiscence jako aktivizační metody při práci se seniory. Jedním z hlavních cílů bylo zjistit jakým způsobem jsou senioři aktivizováni na vybraném oddělení sledovaného zařízení. Dalším cílem bylo zjistit znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence a následně zmapovat, jaký zájem jeví ošetrovatelský personál a senioři o zavedení reminiscence do pravidelného programu.

Výzkumu, který probíhal ve sledovaném zdravotnickém zařízení, se zúčastnilo 40 zaměstnanců, poskytujících odbornou ošetrovatelskou péči pacientům a 11 hospitalizovaných seniorů. Informace byly získávány pomocí dotazníků, pozorování a rozhovorů.

V této části práce se budu zabývat výsledky výzkumného šetření, které následně porovnám s výsledky jiných závěrečných prací a odbornou literaturou:

S bakalářskou prací Vomočilové Moniky (2013) na téma *Aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních*. Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnickém a sociálním zařízení pro seniory v období ledna a února 2013. Práce si kladla za cíl zmapovat aktivizační činnosti poskytované ve zdravotnickém a sociálním zařízení, zjistit spokojenost seniorů s aktivizačními činnostmi a odhalit činnosti, které by senioři změnili nebo vynechali. Výzkumný vzorek tvořilo 40 seniorů, kteří byli autorkou osobně dotazováni.

S diplomovou prací Vaňkové Petry (2012) na téma *Aktivizace seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních*. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem jsou senioři aktivizováni ve vybraných zařízeních a zda existují rozdíly v aktivizaci seniorů ve zdravotnickém a sociálním zařízení. Sběr dat byl zahájen v břenu 2011 a ukončen v dubnu téhož roku. Výzkumný vzorek tvořili zaměstnanci konkrétních zdravotnických a sociálních zařízení, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 210 respondentů.

S bakalářskou prací Měsíčkové Kateřiny (2017) na téma *Aktivizace seniorů v domovech pro seniory*. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2016 do ledna 2017 v domově seniorů v Jihomoravském kraji. Výzkumný vzorek tvořilo 33 seniorů žijících ve sledovaném zařízení pro seniory. Cílem šetření bylo zmapování aktivit, které jsou seniorům žijícím v zařízení nabízeny.

S diplomovou prací Šírové Petry (2020) na téma *Využití reminiscence u seniorů*. Výzkumné šetření probíhalo od července 2018 do srpna 2019, jemuž předcházela pilotáž aplikovaná

v červnu 2018. V rámci pilotáže Šírová uskutečnila 10 skupinových reminiscenčních setkání ve stacionáři pro seniory, který se nachází v Králověhradeckém kraji. Cílem výzkumu bylo prostřednictvím dotazníku zjistit míru zájmu o reminiscenci ze strany seniorů, rodin a zaměstnanců stacionáře. Celkem bylo realizováno 80 reminiscenčních setkání pro seniory s následným zjištěním jejich zájmu o tuto aktivitu. Výzkumu se zúčastnilo 58 seniorů navštěvujících sledované zařízení, 18 zaměstnanců podílejících se na péči o seniory a 20 rodinných příslušníků.

S diplomovou prací Gubanyiové Simony (2022) na téma *Reminiscence u seniorů s chronickým duševním onemocněním*. Výzkum, který probíhal od července do listopadu 2021 ve zdravotnickém zařízení pro seniory s chronickým duševním onemocněním, zjišťoval zájem klientů a zaměstnanců sledovaného zařízení o zavedení reminiscenční terapie do denních aktivit. Zároveň byla sledována míra depresivity a hodnocení kognitivních funkcí u klientů před a po absolvování reminiscenčních setkání. Do výzkumu bylo zapojeno 8 klientů a 7 zdravotníků, data byla získávána prostřednictvím dotazníků, rozhovorů a pozorování.

S bakalářskou prací Coufalové Martiny (2016) na téma *Využití reminiscenční terapie u klientů v rezidenčních zařízeních*, která v rámci výzkumného kvantitativního šetření zkoumala účast seniorů na reminiscenčních aktivitách. Do výzkumného šetření, které probíhalo od 7.3 do 30.4.2016, bylo zapojeno 32 seniorů žijících v domově pro seniory.

S bakalářskou prací Vitoulové Marie (2010) s názvem *Metody práce se seniory s prvky reminiscence*, který realizovala v denním stacionáři pro seniory s cílem zjistit, jakým způsobem pracují zaměstnanci se vzpomínkami seniorů a jaké jsou možnosti zavedení dalších metod reminiscence do praxe. Výzkumný vzorek tvořily 2 zaměstnankyně a 4 klientky stacionáře.

S výzkumným šetřením Gerontologického centra v Praze, s názvem *Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích (2005-2007)*, který zkoumal vliv reminiscence na zdravotní stav, kognitivní funkce, depresivitu, sociální integraci a kvalitu života 102 seniorů žijících v instituci, jehož výsledky prezentuje ve své publikaci Janečková a Vacková (2010, s.32-34).

S projektem Centra pro rodinu a sociální péči v Brně, financovaným Evropským sociálním fondem, s názvem *Zavedení metody reminiscence jako nástroje prevence sociálního vyloučení osamělých seniorů*, který proběhl od 1.9.2018 do 31.8.2020 a jehož cílem bylo zavedení reminiscence do služeb pro seniory.

