

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024/2025

Lukáš Weber

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Vaření jako cesta ke vzpomínkám: Podpora seniorů s Alzheimerovo demencí

Bakalářská práce

2024/2025

Lukáš Weber

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lukáš Weber**  
Osobní číslo: **Z21074**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Vaření jako cesta ke vzpomínkám: Podpora seniorů s Alzheimerovou demencí**  
Téma práce anglicky: **Cooking as a way to remember: Supporting seniors with Alzheimer's dementia**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Tvorba teoretické části bakalářské práce, dotazníku
4. Realizace průzkumného šetření, sběr dat
5. Vyhodnocení výsledků průzkumného šetření a jejich interpretace

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

Seznam doporučené literatury:

1. CINGROŠOVÁ, Klára a DVOŘÁKOVÁ, Klára. *Jak jsme vařili a jedli: knížka pro vzpomínání a procvičování paměti*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1332-1.
2. HOBBS, Ngaire a CRAWFORD, Michelle. *Strava pro zdravý mozek: jak stravou přelstít demenci a pokles kognitivních funkcí*. Přeložil Kamila HÁNOVÁ. Knihy Omega. Praha: Dobrovský, 2018. ISBN 978-80-7390-992-5.
3. JANEČKOVÁ, Hana a ČÍŽKOVÁ, Hana. *Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci. Pomoc blízkým*. V Praze: Pasparta, 2021. ISBN 978-80-88290-81-0.
4. KORÁBEČNÝ, Jan; SOUKUP, Ondřej a VALIŠ, Martin. *Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-643-6.
5. ŠTUREKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.

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

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.  
děkan

L.S.

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

V Pardubicích dne 7. března 2024

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem „Vaření jako cesta ke vzpomínkám: Podpora seniorů s Alzheimerovo demenci“ jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen 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 se 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 23. 6. 2025

Lukáš Weber v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěl bych poděkovat především vedoucí práce Mgr. Marii Holubové Ph.D., mé rodině, která mi byla při psaní bakalářské práce velkou oporou a přítelkyni, která při mně stála i když to nebylo vždy lehké.

## **ANOTACE**

Práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a výzkumné. Teoretická část se zaměřuje na popis seniorské populace, demence s důrazem na Alzheimerovu demenci a vzpomínky a s nimi související reminiscenci. Praktická část se zabývá realizací reminiscenční terapie a jejím využitím u seniorů. Na základě získaných výsledků byl stanovený cíl práce „Vytvoření aplikovatelného receptu“ vyhodnocen jako úspěšný.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Reminiscence, demence, vzpomínky, senioři

## **TITLE**

Cooking as a way to remember: Supporting seniors with Alzheimer's dementia.

## **ANNOTATION**

The thesis consists of two parts, the theoretical and the research part. The theoretical part focuses on the description of the elderly population, dementia with emphasis on Alzheimer's dementia, memories and related reminiscence. The practical part deals with the implementation of reminiscence therapy and its use with the elderly. Based on the results obtained, the stated aim of the work - the creation of an applicable recipe - was evaluated as successful.

## **KEYWORDS**

Reminiscence, dementia, memories, seniors

## Obsah

Úvod .....	10
1 Cíle práce .....	12
I. Teoretická část.....	13
2 STÁŘÍ A ZMĚNY SPOJENÉ SE STÁRNUTÍM.....	13
2.1 Hodnotící metody kognice .....	15
3 Alzheimerova demence.....	17
3.1.1 Rizikové faktory Alzheimerovy demence .....	20
3.1.2 Prevence a léčba Alzheimerovy demence .....	20
4 Reminiscence .....	22
4.1 Příprava reminiscence .....	23
4.2 Formy a principy reminiscence .....	24
4.3 Vaření jako nástroj reminiscenční terapie .....	26
II. Výzkumná (praktická) část .....	29
5 Výzkumné otázky.....	29
6 Metodika výzkumné (praktické) části .....	29
6.1 Charakteristika výzkumného vzorku .....	31
6.2 Reminiscence – formy, pomůcky, čas, témata .....	31
6.3 Analýza dotazníků .....	32
6.4 Setkání na téma „Jaké je Vaše oblíbené jídlo?“ .....	32
6.5 Výsledky dotazníku na téma „Jaké je Vaše oblíbené jídlo?“ z prvního setkání. ....	35
6.6 Setkání na téma „Příprava oblíbeného jídla“.....	42
6.7 Setkání na téma „Vytvoření receptu“.....	43
7 Diskuze .....	48
7.1 Výzkumná otázka č. 1: Mají zařízení klienti zájem o reminiscenci? .....	48
7.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak budou klienti reagovat během setkání? .....	50

7.3	Výzkumná otázka č. 3: Jaká budou nejčastější témata vzpomínek, když klienti myslí na své oblíbené jídlo? .....	51
7.4	Výzkumná otázka č. 4: Budou klienti schopni vytvořit recept svého oblíbeného jídla? 52	
7.5	Výzkumná otázka č. 5: Bude vytvořený recept aplikovatelný v běžném životě? ....	54
8	Závěr .....	57
9	Použitá literatura a zdroje .....	58
10	Seznam příloh.....	64

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - záznam reakcí a projevů v 1. setkání.....	34
Obrázek 2 - záznam typu vzpomínek v 1. setkání .....	34
Obrázek 3 – záznam aktivity a úrovně vyjadřování se v 1. setkání .....	35
Obrázek 4 - pohlaví.....	35
Obrázek 6 - oblíbené jídlo .....	37
Obrázek 7 – roční období .....	38
Obrázek 8 - období života.....	39
Obrázek 12- Mini–Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE).....	67
Obrázek 13- Mini–Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE).....	68
Obrázek 14- Mini–Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE).....	69
Obrázek 15- Mini–Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE).....	70
Obrázek 16- mouka (TESCO STORES ČR, 2024) .....	71
Obrázek 17- Strouhanka (TESCO STORES ČR, 2024) .....	71
Obrázek 18- vejce (TESCO STORES ČR, 2024).....	72
Obrázek 19- olej (TESCO STORES ČR, 2024) .....	72
Obrázek 20- sůl (TESCO STORES ČR, 2024) .....	72
Obrázek 21- sádlo (TESCO STORES ČR, 2024).....	72
Obrázek 22- brambory, kukuřice, mrkev, paprika, banán, broskev (TESCO STORES ČR, 2024) .....	73
Obrázek 23- hovězí maso (DOBRÉ ŘEZNICTVÍ, 2024).....	74

Obrázek 24- máslo, špek, tymián, bobkový list, cibule (TESCO STORES ČR, 2024).....	74
Obrázek 25- mrkev, petržel, celer, olej (TESCO STORES ČR, 2024).....	75
Obrázek 26- cukr, sůl, pepř, olej (TESCO STORES ČR, 2024) .....	76
Obrázek 27- vývar, houskový knedlík (VLASTNÍ, 2024).....	77
Obrázek 28- brusinky, hořčice, smetana, kuře (TESCO STORES ČR, 2024).....	77
Obrázek 29- kukuřice, jablko, meloun, koblíha, zelí, pomeranč (TESCO STORES ČR, 2024) .....	78
Obrázek 30- vývar (VLASTNÍ, 2024) .....	79
Obrázek 31- olej, sýr, kypřící prášek, mandarinka, okurka (TESCO STORES ČR, 2024).....	79
Obrázek 32- kmín, pepř, mouka, sůl (TESCO STORES ČR, 2024).....	80
Obrázek 33- kysané zelí, klobása, cibule, paprika koření, bobkový list, nové koření (TESCO STORES ČR, 2024) .....	81

## SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

Tzv	Tak zvaně
MMSE	Mini mental state examination
AD	Alzheimerova demence
MCI	Mild cognitive impairment
APP	amyloidový prekurzor proteinu
$A\beta$	beta-amyloid
Č	číslo
Ks	kus
ml	mililitr
G	gram