Výsledky práce byly dále porovnávány s odbornou literaturou.

4.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č.1: Jakých aktivizačních programů se senioři účastní na vybraném oddělení?

Aktivizace by měla umožnit každému člověku v zařízení žít takovým způsobem, jaký mu vyhovuje a pokračovat v realizaci toho, co je pro něj důležité. Zapojení seniorů do aktivit má pozitivní vliv na psychickou i tělesnou stránku, zamezuje rozvoji imobilizačního syndromu, rozvíjí tělesnou kondici a umožňuje smysluplné trávení volného času. Naopak nečinnost urychluje procesy stárnutí, způsobuje depresi a rozpad osobnosti (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.34). Aktivizace napomáhá seniorům úspěšně stárnout a přizpůsobovat se změnám, které sebou stáří přináší. Hlavním záměrem aktivizace je zachování nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti seniora co nejdéle (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s.145).

Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, jak probíhá aktivizace seniorů na vybraném oddělení sledovaného zařízení. Z výsledku šetření vyplynulo, že jsou senioři aktivizováni denně. Podobného výsledku ve svém výzkumu dosáhla i Vomočilová (2013, s.41), která zmiňuje, že většina seniorů je aktivizována denně, bez rozdílu, zda se senior nachází v zařízení zdravotnického nebo sociálního typu. Mezi nejčastěji jmenované aktivizační činnosti, kterých se senioři na oddělení účastní, patří skupinové kondiční cvičení, mechanoterapie, nácvik soběstačnosti a individuální rehabilitace. Měsíčková (2017, s.55) v rámci svého výzkumu v bakalářské práci mapovala účast seniorů na konkrétních aktivitách a zjistila, že mezi nejnavštěvovanější patří skupinové kondiční cvičení, dále kognitivní trénink a muzikoterapie. Naopak mezi nejméně využívané patří vzpomínkové aktivity, terapie se zvířaty a výtvarné činnosti.

Z dotazníků byl zjištěn ze strany ošetrovatelského personálu vysoký zájem o zavedení dalších aktivit do pravidelného programu. Nejvíce zmiňovanými aktivitami byly terapeutické dílny, hraní společenských her, ruční práce a činnosti spojené s hudbou. Naopak vzpomínkové aktivity neoznačil nikdo z respondentů, což je dle mého názoru způsobeno zaprvé nedostatečnými informacemi personálu v oblasti reminiscence a zadruhé i typem zařízení, ve kterém se senioři nachází. Vaňková (2012, s.80) ve svém výzkumu poukazuje na fakt, že existuje patrný rozdíl v aktivitách poskytovaných ve zdravotnickém zařízení a v sociálních službách. Ve zdravotnickém zařízení je nejčastější aktivitou kondiční cvičení, kde je prioritou

posílení pohybového aparátu, oproti sociálnímu zařízení, kde je nejčastější aktivitou společné posezení se seniory, kde se posiluje především psychická stránka člověka.

Senioři, kteří jsou nuceni pobývat v léčebně dlouhodobě nemocných nebo domově pro seniory, obvykle opouští svoje běžné aktivity a rychle tak ztrácí sebevědomí a pocit kontroly nad svým životem, což vede ke snižování kvality života a ztráty chuti a motivace žít (Wehner a Schwinghammer, 2013, s.30). Cílem aktivizace nebo také reaktivizace je nejprve rozpohybovat psychiku a poté i tělo člověka, protože člověk, který ztratí chuť k životu, není motivován ke zvládnutí úkonů sebezpěče, nebude se chtít o sebe starat ani spolupracovat s ostatními (Procházková, 2019, s.37).

Výzkumná otázka č.2: Jaká je úroveň znalostí ošetřovatelského personálu vybraného oddělení v oblasti reminiscence?

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 52,5 % respondentů správně označilo reminiscenční terapii za vzpomínkovou terapii či práci se vzpomínkami, využívanou především u seniorů. Zbývajících 47,5 % respondentů pojem reminiscence nezná. Zarážející byla skutečnost, že i přesto, že více než polovina respondentů ví, co znamená termín reminiscenční terapie, odpovědělo 95 % respondentů, že na oddělení neposkytují žádné reminiscenční aktivity. Pouze dva respondenti označili za aplikované reminiscenční aktivity na oddělení bazální stimulaci a prosté rozhovory se seniory, během kterých vzpomínají na jejich životní zážitky a události. Domnívám se, že za touto skutečností stojí fakt, že respondenti, kteří správně označili reminiscenci za práci se vzpomínkami, nedisponují hlubšími znalostmi o aplikaci reminiscence v praxi. Tento fakt potvrzuje svým výzkumem i Vitoulová (2010), která zjistila, že zaměstnanci sledovaného zařízení velmi často a rádi vzpomínají se seniory, avšak netušili, že se jedná o reminiscenci.

Přitom, jak uvádí Janečková a Vacková (2010, s.60-62), vzpomínání se může věnovat každý, kdo se podílí na péči o seniory. Vzpomínat se dá v běžném kontaktu se seniory, při jakékoliv příležitosti a během poskytování péče seniorům v jakémkoli zařízení pro seniory, což potvrzuje, že je reminiscence dostupnou a snadno aplikovatelnou metodou práce se seniory.

Výzkumná otázka č.3: Jaký zájem projevuje ošetřovatelský personál o zavedení reminiscence do pravidelných aktivit?

Práce se vzpomínkami seniorů, a tudíž i jejich životními příběhy prohlubuje a upevňuje vztah mezi seniorem a pečujícím, který bývá založený na vzájemné důvěře, zlepšuje tak spolupráci

mezi seniorem a pečujícím, umožňuje poskytovat kvalitní individualizovanou péči, díky tomu, že odstraňuje komunikační bariéry a odhaluje seniorovy potřeby. Ošetřující tak získávají návod, jak k seniorovi přistupovat a jak o něho pečovat (Procházková, 2019, s.57).

Z dotazníků bylo zjištěno, že 72,5 % zaměstnanců by mělo zájem o zavedení reminiscence do pravidelného programu aktivit. 45 % zaměstnanců projevílo zájem se aktivně účastnit reminiscenčních setkání. Pouhých 10 % respondentů nemá zájem o zavedení reminiscence do programu aktivit, a to z důvodu nedostatku personálu, prostoru nebo prostého nezájmu o tuto aktivitu. Dále bylo zjištěno, že 70 % respondentů by mělo zájem si doplnit či rozšířit své znalosti v oblasti reminiscence účastí na semináři, školení či kurzu. Pouhých 17,5 % respondentů o tuto problematiku zájem nemá.

V diplomové práci Šírové (2020, s.51) byl pozorován vysoký zájem o zavedení reminiscence do pravidelného programu, neboť 100 % zaměstnanců v dotazníkovém šetření odpovědělo na otázku zájmu o zavedení reminiscence v zařízení kladně. Většina zaměstnanců odpověděla, že rádi vzpomínají se seniory a měli by zájem se také zúčastnit reminiscenčního kurzu.

Janečková a Čížková (2021, s.59) ve své publikaci uvádí, že využití reminiscence je vhodné i na nemocničních lůžkách, především následné a dlouhodobé péče, kde jsou senioři hospitalizováni delší čas. Pobyt v nemocnici je pro seniora zatěžující situací nejen z důvodu probíhajícího onemocnění, ale také změny prostředí a celkové změny kvality života. Můžeme se setkat se sociální izolací, ztrátou kontaktů, sníženou soběstačností a rozvojem deprese. (Hošková, Janečková a Skibová, 2019). Realitou však bývá, že v institucích nebývají vytvořeny vhodné podmínky pro realizaci reminiscenčních aktivit, mnohdy se setkáváme s neochotou vedoucích pracovníků, mnohdy nezájmem pečujícího personálu a v neposlední řadě i nestimulujícím prostředím, které bývá strohé až sterilní (Janečková a Vacková, 2010, s.57-59).

Přitom existují statistické důkazy o významném přínosu reminiscence v oblasti zlepšení soběstačnosti, kognitivních funkcí, subjektivního zdraví, snížení deprese a celkově tak zkvalitnění života. Dlouhodobý pobyt seniorů v nemocničním zařízení může být příjemněn začleněním seniorů do reminiscenčních aktivit, které snižují pocit beznaděje, sociální izolace, bolesti, a naopak posilují komunikační schopnosti, sdílení s ostatními a kreativitu (Hošková, Janečková a Skibová, 2019).

Výzkumná otázka č.4: Jak budou senioři reagovat na absolvované reminiscenční setkání?

Před započítím skupinové terapie se v seniorech můžou mísit nejrůznější emoce, od těch pozitivních, kdy se těší, po ty záporné, kdy nevědí, co je čeká, zvláště pokud s takovými aktivitami nemají žádné zkušenosti. K překonání počátečních obav se je proto důležitá příprava reminiscenčního facilitátora, jehož úkolem je navodit příjemnou atmosféru, vhodně zahájit setkání, přivítat všechny účastníky a vysvětlit důvod setkání (Špatenková a Bolomská, 2011, s.52). Během setkání jsem u seniorů zpozorovala počáteční nervozitu, která panovala právě z důvodu neznámé aktivity. Postupně se v průběhu setkání nervozita proměnila v především pozitivní emoce a reakce, jakými byly radost, smích, spokojenost, aktivní spolupráce. 73 % seniorů uvedlo, že jim díky této aktivitě příjemným způsobem uteklo nedělní odpoledne a měli pocit smysluplně využitého času. Tuto skutečnost potvrzuje i Coufalová (2016, s.55), která v rámci svého výzkumu zpozorovala během reminiscenčních setkání zlepšení nálady účastníků a prostřednictvím dotazníkového šetření zjistila, že 90 % seniorů vnímá reminiscenční terapii jako příjemný zážitek. Vyzpozorovány byly také negativní reakce a emoce, mezi které patřilo především odbíhání od minulosti k přítomnosti a přílišná aktivita některých členů skupiny na úkor pasivnějších členů skupiny. Šírová (2020, s.97) ve svém výzkumu poukazuje na další negativní reakce a emoce seniorů, kterými byly sebestřednost, skákání do řeči ostatním členům skupiny, nervozita, ale i stud a pláč.