## ÚVOD

Aktuálním demografickým trendem ve světě je rostoucí počet obyvatel starších 60 let, což představuje nejrychleji se rozrůstající segment populace. V roce 2000 tato skupina zahrnovala 10 % celosvětové populace a do roku 2050 se očekává, že její podíl vzroste na 22 %. Podobný trend lze pozorovat i v České republice. V roce 2009 byl počet osob starších 60 let odhadován na 1,5 milionu, do roku 2020 se předpokládá nárůst na 2,2 miliony a v roce 2065 se očekávají 3,4 miliony. Prodlužující se délka života přináší také různé komplikace, mezi něž patří i zvýšená incidence demence. Tato porucha se častěji vyskytuje v populaci starší 60 let. Celosvětově bylo v roce 2015 odhadováno 46,78 milionů lidí trpících demencí. Pro rok 2030 se předpokládá nárůst na 74,69 miliony a do roku 2050 dokonce na 131,45 milion. V České republice jsou odhady vývoje následující: v roce 2015 bylo 124 000 osob trpících demencí, v roce 2030 se očekává nárůst na 180 000 a v roce 2050 na 227 000. (Štureková et al., 2021, s. 7)

Demence postihuje až 30 % osob ve věkové kategorii 60 let a více a až 50 % osob ve věku nad 85 let (Tani et al., 2019, s. 383). Zahraniční odborná literatura uvádí, že dojde až ke trojnásobnému nárůstu do roku 2050 (Menge et al., 2019, s. 230).

Podle kvalifikovaných odhadů trpělo v České republice v roce 2010 demencí 110-130 tisíc obyvatel. Tento počet se do poloviny 21. století zdvojnásobí. Česká Alzheimerovská společnost ve své výroční zprávě z roku 2018 uvádí následující údaje o výskytu demence v jednotlivých krajích: Praha - 21 125, Středočeský kraj - 19 473, Jihomoravský kraj - 19 686, Moravskoslezský kraj - 18 587 (Česká Alzheimerovská společnost, 2018, s. 2).

Klienti trpící demencí prožívají změny v oblasti poznávání, funkcí a chování. Klinické projevy této poruchy se v jednotlivých případech velmi liší. Mezi kognitivní deficity, které se mohou objevit, patří ztráta paměti, poruchy komunikace, jazykové obtíže, agnózie (neschopnost rozpoznávat objekty), apraxie (neschopnost provádět dříve naučené úkony), narušení výkonných funkcí, porucha úsudku a plánování (Duong, Patel, Chang, 2017, s. 118). Projevem demence, který vyvolává největší obavy, je agrese. Odborná literatura uvádí, že agresivní chování se obvykle projevuje spíše verbálně, zatímco neverbální projevy jsou méně časté. Agrese může být způsobena strachem nebo nepochopením situace. Dalšími možnými projevy demence jsou hyperaktivita, halucinace a neklid. Tyto projevy se často zesilují v nočních hodinách (tzv. "syndrom zapadajícího slunce"). (Štureková et al., 2021, s. 9)

Reminiscence je metoda práce se seniory, která spočívá ve vybavování si událostí z jejich života. Reminiscenční terapie se zaměřuje na rozhovory terapeuta se seniory o jejich minulosti,

aktivitách, událostech a zkušenostech. V kontextu stárnutí je reminiscence považována za významný proces regulace životního vývoje, který nabývá na důležitosti, když si lidé uvědomují konečnost své existence (Hofér et al., 2017, s. 390). S narůstajícím počtem lidí trpících demencí a stoupajícími náklady na zdravotní péči, se zvyšuje zájem o výzkum účinných a ekonomicky přijatelných intervencí pro péči o tyto jedince. Reminiscence se řadí mezi nejoblíbenější ne-farmakologické přístupy v péči o osoby s demencí (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92).

Během rozhovorů se seniory se často zaměřujeme na témata spojená s jídlem. Pro mnohé z nich představuje kuchyně místo, kde se setkávali se svými nejbližšími. Probíhala zde nejen příprava jídel, ale prožívali zde i společné rodinné aktivity. Během těchto rozhovorů rádi vzpomínají na minulost a sdílejí své zážitky spojené s vařením. Vzpomínají na to, jak se dříve vařilo, jaké suroviny se používaly a jaké postupy přípravy pokrmů se osvědčily. Zapojení dlouhodobé paměti při těchto vzpomínkách je pro seniory velmi přirozené a díky propojení s procvičováním paměti může být i motivující. Tyto rozhovory umožňují seniorům sdílet své životní příběhy a zkušenosti a současně přispívají k udržení jejich mentální pohody a kvality života. Tímto způsobem je práce s pamětí během rozhovorů o jídle nejen terapeuticky efektivní, ale také obohacující pro samotné seniory (Cingorošová, Dvořáková, 2018, s. 10).

# 1 CÍLE PRÁCE

## TEORETICKÉ CÍLE

- Přiblížit problematiku stárnutí, stáří a seniorské populace.
- Seznámit se s onemocněním demence, specificky Alzheimerovy demence.
- Popsat reminiscenci a její využití při práci se seniory.
- Popsat efekty jídla na kognici u pacientů s Alzheimerovo demencí.

## HLAVNÍ VÝZKUMNÝ CÍL

- Uskutečnit s klienty několik reminiscenčních setkání a vytvořit s vybranými klienty recept jejich oblíbeného jídla.

## DÍLČÍ VÝZKUMNÉ CÍLE

- Připravit si pomůcky na jednotlivá sezení.
- Uskutečnit a detailně popsat 3 reminiscenční sezení.
- Popsat chování respondentů v průběhu jednotlivých sezení.
- Představit Vám respondenty zvolené na základě získaných výsledků z druhé schůzky, kde poznávali jednotlivé ingredience jídla.

### 1.2 Metody k dosažení cíle

Do teoretické části byla zahrnuta problematika stárnutí, demence, vzpomínek, reminiscence a vlivu stravy na mozek a kognici. Hlavní metodou použitou v teoretické části práce je provedení rešerše a důkladné studium literatury zabývající se tématy stárnutí, demencí, reminiscencí a dalšími souvisejícími oblastmi. Tato metoda umožnila shromáždění relevantních informací, souvisejících s danými tématy z různých zdrojů, včetně vědeckých článků, knih, odborných časopisů a internetových zdrojů. Nejdůležitější informace jsou setříděny podle problematiky, které se věnují a jsou uvedeny v následujících kapitolách teoretické části práce.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce se zaměřuje na témata stárnutí, demence, vzpomínek, reminiscence a vlivu stravy na kognitivní funkce. Hlavní použitou metodou byla literární rešerše odborných knih, článků, časopisů a internetových zdrojů. Shromážděné informace byly utříděny dle jednotlivých tematických oblastí a dále rozpracovány v příslušných kapitolách teoretické části.

## 2 STÁŘÍ A ZMĚNY SPOJENÉ SE STÁRNUTÍM

Stárnutí je přirozený proces, který postihuje všechny živé organismy a končí smrtí (Kopecký et al., 2014, s. 54). Definuje se jako postupná posloupnost nezvratných změn v těle, které omezují a oslabují jeho funkce (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 59). Seniorita představuje poslední fázi ontogenetického vývoje, která je doprovázena biologickými, psychickými a sociálními změnami, zvýšeným výskytem chronických chorob a zvýšenou potřebou zdravotnických a sociálních služeb s postupujícím věkem (Mikyška, 2018, s. 9).

Stáří by nemělo být chápáno jako konečná stanice, ale spíše jako další etapa lidského života, která by měla být prožita naplno v souladu se zdravím a silami jedince. Stárnutí populace je celosvětovým jevem, který způsobuje změnu věkové struktury obyvatelstva s nárůstem podílu osob starších 60 let a snižováním podílu mladší populace (Štůreková et al., 2021, s. 7).