Janečková s Vackovou (2010, s.32-34) ve své publikaci poukazují na výsledky výzkumného šetření Gerontologického centra v Praze s názvem *Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v instituci*, který proběhl v letech 2005-2007, kdy drtivá většina účastníků reminiscenčního programu byla spokojena s aktivitou, pochvalovala si kontakt s novými lidmi, přátelskou atmosféru, vzpomínání na staré časy a změnu v pravidelném programu. Kritika se naopak týkala nevhodného chování některých členů skupiny, neobratnosti facilitátora a smyslové bariéry některých účastníků.

Reminiscence by měla být příjemnou aktivitou, která slouží ke zlepšení nálady, pobavení a rozptýlení seniorů. Pomáhá ale i dořešit některá témata z minulosti (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s.93). Platí však, že reminiscence nenahrazuje psychoterapii, kde se otevírají bolestivá témata, a proto je vhodné se těmto tématům vyhýbat (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s.54).

Výzkumná otázka č.5: Jak velký zájem budou mít senioři o zavedení reminiscence do pravidelných aktivit?

Reminiscence zaujímá v péči o seniory zásadní postavení. Její využití je velmi přínosné především pro seniory trpící demencí, ale uplatnění najde v rámci aktivizace i u seniorů imobilních, nesoběstačných, kteří mají zachované kognitivní funkce a jsou schopni vybavování vzpomínek (Malíková, 2020, s.226). Reminiscence napomáhá za účelem zkvalitnění života seniorů posilovat kognitivní funkce, navodit psychickou pohodu, posilovat seniorovo sebevědomí, snížit sociální izolaci seniora a trávit smysluplně volný čas (Vostálová et al., 2020).

Všech 11 zúčastněných seniorů se vyjádřilo k proběhlému setkání kladně. Na přímý dotaz, jak se jim líbila vzpomínková aktivita, odpovídali, že se jim setkání líbilo a jsou spokojeni se smysluplně stráveným odpolednem. Na otázku zájmu o zavedení reminiscenčních aktivit do programu odpovědělo 82 % respondentů kladně, pouze dva respondenti si myslí, že aktivity nabízené na oddělení jsou dostačující a netřeba zavádět další. Zejména zástupkyně ženského pohlaví by měly zájem o zavedení vzpomínkových aktivit v kombinaci s vařením nebo ručními pracemi.

K podobnému závěru došla ve své diplomové práci i Gubanyiová (2022), kde bylo z dotazníkového šetření zjištěno, že 87,5 % seniorů by mělo zájem o zavedení reminiscence do pravidelných aktivit. Janečková a Vacková (2010, s.34) uvádí, že aktivnější účastníci reminiscenčního programu vykazují větší spokojenost a zájem o tuto aktivitu než účastníci pasivní. Způsobů, jak pracovat se vzpomínkami je spousta. Reminiscence neznamená pouhé vzpomínání prostřednictvím rozhovorů vedených individuálně nebo skupinově, naopak existuje nepřeberné množství činností, během kterých můžeme aktivně vzpomínat, například během společného vaření, práce na zahrádce, výtvarného tvoření, zpívání či hraní divadla, tanečních večerů apod. (Janečková a Čížková, 2021, s.169).

4.2 Limity výzkumu

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjištění, jakých aktivizačních programů se účastní hospitalizovaní senioři, dále zmapování znalostí ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence, zjištění zájmu ošetrovatelského personálu a seniorů o zavedení reminiscence do aktivizačního programu a v neposlední řadě i zhodnocení reakcí a chování seniorů během absolvovaného reminiscenčního setkání. V průběhu výzkumu se však vyskytly určité limity, které považuji za důležité zmínit.

Jako první problém vnímám nevhodně zvolený počet účastníků reminiscenčního setkání vůči zvolené délce setkání. Celkem se účastnilo 11 seniorů a setkání trvalo 60 minut. Jako problematické se jevílo zvolení většího počtu účastníků. Délku setkání hodnotím jako optimální. Větší počet účastníků však způsobil, že nebylo možné se všemi účastníky rovnoměrně probrat zvolené téma v širším kontextu. Za ideální počet účastníků na skupinovém vzpomínání je považováno 5-6 seniorů proto, aby se během aktivity dostalo skutečně každému účastníkovi dostatek prostoru pro vyjádření svých vzpomínek.

Druhým problémem se jevílo načasování aktivity, která proběhla v nedělní odpoledne v 15:00. Tento čas sice byl zvolen záměrně proto, aby ti pacienti, kteří toho dne neměli návštěvu, se necítili osamoceně a mohli trávit odpolední čas smysluplněji než čekáním na večeri. Na druhou stranu nedostali šanci se zúčastnit ti senioři, kteří měli to odpoledne návštěvu, ale tento druh aktivity by je zajímal a také by se rádi zúčastnili. Proto považuji za vhodnější nedělní desátou hodinu dopolední, kdy pacienti nemají žádný aktivizační ani rehabilitační program a mají tak volno v době mezi snídaní a obědem.