V České republice roste podíl seniorů v populaci, přičemž se očekává další zvýšení tohoto trendu. V roce 2018 tvořili senioři 19,2 % obyvatelstva, ale na počátku roku 2050 by měl jejich podíl dosáhnout 28,6 %, což bude významně ovlivňovat demografický vývoj země (Český statistický úřad, 2019, s. 44).

Stárnutí je spojeno s řadou změn, které se projevují na tělesné, psychické a sociální úrovni. **Tělesné změny** spojené se stárnutím zahrnují celou řadu fyziologických procesů, které ovlivňují funkci jednotlivých orgánových systémů. Postupně dochází ke ztrátě pružnosti, pevnosti a elasticity tkání, což se odráží na celkovém fyzickém stavu a výkonnosti organismu (Holmerová et al., 2021). Tyto změny probíhají individuálně a často asynchronně, přičemž míra a rychlost jejich projevu se liší podle genetických, zdravotních i životních faktorů (Jirák et al., 2009). S postupujícím věkem také klesá odolnost organismu vůči zátěži a snižuje se schopnost adaptace na nové či stresové podněty. Tyto změny mohou vést ke zvýšenému riziku onemocnění a omezení soběstačnosti, což klade vyšší nároky na péči i přizpůsobení životního stylu seniora (Suchá, Jarolímová, 2017). **Psychické změny**, které provázejí proces stárnutí, se často projevují proměnou osobnosti a zhoršením kognitivních funkcí. U některých jedinců

mohou negativní osobnostní rysy, jako je nedůvěřivost, úzkostnost nebo uzavřenost, vystoupit do popředí a být výraznější než v mladším věku (Čeledová et al., 2017). Mezi časté psychické projevy patří také zhoršení paměti, snížená sebedůvěra, emoční labilita či zpomalení psychomotorického tempa. Tyto změny mohou být důsledkem jak přirozených neurofyzilogických procesů, tak i reakce na sociální izolaci, ztrátu blízkých nebo pocit životního vyčerpání. V tomto kontextu nejsou výjimečné ani depresivní stavy, které u seniorů často vznikají jako reakce na osamělost, nemoc či jiné závažné životní události. Psychická pohoda ve stáří je proto úzce spojena nejen s fyzickým zdravím, ale i s kvalitou mezilidských vztahů a smysluplným trávením času (Janiš, Skopalová, 2016). **Sociální změny**, které přicházejí se stárnutím, mohou mít výrazný dopad na kvalitu života seniorů. Postupné vyčleňování ze společnosti, ztráta pracovního uplatnění a zmenšující se sociální okruh mohou vést ke zhoršení schopnosti navazovat nové vztahy a k prohlubování pocitu osamělosti (Dvořáčková, 2012). Mnozí senioři vnímají odchod do důchodu jako ztrátu smysluplné role ve společnosti, což může vyvolat maladaptivní reakce a ztrátu sebedůvěry. Obzvláště náročné jsou situace spojené se ztrátou partnera či blízkých přátel, které často vedou k intenzivnímu smutku, pocitu prázdnoty a nostalgickým vzpomínkám na minulost. Nedostatek sociální podpory pak může přispívat k psychickým potížím a celkové izolaci, čímž se negativně ovlivňuje i fyzické zdraví a celková životní spokojenost seniora (Příbyl, 2015).

Paměť se skládá ze tří základních fází: vstípení, uložení a vyhledání, vybavení či rozpoznání (Kulišťák, 2017, s. 119). S věkem se často objevují poruchy paměti a dalších kognitivních funkcí (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 25). Poruchy paměti jsou ve stáří velmi časté, přičemž každý pátý senior v České republice trpí mírnou kognitivní poruchou. Dochází ke zhoršení krátkodobé paměti a potřebě opakování a delší doby k naučení nových informací (Holmerová et al., 2014). S věkem se také celkově zpomaluje psychomotorické tempo a na provedení různých činností je potřeba více času (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 22).

Dochází ke zhoršení funkcí pravé mozkové hemisféry, jako je kreativita, fantazie a zrakově-prostorové schopnosti, a také explicitní paměť, což ovlivňuje schopnost učit se novým dovednostem. V průběhu stáří postupně ubývá neuronů, synapsí a nervové buňky se zmenšují, což způsobuje úbytek hmotnosti mozku, který je zčásti způsoben také ztrátou vody (Holmerová et al., 2014). Tyto změny nejsou přímo spojeny se stárnutím, ale mohou být ovlivněny různými faktory, jako jsou užívané léky, srdeční onemocnění, deprese, sedavý životní styl, nedostatek stimulace a nevyvážená strava (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 24).

Kognitivní funkce představují základní součást lidského fungování, neboť umožňují rozpoznávání, učení se, rozhodování a přizpůsobování se změnám v okolním prostředí. Zahrnují paměť, koncentraci, pozornost, rychlost zpracování informací, porozumění i exekutivní funkce, které jsou nezbytné pro každodenní samostatnost a orientaci v životě (Válková, 2015). S narůstajícím počtem seniorů v populaci roste i potřeba včasné diagnostiky kognitivních poruch, zejména v jejich počátečních fázích, kdy ještě nedošlo k plnému rozvoji demence (Jiráček, 2013). Pokud tyto změny zůstanou nerozpoznané, mohou vést ke zvýšené morbiditě i mortalitě seniorů a výrazně zhoršit jejich kvalitu života (Pokorná et al., 2013).

Nejpřesnější metodou pro diagnostiku kognitivních poruch zůstává neuropsychologické vyšetření, které však bývá časově náročné a dostupné jen ve specializovaných pracovištích (Kuckir et al., 2016). Velmi důležitou roli v procesu diagnostiky hraje také anamnestický rozhovor s pacientem, který poskytuje cenné informace o subjektivním vnímání změn a denním fungování (Jiráček, 2013). Při hodnocení kognitivních schopností je nezbytné zohlednit celou řadu individuálních faktorů, jako jsou únava, aktuální motivace, sensorické deficity (např. zrak či sluch), ale i psychická kondice pacienta, které mohou výsledky testování významně ovlivnit (Pokorná et al., 2013).

## **2.1 Hodnotící metody kognice**

Nejpoužívanějšími nástroji k posouzení kognitivních funkcí jsou Test kreslení hodin a Krátký test kognitivních funkcí (Mini Mental State Examination – MMSE).

### Test kreslení hodin

Tento test je běžně využíván jako orientační nástroj pro posuzování kognitivních funkcí a často doplňuje MMSE. Poskytuje informace o paměti, vizuálně-konstrukčních schopnostech, exekutivních funkcích a může odhalit lehkou formu demence (Pokorná et al., 2013, s. 33). Úkolem vyšetřovaného je nakreslit ciferník s čísly hodin a nastavit ručičky tak, aby ukazovaly daný čas. Existuje možnost různých modifikací tohoto testu, jako je předkreslení kruhu, zadání času či jeho absence. Vyhodnocení tohoto testu je náročné, neboť jednoduché i složité skórovací systémy dávají obdobné výsledky, s citlivostí a specifičností kolem 80 % (Jiráček, 2013, s. 47-49).

### Krátký test kognitivních funkcí – MMSE

MMSE je jedním z nejznámějších a nejčastěji používaných nástrojů k posuzování kognitivních funkcí. Hodnotí globálně kognitivní funkce a skládá se z deseti zkoušek, které zahrnují orientaci

v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. MMSE je spolehlivým nástrojem pro odlišení středně těžké demence od normálního stárnutí, ale není vhodný pro hodnocení mírných kognitivních poruch. Maximalizované skóre MMSE je 30 bodů, přičemž skóre pod 24 body označuje pásmo demence (18–24 lehká, 6–17 středně těžká, méně než 6 těžká). Mezi nevýhody MMSE patří vysoké náklady, malá senzitivita k lehkým kognitivním deficitům, vliv vzdělání a věku na výsledky a omezená možnost vyšetření exekutivních funkcí. Avšak, je to vhodný nástroj pro praktické lékaře, neurology, psychiatry a geriatry, a v České republice je jeho provedení podmínkou pro zahájení léčby kognitivních poruch (Jiráček, 2013, s. 57).

### 3 ALZHEIMEROVA DEMENCE

Alzheimerova choroba (AD) je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které patří mezi nejčastější formy demence. S rostoucím počtem starších osob v populaci představuje Alzheimerova nemoc jednu z nejvýznamnějších výzev veřejného zdraví 21. století. Odhaduje se, že každé tři sekundy dojde ve světě k novému případu demence (Alzheimer's Disease International, 2018). Prvními příznaky této choroby jsou obvykle drobné změny v chování, potíže s krátkodobou pamětí, učením, počítáním, rozhodováním a správou financí. Postižení lidé také začínají mít problémy s kontrolou emocí a mohou se chovat neočekávaně a neadekvátně v daných situacích. AD významně ovlivňuje mentální schopnosti postižené osoby, včetně paměti, myšlení, chápání a komunikace. Ztráta paměti postupuje a postižený často zapomíná na jednoduché úkony nebo se dezorientuje ve známém prostředí. Nakonec může ztratit schopnost rozpoznávat blízké osoby. I když je schopen vnímat emoce a doteky, jeho reakce jsou výrazně utlumené. Mentální a emocionální změny vedou k významným výkyvům chování, jako je toulání se, opakování činností, výbušnost, nenávisť nebo neklid. Někdy mohou postižení jedinci projevovat neodpovídající sexuální chování. AD ovlivňuje všechny aspekty osobnosti a může vést ke zvýšenému stresu (Korábečný, 2020, s. 12–19).

Demence se může projevit pouze mírnými deficity. Jedinci, kteří nesplňují kritéria pro demenci, jsou klasifikováni jako pacienti s mírným kognitivním postižením (mild cognitive impairment, MCI). Tito pacienti se mohou potýkat s problémy v paměti, řeči, myšlení nebo úsudku, které jsou větší než kognitivní změny spojené s normálním stárnutím. Zatímco MCI lze objektivně hodnotit pomocí kognitivních testů, demence je považována za poruchu, která významně ovlivňuje každodenní život a nezávislost jednotlivce. Jedinci s MCI čelí vyššímu riziku rozvoje Alzheimerovy choroby a jiných typů demence než ti bez MCI (Duong, Patel, Chang, 2017, s. 118).

Mezi další patofyziologické procesy způsobující demenci patří Parkinsonova nemoc, demence s Lewyho tělísky (5 %) a frontotemporální degenerace (5 %). Do kategorie tzv. „pseudodemencí“ patří hypotyreózy, deprese (je známo, že lidé s depresí mají horší kognitivní výkon než lidé bez deprese), nebo další závažná somatická či psychická onemocnění (Duong, Patel, Chang, 2017, s. 119, 121). Další dělení demence může být podle vyvolávajících faktorů následovně: primární (degenerativní), vaskulární, smíšená, traumatická, způsobená mechanickým tlakem, toxickými látkami, infekcemi, metabolickými a endokrinními faktory. (Vörosová, Solgajová, Archalousová, 2015, s. 100).

Demence provází jedince od okamžiku svého vzniku až do konce jejich života. Jedná se o onemocnění, které není možné vyléčit (Duong, Patel, Chang, 2017, s. 118). Patogeneze vzniku AD zatím není plně objasněna. Nicméně je doprovázena řadou biochemických a morfologických změn, které poskytují důležité informace o povaze této nemoci a směřují výzkum a léčbu v tomto oboru (Korábečný, 2020, s. 12–19).

Mezi tyto změny patří například tvorba abnormálních bílkovin v mozku, jako jsou amyloidové plaky a neurofibrilární klubka, které jsou považovány za charakteristické znaky AD. Dochází také ke ztrátě spojení mezi nervovými buňkami a k postupnému úhynu neuronů, což má za následek zhoršení funkce mozku. Dalšími patologickými změnami spojenými s AD jsou zánik neurotransmiterů, oxidační stres, zánětlivé procesy a poruchy energetického metabolismu v mozku. Tyto procesy vedou k postupnému zhoršování mozkových funkcí a ke klinickým projevům AD (Korábečný, 2020, s. 12–19).

Důležitým aspektem Alzheimerovy choroby je přítomnost komorbidit, které mohou komplikovat klinický obraz a zrychlit progresi onemocnění. Studie COSMOS, realizovaná v rámci slovenské populace, prokázala častý výskyt kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a depresivních poruch u pacientů s AD (Česká a slovenská neurologie, 2020). Tyto přidružené nemoci zvyšují náročnost péče a kladou vysoké požadavky na mezioborovou spolupráci.

Neméně důležitou roli hraje prevence. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří nízká úroveň vzdělání, nedostatek intelektuální stimulace, nízká fyzická aktivita, nevhodná strava, obezita, kouření nebo vysoký krevní tlak. Naopak, k ochranným faktorům patří zdravý životní styl, dostatek duševní činnosti a sociálních vazeb (Aptet, 2022). Tato zjištění jsou důležitá nejen z hlediska primární prevence, ale i z hlediska podpory zdravého stárnutí.

Osoby s Alzheimerovou nemocí vyžadují specifický přístup ze strany pečujících osob a zdravotníků. Kvalitní ošetrovatelská péče musí zohlednit individuální potřeby pacienta, podporovat jeho soběstačnost a zároveň přispívat k udržení důstojnosti a kvality života (Florence, 2022). Reminiscenční terapie, pracovní terapie, validace či strukturovaná stimulace mohou významně napomoci v každodenní péči o tyto osoby.

AD dělíme na 3 stádia: lehkou, střední a těžkou.

V rámci **lehké AD** dochází k výraznějším poruchám epizodické paměti, s důrazem především na poruchu pracovní paměti, což se projevuje obtížemi se zapamatováním nových informací. Klienti též často ztrácejí své osobní věci, mají tendenci neustále něco hledat a ukládat předměty

na nevhodná místa, jako je například umístění klíčů do lednice. Dochází k dezorientaci, která se projevuje špatnou orientací v prostoru a obtížemi při rozpoznávání tváří nebo paměťovými potížemi s identifikací a zaměňováním jmen. V tomto stadiu jsou jedinci obvykle stále soběstační, ale vyžadují dohled a pomoc od rodiny. (Holmerová, 2018a, s. 491) Současně se zhoršuje schopnost učit se novým dovednostem a dochází ke snížení zájmu a aktivity, přičemž může být zřetelné zpomalení psychomotorického tempa. Již v tomto stadiu mohou být přítomny psychologické a behaviorální příznaky, jako je deprese, úzkost a afektivní labilita. Dochází k postupnému úpadku osobnosti. Výsledky testu MMSE se obvykle pohybují v rozmezí 18–25 bodů. (Mace et al., 2018, s. 383)

V **pokročilém stadiu** AD dochází k výrazné progresi kognitivního a psychického postižení, které má významný dopad na soběstačnost jedince. Soběstačnost je zde již narušena a dochází k dezorientaci, která způsobuje, že nemocní obvykle potřebují pomoc v běžných denních aktivitách a často vyžadují trvalý dohled. Pacienti zpravidla nevykazují náhled na svou chorobu a mohou se objevit fatické poruchy, jako jsou expresivní parafázie a různé formy afázie. (Holmerová, 2018a, s. 491) Komunikace a kontakt s okolím se v tomto stadiu zhoršují, klienti mohou mít chudou slovní zásobu a sociálně se izolují. Projevy vzteku a smutku jsou běžné, a může se objevit i agitovanost. Pacienti zanedbávají osobní hygienu a může se vyskytnout inkontinence moči. Zde dochází k prohlubování behaviorálních a psychologických příznaků demence, včetně afektivní lability, afektů vzteku a agitovanosti. Přechodně se mohou objevit i psychotické příznaky, jako jsou bludy, misidentifikace a poruchy vnímání. Výsledky testu MMSE se obvykle pohybují mezi 11–17 body, což odráží značnou míru kognitivního postižení (Mace et al., 2018, s. 383).