Za problematické je dále hodnocen i samotný průběh reminiscenčního setkání, během kterého jsem z pozice facilitátora nedokázala vždy správně zasahovat do průběhu aktivity. Zpočátku působilo setkání křečovitě, způsobené nervozitou mojích i seniorů, z důvodu neznámé aktivity, jelikož jsme všichni vzájemně netušili, co od společného vzpomínání očekávat. Po opadnutí počáteční nervozity a rozvinutí příjemné atmosféry jsem nechala rozhovory seniorů volně plynout, což se původně jevílo jako dobrý nápad, protože se senioři ve sdílení svých vzpomínek vzájemně střídali a doplňovali, ale postupem času docházelo k tomu, že si někteří senioři začali skákat do řeči, aktivnější členové hovořili více a častěji, aniž by byli vyzváni než členové pasivnější. Ze své pozice facilitátora jsem nedokázala aktivnější členy skupiny usměrnit, což zapříčinilo, že nebyl poskytnut stejný prostor pro vyjádření svých vzpomínek všem členům rovnoměrně.

Určitým limitem výzkumu může být i fakt, že se výzkumu nezúčastnili senioři trpící demencí či jinou kognitivní poruchou, pro které je reminiscence obzvláště přínosná. V době, kdy byl výzkum aplikován, nebyl na oddělení hospitalizovaný žádný senior, který by podle zdravotnické dokumentace trpěl demencí či jinou poruchou kognitivních funkcí, a proto se nemohl zúčastnit výzkumného šetření.

4.3 Doporučení pro praxi

Na základě pozorování a výsledků výzkumného šetření bych doporučila, aby na lůžkovém oddělení ošetrovatelské péče byly zavedeny další aktivizační programy pro seniory. Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že se ošetrovatelský personál domnívá, že by na oddělení mohlo probíhat více aktivit pro seniory. Největšímu zájmu ošetrovatelského personálu by se těšily aktivity spojené s hudbou, arteterapeutické dílny a hraní společenských her.

Dále bych doporučila, aby na lůžkovém oddělení ošetrovatelské péče byla zavedena reminiscence jako samostatná aktivita anebo byly alespoň zařazeny reminiscenční prvky v rámci jiných aktivit, které jsou seniorům poskytovány, a to hned z několika důvodů. Prvním důvodem je, že většina ošetrovatelského personálu ráda vzpomíná se seniory, projeví zájem o účast na reminiscenčních aktivitách a domnívá se, že by senioři měli zájem o reminiscenční aktivity. Druhým důvodem je kladné zhodnocení absolvovaného reminiscenčního setkání seniory a projevu jejich zájmu o reminiscenční aktivity. Třetím důvodem je, že jsou na oddělení občas hospitalizováni senioři trpící demencí nebo jinou poruchou kognitivních funkcí, pro které je reminiscence primárně určená.

Zároveň bych sledovanému zařízení doporučila uspořádat nebo alespoň zprostředkovat školení či seminář na téma reminiscence a její využití v geriatрии, neboť většina ošetrovatelského personálu nemá dostatečné znalosti v oblasti reminiscence a zároveň vyjádřila kladný postoj k rozšíření si svých vědomostí v této problematice. Úkolem ošetrovatelského personálu je poskytovat kvalitní péči zaměřenou na člověka jako jedinečnou lidskou bytost s respektem k jeho autonomii a k tomu nám právě reminiscence napomáhá.

5 ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se věnovala tématu aktivizace seniorů a využití reminiscence jako aktivizační techniky. Teoretická část popisuje problematiku stáří, změny spojené se stárnutím a možnosti aktivizace seniorů, včetně reminiscenční terapie. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit jakým způsobem jsou senioři aktivizováni ve vybraném zařízení. Dílčími cíli bylo zmapování znalostí ošetrovatelského personálu v oblasti reminiscence a zjištění zájmu o zavedení reminiscence do pravidelného programu aktivit ze strany ošetrovatelského personálu i hospitalizovaných seniorů.

Bylo zjištěno, že senioři jsou ve sledovaném zařízení aktivizováni denně a nejvíce se účastní skupinového kondičního cvičení, mechanoterapie (motomedy, motodlaha). Pravidelně je se

seniory prováděn nácvik soběstačnosti a individuální rehabilitace. Drtivá většina ošetrovatelského personálu se domnívá, že by na oddělení mělo probíhat více aktivit pro seniory. Největšímu zájmu by se těšily terapeutické dílny, ruční práce, hraní společenských her a muzikoterapie.

Znalosti sledovaného ošetrovatelského personálu o reminiscenci jsou nedostatečné, výsledky dotazníkového šetření ukazují, že personál nemá bližší informace o reminiscenci ani jak se vzpomínkami pracovat v rámci péče o seniory, což může být způsobeno typem zařízení. Častěji se totiž setkáváme s reminiscenčními aktivitami v sociálním zařízení. Jak již ale bylo řečeno, reminiscence není jen snadno aplikovatelná a dostupná metoda, jejímž předmětem je vzpomínání, které lze využít při jakékoli příležitosti, v jakémkoli zařízení i jako součást mnoha dalších aktivizačních technik. Reminiscence především umožňuje poskytovat, a to na základě znalosti životního příběhu a vzpomínek seniora, kvalitní péči, která respektuje lidskou jedinečnost, autonomii a důstojnost.

Zájem o zavedení reminiscence do pravidelného programu aktivizačních technik projeví shodně jak ošetrovatelský personál, tak i pacienti, kteří se účastnili reminiscenčního skupinového setkání. Vzhledem k nárůstu seniorů v populaci, a tím i nárůstu geriatrických syndromů, považují za nutné aktualizovat geriatrickou péči a více tak pečovat o potřeby nejen tělesné, ale především ty psychické a sociální. A k tomu nám velmi napomáhají právě nefarmakologické aktivizační přístupy, které lze různě kombinovat tak, aby si každý senior mohl vybrat dle svého vkusu a zájmů. Není vždy nutné mít speciální vyškolené pracovníky, i když je to samozřejmě bonus. Někdy bohatě postačí člověk, který rád pracuje se seniory, má k nim blízko, je kreativní a chce, aby senioři aktivně využívali svůj volný čas. Stáří není obdobím čekání na smrt, naopak představuje další životní fázi, která je stejně důležitá jako každá jiná. Podle vývojové psychologie je stáří obdobím moudrosti, smíření a přijetí vlastního životního příběhu, k čemuž nám právě reminiscenční terapie nebo alespoň kombinace reminiscenčních prvků s jinými technikami může pomoci.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Literární zdroje

Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů, [2018]. Praha: Verlag Dashöfer. 154 s. ISBN 978-80-87963-75-3.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel 2.díl*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.

FORET, Miroslav a Dávid MELAS, 2021. *Marketingový výzkum v udržitelném marketingovém managementu*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-1723-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

JANEČKOVÁ, Hana a Hana ČÍŽKOVÁ, 2021. *Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. V Praze: Pasparta. Pomoc blízkým. 204 s. ISBN 978-80-88290-81-0.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, Roman, c2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

- KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LHOTOVÁ, Marie, 2022. *Arteterapie v péči o seniory: průvodce výtvarnými aktivitami*. V Praze: Pasparta. 103 s. ISBN 978-80-88429-46-3.
- MACHÁČOVÁ, Kateřina a Iva HOLMEROVÁ, 2019. *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta. Medical services. 247 s. ISBN 978-80-204-5489-8.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MATOUŠEK, Oldřich et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2017. *Pečovatelsví 2.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
- MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. Pedagogika. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
- OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 338 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. 199 s. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PRŮCHA, Jan, 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. Pedagogika. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.

PŘIBYL, Hugo, c2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: maxdorf jessenius. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka, 2021. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 191 s. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, c2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada. Psyché. 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

TAHAL, Radek, 2022. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. Expert. 293 s. ISBN 978-80-271-3535-6.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.

VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VETEŠKA, 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 173 s. ISBN 978-80-271-2866-2.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 173 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. Psyché. 143 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

6.2 Odborné články

BARTOŠ, Aleš et al., 2014. Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCa-CZ1) k časně detekci Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. Praha: Care Comm s.r.o., 77/110 (5), 587-594 [cit.2023-02-10]. ISSN: 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-5-2/ceska->

treninkova-verze-montrealskeho-kognitivniho-testu-moca-cz1-k-casne-detekci-alzheimerovy-nemoci-49677

HOŠKOVÁ, Kvetoslava, Hana JANEČKOVÁ a Jelena SKIBOVÁ, 2019. Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů v dlouhodobé nemocniční péči – předběžné výsledky. *Geriatric a Gerontologie* [online]. ČLS JEP, 8 (3), 99-106 [cit.2023-04-02]. ISSN: 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2019-3-15/vliv-reminiscenci-terapie-na-zdravotni-stav-a-kvalitu-zivota-senioru-v-dlouhodobem-nemocnici-peci-predbezne-vysledky-116935>

JANEČKOVÁ, Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, 2015. Reminiscence v konceptech péče o starého člověka. *Sociální služby: odborný časopis* [online]. Tábor: APSS ČR, 17, 3/2015, 3-43 [cit. 2023-02-16]. ISSN: 1803-7348. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/cz/ukazky/2015>

JONGSIRIYANYONG, Sukanya a Panita LIMPAWATTANA, 2018. Mírné kognitivní poruchy v klinické praxi: Přehledový článek. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Demences* [online]. Thousand Oaks, Kalifornie: Sage Publications, 33 (8), 500-507 [cit.2023-02-9]. ISSN: 1938-2731. DOI: 10.1177/1533317518791401

KORCZYN, A.D., V. VAKHAPOVÁ a L.T.Grinberg, 2012. Vascular dementia. *Journal of the Neurological Sciences* [online]. Elsevier, 322 (1-2), 2-10 [cit. 2023-01-04]. ISSN: 0022-510X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.03.027>

NIKOLAI, Tomáš a Ondřej BEZDÍČEK, 2018. Poruchy paměti a neuropsychologické vyšetření paměti v klinické praxi. *Neurologie pro praxi* [online]. Solen, 19(6), 405-410 [cit.2023-01-18]. ISSN: 1803-5280. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/neu-201806-0003_Poruchy_pameti_a_neuropsychologicke_vysetreni_pameti_v_klinicke_praxi.php