V **těžkém stadiu** AD dochází k dalšímu výraznému poklesu kognitivních funkcí. Paměť je narušena ve více složkách a klienti již nepoznávají své okolí ani své nejbližší, včetně jejich jména. Dochází k celkové dezorientaci v čase i místě. Těžká forma demence je spojena s výrazným narušením verbální komunikace a je nutné zajistit příjem potravy, výživu a hydrataci. V tomto stadiu se zvyšuje riziko komplikací jako jsou dekubity, hypostatická pneumonie a další, které pramení ze snížené pohybové aktivity. (Holmerová, 2018a, s. 491-492) Kromě toho dochází k progresi behaviorálních poruch, jako je agitovanost, neartikulované zvuky, ničení předmětů a nevhodné upoutávání pozornosti. Občas se může vyskytnout euforická nálada a neobvyklé nejsou ani psychotické příznaky, jako nesystematické bludy, misidentifikace a poruchy vnímání. Výsledky testu MMSE se v tomto stadiu obvykle pohybují

v rozmezí 6–10 bodů, u velmi těžkých demencí mohou být v rozmezí 0–5 bodů, což odráží významné a rozsáhlé kognitivní postižení. (Mace et al., 2018, s. 383).

### **3.1.1 Rizikové faktory Alzheimerovy demence**

Vznik AD je bezesporu ovlivněn některými genetickými faktory, zejména u předsenilních forem této nemoci. Byly identifikovány mutace v genech na 1. a 14. chromozomu, které se nacházejí v oblastech kódujících preseniliny. Preseniliny jsou transmembránové proteiny, které tvoří součást  $\gamma$ -sekretázy proteázy a za určitých podmínek interagují s amyloidovým prekurzorem proteinu (APP) a podílí se na tvorbě beta-amyloidu (A $\beta$ ), charakteristického pro AD (Korábečný, 2020, s. 12–19).

Rizikovým faktorem AD jsou také mutace na 21. chromozomu, který je známý jako jeden z menších lidských chromozomů. Mutace v tomto chromozomu jsou spojeny s různými stupni mentálního postižení a s různými anomáliemi. Tyto genetické faktory přispívají k rozvoji AD a poskytují cenné poznatky pro výzkum a léčbu této nemoci (Korábečný, 2020, s. 12–19).

Rizikové faktory spojené se vznikem AD zahrnují celou řadu proměnných, ačkoli přesné příčiny vzniku této nemoci nejsou dosud plně objasněny. Mezi hlavní rizikové faktory patří stáří a genetická predispozice. Za další rizikové faktory považujeme nízké vzdělání, nedostatek intelektuální stimulace, kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, nedostatečnou hladinu antioxidantů v krvi, nedostatečný příjem živin v dětství i v dospělosti, vysoký krevní tlak, vysoké hladiny cholesterolu a lipidů, obezitu a diabetes mellitus (Korábečný, 2020, s. 12–19).

I když ne všechny rizikové faktory spojené se vznikem AD jsou plně pochopeny, některé z nich lze již dnes cíleně ovlivňovat jako součást prevence tohoto komplexního onemocnění (Korábečný, 2020, s. 12–19).

### **3.1.2 Prevence a léčba Alzheimerovy demence**

Stravovací návyky, fyzická aktivita, konzumace alkoholu, úroveň vzdělání, zapojení do společnosti a kouření jsou také faktory ovlivňující riziko vzniku demence. Studie ukázaly, že lidé, kteří mají kvalitní sociální síť, mají až o 60 % nižší riziko vzniku demence. Skutečně je možné předcházet demenci a faktorům, které podporují její vznik, až v 80 % případů. Doporučuje se udržovat optimální a stabilní tělesnou hmotnost a zahrnout do stravy potraviny bohaté na živiny, jako jsou zelenina, ovoce, luštěniny a ořechy. Středomořská strava nebo potraviny obsahující olivový olej jsou také doporučovány. Dodržování zdravého životního stylu může snížit výskyt demence o 15-40 %. Je vhodné omezit příjem soli a cukru a zařadit pravidelnou fyzickou aktivitu do každodenního režimu. Doporučují se kognitivní, společenské

a fyzické aktivity směřující k podpoře kognitivních funkcí. Kuřáci by měli přestat kouřit, zatímco konzumace malých dávek alkoholu, především červeného vína, je považována za příznivou (Sheardová, Hudeček, 2011, s. 418-421).

Léčba demence spočívá v poskytování podpory pacientům i jejich rodinným příslušníkům. Tuto podporu mohou poskytovat různé společnosti a sdružení pacientů a rodinných příslušníků, které se specializují na tuto problematiku (Holmerová a kol., 2009, s. 142). Často jsou pocity samotných pacientů nebo jejich rodinných příslušníků opomíjeny a zanedbávány, což může být pro všechny zúčastněné značně závažné. Jak již bylo zmíněno dříve, nedílnou součástí terapie je prevence, která úzce souvisí se životním stylem (Pearce, 2014, s. 1). Farmakologická terapie je pouze symptomatická a má omezenou účinnost. Zahrnuje farmakoterapii (například inhibitory cholinesterázy, jako je Exelon) a behaviorální (nebiologickou) terapii, jako je kognitivní stimulační trénink, doteky a masážní terapie končetin, muzikoterapie nebo terapie zvířaty. Tato terapie může vést ke zlepšení nebo udržení současného stavu pacienta. Farmakoterapie je účinnější, pokud je kombinována s fyzioterapií a případně s antipsychotickou nebo antidepresivní léčbou, pokud je to nutné. (Štureková, 2021, s. 13).

Hledání léku na AD trvá již více než sto let, přičemž se zároveň zoufale snažíme pochopit její příčiny. Tento strašák stárnoucích generací nás dnes znepokojuje více než kdy jindy, neboť se stále častěji objevuje i u mladší populace. Odborníci označují jako faktory přispívající k AD nejen genetiku, ale i stres, přetížení a nedostatečnou obnovu mozku. Tím se stává AD jakýmsi civilizačním onemocněním, jehož vznik ovlivňují životní styl, stravovací návyky, fyzická a mentální aktivita, ale i míra stresu a odpočinku (Korábečný, 2020, s. 12–19).

Z nemoci, která byla před sto lety neznámá, se AD stala dnes čtvrtým až pátým nejčastějším příčinným faktorem úmrtí. Toto postavení ji řadí hned za cévní a srdeční onemocnění, zhoubné nádory a úrazy a otravy. I přes obrovské úsilí vědců a lékařů se stále bojuje s touto nemocí, ačkoliv moderní metody přinášejí odpovědi na otázky, které ještě před nedávnem zůstávaly nezodpovězeny. Nicméně nejdůležitější věc, lék na Alzheimerovu chorobu, stále chybí (Korábečný, 2020, s. 12–19).