6.3 Internetové zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014. Stárnutí se nevyhneme. *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.2023-06-10]. Dostupné z: [czso.cz/csu/czso/ea002b5947](https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947)

KISVETROVÁ, Helena, 2020. *Demence a kvalita života* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit.2023-01-17]. ISBN: 978-80-244-5709-3. Dostupné z: <https://www.vydavatelstviupol.cz/cz/978-80-244-5709-3>

VÍCHOVÁ, Monika, 2013. Alzheimerova choroba: pravděpodobné příčiny a prevence. *PsychoLogOn* [online]. 2 (1), s.58-62 [2023-01-17]. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <https://psychologon.cz/component/content/article/14-psycholog-online/151-alzheimerova-choroba-pravdepodobne-priciny-a-prevence>

VOSTÁLOVÁ, Eva et al., 2020. Metodika zavádění reminiscence v organizaci. In: *Centrum pro rodinu a sociální péči* [online]. Brno: Centrum pro rodinu a sociální péči [2023-04-04]. Dostupné z: https://www.crsp.cz/wp-content/uploads/2018/04/reminiscence_metodika.pdf

6.4 Závěrečné práce

COUFALOVÁ, Martina, 2016. *Využití reminiscenční terapie u klientů v rezidenčních zařízeních*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Barbora Faltová.

GUBANYIOVÁ, Simona, 2022. *Reminiscence u seniorů s chronickým duševním onemocněním*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, PhD.

MĚSÍČKOVÁ, Kateřina, 2017. *Aktivizace seniorů v domovech pro seniory*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Barbora Faltová.

ŠÍROVÁ, Petra, 2020. *Využití reminiscence u seniorů*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, PhD.

VAŇKOVÁ, Petra, 2012. *Aktivizace seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních*. Brno. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, PhD.

VITOULOVÁ, Marie, 2010. *Metody práce se seniory s prvky reminiscence*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Radana Nováková Ph.D.

VOMOČILOVÁ, Monika, 2013. *Aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vendula Mikšovská.

7 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Osvědčení o absolvování akreditovaného vzdělávacího programu Reminiscence – práce se vzpomínkami</i>	65
Příloha B - <i>Dotazník pro zaměstnance (zdroj vlastní)</i>	66
Příloha C - <i>Dotazník zpětné vazby pacientů (zdroj vlastní)</i>	69
Příloha D - <i>Informovaný souhlas (zdroj vlastní)</i>	70
Příloha E - <i>Mini-Mental State Examination (Šáteková, 2021, s.95)</i>	71
Příloha F - <i>Barthelové ADL test (Klevetová, 2017, s.204)</i>	72



Zřetel, s.r.o.
Zvonařka 14
617 00 Brno
IČ: 28335775

Osvědčení

číslo 2022/01/2822

o absolvování akreditovaného vzdělávacího programu

Reminiscence - práce se vzpomínkami

Číslo akreditace Ministerstva práce a sociálních věcí ČR udělené vzdělávacímu programu:

A2021/0168-SP/PC/PP

Termín konání:

17. 10. 2022 - 18. 10. 2022

Místo konání: online prostředí

Forma konání: webinář

Rozsah: 8 hodin

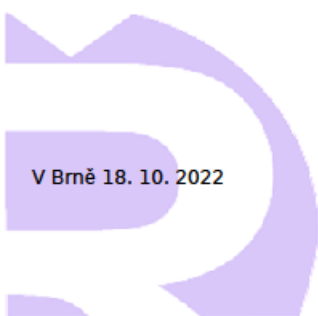
Markéta Horníčková

narozen/a

03.06.1995

místo narození

Chrudim



V Brně 18. 10. 2022

Podpis statutárního zástupce
Zřetel, s.r.o.

DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Markéta Horníčková a studuji bakalářský obor Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku na téma „*Reminiscence jako způsob aktivizace seniorů*“, který je součástí tvorby mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účel bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

U uzavřených otázek vyberte jednu z nabízených odpovědí, pokud není uvedeno jinak.
U otevřených otázek odpovězte vlastními slovy.

1. Provádíte na vašem oddělení nějaké aktivizační činnosti pro seniory? Pokud ano, uveďte jaké:
.....

2. Jak často aktivizujete seniory na vašem oddělení?
 - a) Denně
 - b) 2x-3x týdně
 - c) Výjimečně

3. Je podle vás důležitá aktivizace seniorů?
 - a) Ano, velmi důležitá
 - b) Ne, není důležitá
 - c) Nevím, nedokážu posoudit

4. Myslíte si, že by na vašem oddělení mohlo probíhat více aktivit pro seniory? Pokud ano, uveďte jaké:
 - a) ANO,
 - b) NE

5. Svěřují se vám senioři často se svými životními příběhy a vzpomínkami?
 - a) Ano, většina
 - b) Jen někteří
 - c) Ne

6. Vzpomínáte rádi se seniory?
 - a) Ano, snažím se co nejvíce
 - b) Ano, když mi to čas umožní
 - c) Ne, nemám zájem
 - d) Ne, z důvodu pracovního vytížení