## 4 REMINISCENCE

Reminiscence, odvozená z latinského slova „reminiscere“, což znamená „vzpomenout si“, představuje specifickou aktivizační metodu, která využívá podnětů, jako jsou fotografie, předměty z minulosti, módní doplňky, filmy pro pamětníky a podobně (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 53). Je to prostředek prevence deficitů kognitivních funkcí, který přináší celkový pečovatelský přístup zaměřený na porozumění a zájem o klienty, což posiluje vzájemnou úctu mezi klientem a pečujícím a přispívá k udržení zdravotního stavu, sebeúctě, důstojnosti a důležitosti klienta. Reminiscenční terapie se uplatňuje jak u zdravých seniorů, tak u seniorů s demencí, po cévních mozkových příhodách a jiných poškozeních mozku, a může být prováděna v různém prostředí, včetně ambulantní sféry, pobytových služeb i domácího prostředí (Klucká, Volfová, 2016, s. 129). V některých zařízeních jsou k dispozici speciální místnosti pro reminiscenci, tzv. „memoryrooms“, které jsou zařízeny tak, aby odpovídaly době, ve které byli klienti mladí (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 54). Během reminiscence se mohou provádět různé aktivity, jako je sledování starých filmů, prohlížení alb s fotografiemi, zpívání, recitace a další. Kromě verbálních metod se často využívají i metody neverbální, které umožňují vyjádřit vzpomínky výtvarně nebo pomocí těla. (Janečková, Čížková a kol., 2021, s. 11)

Mezi tyto metody patří například pantomimické hry, tanec, kreslení, koláž, modelování nebo činnosti, které klienti znají ze svého mládí, jako je psaní na stroji a další (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 53). Mezi oblíbené reminiscenční aktivity také patří psaní knih vzpomínek nebo životních příběhů, kdy pečovatel připraví strukturu knihy obsahující informace o klientově životě, jako jsou datum a místo narození, dětství, školní a pracovní zkušenosti, manželství, narození dětí a zájmy (Burda, Šolcová, 2016, s. 55).

Při reminiscenci se často volí konkrétní témata, jako je místo původu, dětství, zaměstnání, svátky, škola, jídlo nebo kultura (Klucká, Volfová, 2016, s. 132). Cílem reminiscence je zaplnit volný čas seniorů, sociálně je začlenit, navodit u nich duševní pohodu, posílit jejich sebeúctu a stimulovat kognitivní funkce (Marková, Jedlinská, 2013, s. 23). Dalšími cíli jsou podpora příjemných vzpomínek, zlepšení dlouhodobé paměti, kognitivních funkcí a komunikace (Burda, Šolcová, 2016, s. 55). Reminiscence také pomáhá ošetřovatelům lépe porozumět chování a jednání klienta (Burda, Šolcová, 2016, s. 55).

Vzpomínání představuje přirozenou duševní činnost každého člověka. Prostřednictvím vybavování si vzpomínek, v různých souvislostech během celého života, si člověk upevňuje svoji identitu. Pro seniory, kteří zažívají neustálé změny a mnohdy i ztráty, jsou vzpomínky

klíčové pro udržení jejich identity a kvality života. Vzpomínky slouží jako prostředek spojení s vlastním já i s okolím a posilují kontinuitu lidského života. Skrze vzpomínky senioři reflektují svůj životní příběh, což jim pomáhá dosáhnout životní zralosti a naplnění (Janečková, Vacková, 2010, s. 11-12).

Reminiscenční terapie se ukazuje jako užitečný nástroj při péči o osoby s demencí, neboť vzpomínky stimulují aktivity v mozku, komunikaci a manuální dovednosti. Využití reminiscence spočívá v kreativním zpracování vzpomínek, posilování identity a možnosti spolupráce. I když mají lidé s demencí často omezené možnosti komunikace, reminiscence jim umožňuje najít své silné stránky a opětovně se spojit se svou minulostí (Janečková et al., 2010, s. 16-17).

Reminiscenční terapie může lidem s demencí pomoci nalézt sami sebe, integrovat se do skupiny a obohatit svůj každodenní život, což vede ke zlepšení jejich duševní pohody a sebeúcty (Janečková et al., 2010, s. 38). Také pracovní terapie nabývá stále větší důležitosti při péči o osoby s demencí, neboť jim poskytuje přiměřenou kvalitu života a pomáhá předcházet problémům s chováním a pocitu osamělosti (Bejan et al., 2018; Cohen-Mansfield, 2018). Reminiscence je rovněž účinným komunikačním nástrojem, který usnadňuje navázání kontaktu a podporuje hledání smyslu života u klientů s demencí (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92).

Studie naznačují, že reminiscenční terapie má pozitivní vliv na klienty s demencí a jejich pečovatele zejména při práci s životními příběhy (life story) (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92). Až u 90 % pacientů s demencí se vyskytují behaviorální a psychologické příznaky, které mohou vést k depresi a špatné kvalitě života, a zde reminiscenční terapie nabízí efektivní možnost zlepšení nálady a kognitivních funkcí (Lin et al., 2018, s. 594-595).

#### **4.1 Příprava reminiscence**

Před první reminiscencí by měl být s každým klientem proveden vstupní pohovor, který zjišťuje jeho zájmy, zaměstnání, potenciálně traumatizující vzpomínky a další informace, které pomáhají vytvořit co nejvhodnější podmínky pro setkání. Délka trvání sezení by měla být přizpůsobena schopnosti klientů udržet pozornost, jejich naladění, tématu a počtu účastníků. Optimální délka je kolem 45 minut. Důležitý je také výběr vhodného místa pro reminiscenci. Nemělo být ani příliš velké, ani příliš malé, a mělo by být klidné a bezpečné (Klucká, Volfová, 2016, s. 130-131).

## 4.2 Formy a principy reminiscence

Reminiscence může nabývat různých forem, které se mohou vzájemně prolínat. Tyto formy zahrnují:

*Strukturovaná diskuse o minulosti*, která probíhá v rámci organizovaných setkání s vybranými účastníky. Cílem je vyvolat konkrétní vzpomínky pomocí fotografií, reminiscenčních pomůcek, filmů a hudby.

*Neformální interakce v prostředí simulujícím domovskou atmosféru*, která probíhá současně s běžnými aktivitami v zařízení. Hlavním cílem je podpora společenské interakce a příjemného prostředí.

*Tvorba konkrétních výtvorů*, jako jsou životní příběhy, básně nebo hudba. Cílem je rozvoj dovedností, objevování nových možností a prohlubování porozumění sobě i ostatním.

*Snížení sociální izolace a negativního dopadu institucionalizace*. Reminiscenční aktivity slouží k poskytnutí možnosti komunikace a interakce jak klientům, tak personálu.

*Prohlubování porozumění pracovníků klientům* prostřednictvím různých aktivit, jako je studium biografí klientů.

Těmito aktivitami se může přispět k lepšímu prostředí pro seniory a personál a k posílení jejich vzájemné interakce a porozumění. (Špatenková, Bolomská, 2011, str. 25-26).

**Obecná reminiscence** je pečlivě plánována předem a zahrnuje širokou škálu reminiscenčních pomůcek, jež mají za cíl vyvolat vzpomínky na konkrétní téma. Pro tento účel je často využíván materiál, který je snadno dostupný a získatelný (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 65).

**Specifická reminiscence** se vyznačuje použitím pečlivě vybraných, cílených a specifických pomůcek, které mají za cíl vyvolat konkrétní vzpomínky. Tyto pomůcky jsou často předměty, které jsou buď přímo vlastněny seniory, nebo jsou s nimi nějakým způsobem emocionálně spojeny. Specifická reminiscence je obzvláště vhodná pro klienty trpící demencí, depresí nebo poruchami chování (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 65).

**Individuální reminiscence** představuje terapeutický přístup, při kterém se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi. Tato forma terapie se často realizuje přímo v klientově pokoji. Během individuálního setkání dochází k budování důvěrného vztahu mezi klientem a terapeutem. Individuální reminiscence je zvláště vhodná pro klienty projevující úzkost nebo ostych, kteří

mají obtíže s vyjadřováním svých vzpomínek ve společnosti ostatních lidí. Klienti se při této formě terapie cítí v bezpečí a jsou schopni se otevřít a poskytnout terapeutovi cenné informace (Špatenková, Bolomská, 2011, str. 34).

**Skupinová reminiscence** se koná ve skupinovém prostředí a má za cíl posílit pouta mezi klienty v zařízení. Tento typ reminiscence je považován za užitečný, protože umožňuje členům skupiny sdílet své životní zkušenosti a vzájemně se od sebe učit. Skupinová reminiscence je vhodná pro klienty, kteří jsou otevřenější a nebojí se sdílet své vzpomínky ve společnosti ostatních. Obvykle se skupinová reminiscence koná v příslušných prostorách vybavených historickými nebo dobovými předměty (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 66). Skupiny mohou být sestaveny podle různých kritérií, jako je uzavřená/otevřená struktura, nebo věkové složení účastníků. Ideálně by skupinová setkání měla probíhat alespoň jednou týdně a členové by měli být povzbuzováni k tomu, aby se vzájemně podělili o své vzpomínky. V případě negativních emocionálních projevů, jako je například pláč, může skupinová dynamika poskytnout podporu a soucit ostatních členů, což může pomoci klientovi zvládnout danou situaci. Někteří účastníci skupinových reminiscencí mohou navázat hlubší vztahy, které se mohou rozvinout i mimo samotná setkání a přerůst v přátelství (Janečková, Čížková a kol., 2021, s. 34) .

**Formální reminiscence** je plánována předem a má stanovený konkrétní cíl. Počet účastníků je při této formě reminiscence omezen a účastníci by měli předem souhlasit s jejich účastí a být seznámeni s průběhem akce. Často dochází k prolínání formálního a neformálního přístupu v praxi. Tento typ reminiscence je pravidelně předmětem hodnocení, aby bylo možné zhodnotit dosažené výsledky a efektivitu procesu (Janečková, Čížková a kol., 2021, s. 32) .

**Neformální reminiscence** je charakterizována spontánností a neplánovaností, například při běžných aktivitách, jako je podávání jídla. Do tohoto typu reminiscence se může zapojit kdokoliv z okolí. Atmosféra bývá často uvolněná a příjemná. Přestože setkání probíhá volně, je důležité dodržovat určitá pravidla, jako je zajistit viditelnost a slyšitelnost všech účastníků, udržovat pozitivní atmosféru v místnosti a celkově vést diskuzi na přátelské úrovni. Hlavním cílem neformální reminiscence je přinést radost, stimulaci a smysl do života seniorů (Janečková, Čížková a kol., 2021, s. 32) .

Základním principem reminiscenční terapie je individuální přístup ke klientovi, vnímání jej jako jedinečnou a neopakovatelnou osobnost. Reminiscence nám pomáhá pochopit identitu "starého člověka", vidět ho v celistvosti a úplnosti. Klíčovým prvkem reminiscenční terapie je

projev zájmu o klienta, porozumění jeho osobnosti, posílení vztahu mezi terapeutem a klientem a plánování služeb s ohledem na jejich smysluplnost (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 64).

Průběh reminiscence by měl vždy respektovat klientovy zkušenosti a jednotlivé aktivity by měly být přizpůsobeny konkrétním vzpomínkám, aby měly pro klienta smysl. Je důležité zvážit, zda je reminiscence pro klienta vhodná a zda nevyvolá negativní nebo traumatizující reakce. Dalším klíčovým principem je respektování soukromí klienta, který by neměl být nucen k účasti na reminiscenčních aktivitách (Janečková, Čížková a kol., 2021, s. 45).

Tato práce využívá metod vizualizace (obrázkové karty), testování znalostí, vzpomínání a procvičování paměti pomocí tvorby krátkého životního příběhu, dotazníku a vytvoření receptu. Cingrošová, Dvořáčková (2018) ve své knize „Jak jsme vařili a jedli“, doporučují hlavně metodu vizualizace, která může klientům pomoci při vzpomínání, vyvolat vzpomínky na chuť a vůni jídla a metodu procvičování paměti, která je důležitou součástí boje proti AD.

### **4.3 Vaření jako nástroj reminiscenční terapie**

Reminiscenční terapie je strukturovaný přístup využívající vybavování osobních zážitků a vzpomínek s cílem zlepšit duševní pohodu, komunikaci a kognitivní funkce osob trpících demencí. Základní princip spočívá v posilování dlouhodobé paměti prostřednictvím smyslové stimulace a propojení minulosti s přítomností. Tradičními nástroji reminiscence jsou fotografie, předměty, hudba, vůně a osobní příběhy. Mezi méně běžné, ale přitom vysoce efektivní nástroje patří vaření a příprava pokrmů.

Vaření je smyslově bohatá činnost – aktivuje čich, chuť, zrak i hmat. Právě vůně a chuť jídla jsou silnými spouštěči autobiografických vzpomínek, zejména těch z raného dětství a mládí (Haslam et al., 2019). Tento jev je v souladu s konceptem tzv. reminiscenčního efektu, který vysvětluje, proč se lidé ve vyšším věku častěji vrací k událostem z období adolescence a rané dospělosti.

Zahraniční výzkum Etxeberrii et al. (2021) potvrdil, že cílená reminiscenční intervence využívající vaření (např. příprava tradičních rodinných receptů) má pozitivní vliv na emoční stabilitu a zapojení seniorů do skupinových aktivit. Účastníci projektu popisovali pocity radosti, sebejistoty a smysluplnosti, které souvisely s možností sdílet recepty a zkušenosti z minulosti.

Terapie vařením je výjimečná svou adaptabilitou. Klienti mohou podle své aktuální kondice a schopností vykonávat různé činnosti – od míchání, loupání, krájení až po slovní vedení

přípravy. Terapie navíc podporuje motorické dovednosti, orientaci v prostoru, plánování činností a sociální interakci, což jsou klíčové oblasti zasažené Alzheimerovou nemocí (Dassa & Harel, 2019).

Z kulturního hlediska vaření podporuje uchování a sdílení tradic, které jsou pro seniory významné. Vzpomínky na oblíbená jídla, sváteční pokrmy či kuchařské zvyky fungují jako silné identito-tvorné prvky, které mohou zmírnit úzkost, dezorientaci a izolaci často spojenou s progresí demence.

Z praxe vyplývá, že zapojení seniorů do vaření ve skupinových reminiscenčních setkáních přináší i pozitivní reakce personálu. Pečující osoby vnímají vyšší míru spolupráce, komunikace a důvěry ze strany klientů, kteří byli dříve pasivní nebo uzavření. Součástí procesu může být i tvorba společného „kuchařského deníku“, který uchovává nejen recepty, ale i příběhy s nimi spojené.

Kniha „Jak jsme vařili a jedli“ od Boženy Cingrošové (2018) se ukázala jako velmi užitečný nástroj při reminiscenční práci se seniory. Autorka v ní popisuje tradiční způsoby vaření, suroviny a kuchařské zvyklosti, které byly běžné v českých domácnostech v první polovině 20. století. Právě tato doba bývá pro dnešní seniory obdobím jejich dětství a mládí, a popsaná jídla i způsoby jejich přípravy proto mnohým připomínají konkrétní události, osoby či emoce.

V praxi lze tuto publikaci využít jako inspiraci pro témata reminiscenčních setkání zaměřených na jídlo a vaření. Vzpomínky na rodinné obědy, slavnostní pečení nebo zavařování často vyvolávají pozitivní emoce, podporují sdílení a přispívají k upevnění vlastní identity. Kniha může sloužit i jako podklad pro rozhovor – stačí zmínit určité jídlo nebo přečíst krátký úryvek, a klienti často začnou spontánně vyprávět své vlastní zkušenosti.