7. Myslíte si, že má vzpomínání pozitivní vliv na seniory?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
8. Víte, co znamená pojem „reminiscence“? Pokud ano, uveďte a poté pokračujte na otázku č.10. Pokud nevíte, pokračujte na otázku č.9
- ANO,
 - NE
9. Co si představujete pod pojmem reminiscenční terapie? Neodpovídejte, pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano.
.....
10. Provádíte na vašem oddělení nějaké reminiscenční aktivity? Pokud ano, uveďte jaké:
- ANO.....
 - NE
11. Měl byste zájem se aktivně účastnit reminiscenčních setkání se seniory?
- ANO
 - NE
 - Nevím
12. Měl byste zájem doplnit/rozšířit svoje znalosti v oblasti reminiscence a účastnit se tak semináře, školení či kurzu?
- ANO
 - NE
 - Nevím
13. Měl/a byste zájem o zavedení reminiscence do pravidelného aktivizačního programu pro seniory? Pokud ne, uveďte důvody proč:
- ANO
 - NE.....
 - Nevím
14. Myslíte si, že by senioři měli zájem o zavedení pravidelných setkávání za účelem vzpomínání?
- ANO, větší část seniorů
 - ANO, menší část seniorů
 - Nevím
 - Ne, neměli by zájem

15. Myslíte si, že by vaše zařízení poskytlo vhodné podmínky pro realizaci reminiscenčních setkání na vašem oddělení?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nevím
16. Uveďte prosím Váš věk:
.....
17. Uveďte prosím počet let vaší praxe:
.....
18. Uveďte prosím, kolik let pracujete s geriatrickými pacienty?
.....
19. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- a) Základní
 - b) Střední odborné (vyučen)
 - c) Střední odborné s maturitou
 - d) VOŠ/ VŠ
20. Na jaké pozici pracujete?
- a) Sanitář/ka/ ošetřovatel/ka
 - b) Praktická sestra/ všeobecná sestra
 - c) Staniční/ vrchní sestra
 - d) Ergoterapeut/ fyzioterapeut

Zdroj: vlastní

DOTAZNÍK ZPĚTNÉ VAZBY PACIENTŮ

1. Byl/a jste spokojen/a s absolvovanou aktivitou?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

2. Naplnilo vzpomínkové setkání vaše očekávání?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

3. Měl/a byste zájem o zavedení vzpomínkových aktivit do pravidelného programu?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Iniciály pacienta:

Zdroj: vlastní

Informovaný souhlas k účasti na průzkumu

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Markéta Horníčková a studuji dálkově bakalářský obor Ošetrovatelství na Univerzitě Pardubice. Dovoluji si Vás požádat o souhlas s účastí na výzkumu, který je součástí tvorby bakalářské práce s názvem Reminiscence jako způsob aktivizace seniorů.

Vaše spolupráce spočívá v účasti na skupinovém setkání, jehož předmětem bude vzpomínání na předem stanovené téma, formou rozhovoru s ostatními účastníky skupiny.

Cílem mého výzkumu je, zjistit zájem seniorů o reminiscenční setkání za účelem vzpomínání o prožitých událostech a zkušenostech života. Vaše účast na výzkumu bude dobrovolná a anonymní.

Děkuji za Váš čas a tímto Vás žádám o poskytnutí souhlasu s účastí ve výzkumu.

Horníčková Markéta

Jméno a příjmení účastníka souhlasí se
zařazením do výzkumu k bakalářské práci na téma Reminiscence jako způsob aktivizace seniorů.

Dne: Podpis:

Zdroj: vlastní

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace Položte pacientovi 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Který je nyní rok? ▪ Které je roční období? ▪ Můžete mi říct dnešní datum? ▪ Který je den v týdnu? ▪ Který je nyní měsíc? ▪ Ve kterém jste státě? ▪ Ve které jste zemi? ▪ Ve kterém jste městě? ▪ Jak se jmenuje tato nemocnice? (oddělení?, ordinace?) ▪ Na kterém jste patře? 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. židle, okno, pero) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání Pacient je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5× po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost) Úkol zopakovat 3 předtím vyjmenované předměty (viz bod 2).</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolu = 1 bod)</p>	
<p>Ukažte pacientovi 2 předměty (např. pero, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p>	2
<p>Vyzvěte pacienta, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Pokud - Kdyby 	1
<p>Dejte pacientovi 3stupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte ho na podlahu.“</p>	3
<p>Dejte pacientovi přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p>	1
<p>Vyzvěte pacienta, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek).</p>	1
<p>Vyzvěte pacienta, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. Jeden bod se uděluje, pokud jsou zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	1



Hodnocení: 0–10 bodů: těžká kognitivní porucha, 11–20 bodů: středně těžká kognitivní porucha, 21–23 bodů: lehká kognitivní porucha, 24–30 bodů: pásmo normálu
 (Pokorná a kol., 2013, s. 140–142; Jiráček, 2004, s. 186)

Příloha 6: Barthelové test základních všedních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0–40 bodů: vysoká závislost

45–60 bodů: závislost středního stupně

65–95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

Podle Mahoney, F. L., Barthel, D. W. Md State Med J, 1965, 14, s. 61–65. Wade,

S. L. Arch Phys Med Rehabil, 1983, 64, s. 20–26. Topinková, E., Neuwirth, J.

Geriatry pro praktického lékaře. Praha: Grada Publishing, 1995.