Díky obrazovému materiálu a popisům běžných situací z domácností minulého století je možné snadno navodit atmosféru důvěrně známou většině seniorů. Práce s knihou je vhodná jak při individuální reminiscenci, tak při skupinových aktivitách – například při tvoření receptu, srovnávání jídel tehdy a dnes nebo sdílení rodinných zvyklostí.

Publikace zároveň pomáhá propojovat senzorické podněty (chuť, vůni, vzhled pokrmu) s paměťovými stopami, čímž podporuje aktivaci epizodické i sémantické paměti, jak uvádějí i Holmerová (2018) a Siverová (2020).

Teoretická část práce shrnula problematiku stárnutí, demence, vzpomínek a reminiscence a vlivu jídla na kognici. V následující výzkumné části se práce zaměřuje na praktickou aplikaci reminiscence u seniorů a vytvoření receptu. Jsou zde uvedené výzkumné otázky a prezentovány výsledky výzkumu pomocí grafů a tabulek.

## II. VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

### 5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Mají klienti zařízení zájem o reminiscenci?
- Jak budou klienti reagovat během setkání?
- Jaká budou nejčastější témata vzpomínek, když klienti myslí na své oblíbené jídlo?
- Budou klienti schopni vytvořit recept svého oblíbeného jídla?
- Bude vytvořený recept aplikovatelný v běžném životě?

Výzkumné šetření probíhalo v termínu od 16. 1. 2024 do 13. 2. 2024.

### 6 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

Na základě shromážděných informací a jejich vyhodnocení byly nastaveny výzkumné otázky pro praktickou část práce. Rozhodl jsem se použít několik metod, včetně dotazníků, obrázkových pomůcek, rozhovorů a hodnotících škál kognitivních funkcí. Dotazníky slouží k získání strukturovaných informací od respondentů, a to formou předem připravených otázek. Jsou efektivním nástrojem pro sběr dat o subjektivním vnímání, postojích nebo zkušenostech klientů a umožňují jejich snadnou kvantitativní analýzu. Mnou použitý dotazník byl vlastní tvorby, ale inspirací pro použité otázky mi byla publikace *Jak jsme vařili a jedli* (Cingrošová, 2018). Obrázkové pomůcky podporují vizuální stimulaci a usnadňují vybavování vzpomínek, zejména u osob s kognitivním deficitem. Mnou použité obrázkové pomůcky – konkrétně ingredience jednotlivých jídel, byla také vlastní tvorby z volně přístupných internetových zdrojů. V kontextu reminiscence pomáhají navodit témata, která by jinak zůstala zapomenuta, a podporují neverbální komunikaci. Rozhovory umožňují hlubší porozumění individuálním zkušenostem klientů. Jsou flexibilní metodou, která poskytuje prostor pro spontánní vyjádření emocí, vzpomínek a postojů, a jsou vhodné zejména pro kvalitativní sběr dat. Pro zhodnocení kognitivního stavu byly využity dvě běžně používané standardizované metody – **Mini-Mental State Examination (MMSE)** a **test kreslení hodin**. MMSE je krátký orientační test, který slouží k základnímu posouzení kognitivních funkcí, jako jsou orientace, paměť, pozornost, výpočetní schopnosti, jazyk a konstrukční schopnosti. Test je snadno administrativně proveditelný, časově nenáročný a umožňuje základní odhad míry kognitivního deficitu. **Test kreslení hodin** je jednoduchý screeningový nástroj, často používaný jako doplněk k MMSE.

Pacient je vyzván, aby nakreslil ciferník a správně umístil ručičky podle zadaného času. Tento test hodnotí zejména vizuálně-prostorové schopnosti, exekutivní funkce a abstraktní myšlení, a může pomoci odhalit i rané známky demence. Obě použité metody byly nalezeny v online materiálech poskytnutých Univerzitou Pardubice.

Nejobtížnější bylo zajištění zařízení pro uskutečnění výzkumné části. Byl jsem 6x telefonicky odmítnut a s jedním zařízením jsem realizaci výzkumu řešil skoro měsíc, což moji výzkumnou část značně oddálilo. Až sedmé zařízení mě přijalo, protože paní ředitelka byla otevřena spolupráci a můj nápad se jí velmi líbil. Domluvili jsme se na osobní schůzce, kde jsem představil svoji práci více detailně a paní ředitelka s uskutečněním výzkumu souhlasila. Současně nabídla, že na základě své osobní znalosti vybere klienty, kteří budou pro výzkum nejvhodnější a budou splňovat kritéria pro zařazení do výzkumu. Dané zařízení je vybaveno kaplí, dílnou pro kreativní zájmové aktivity, kadeřnictvím a speciálně vybavenými místnostmi pro aktivizaci – například pro reminiscenční terapii, muzikoterapii, arteterapii nebo terapie pohybem. Klientům jsou nabízeny různé terapeutické programy včetně výroby, hudebních vystoupení či canisterapie s cílem podporovat jejich kognitivní i emoční pohodu. V rámci péče je k dispozici lékařské pracoviště s pravidelnými vizitami praktického lékaře i psychiatra, díky čemuž lze okamžitě reagovat na zdravotní změny a upravovat léčebné postupy přímo v areálu.

Uskutečnil jsem pět reminiscenčních sezení, kde jsem sledoval chování účastníků a zaznamenával jejich projevy. První reminiscenční sezení bylo v duchu seznámení se s klienty, vzájemného představení a zjištění oblíbeného jídla klientů a vzpomínek spojených s jídlem obecně. Druhé sezení bylo rozděleno na skupiny podle oblíbených jídel. Oblíbená jídla se často opakovala a klienti měli na tomto sezení poznat správné ingredience, ze kterých se připravuje jejich dříve vybrané oblíbené jídlo. Ingredience byly zobrazeny na barevných kartičkách, kde byl také napsán jejich název. Správnost ingrediencí jsem ověřoval v tištěných kuchařkách a na internetu. Na kartičkách bylo u každého jídla úmyslně několik špatných ingrediencí, aby klienti museli vzpomínat, které jsou ty správné (viz příloha D, E, F). Třetí sezení bylo pouze s klienty, kteří dosáhli v poznávání ingrediencí nejlepší výsledků. Jednalo se o tři klienty a tři různá jídla. S těmito klienty byl proveden nový MMSE a Test hodin a poté byli klienti představeni (viz příloha B, C).

Dotazníky a hodnotící škály mi poskytly číselná data o kognitivních schopnostech účastníků, zatímco rozhovory mi umožnily hlouběji porozumět jejich zkušenostem a názorům. Obrázkové pomůcky jsem použil k procvičení kognice a interakce během setkání.

Při reminiscenčních sezeních jsem sledoval emocionální reakce, paměťové vzpomínky a interakce účastníků, které jsem si vlastnoručně zaznamenával na jednotlivé dotazníky v papírové podobě a následně jsem dle záznamů zpětně poznatky zpracovával a zahrnoval je do výsledků práce. Tato pozorování mi poskytla kvalitativní data, která jsem dále zkombinoval s kvantitativními informacemi z dotazníků a hodnotících škál kognitivních funkcí.

Data, která jsem získal, jsem poté analyzoval a prezentoval pomocí tabulek a grafů.

## **6.1 Charakteristika výzkumného vzorku**

Do výzkumného vzorku patřili klienti, kteří splňovali kritéria pro zařazení do kategorie senior (65 let a více) a trpěli kognitivním deficitem ve formě Alzheimerovy demence. Zařadit klienty do odpovídajících skupin bylo možné díky informacím o věku v jejich dokumentaci a diagnóze AD, která byla dále ověřena pomocí dvou kognitivních testů, MMSE a Testu hodin, získaných rovněž z dokumentace. Kognitivní výsledky byly zároveň použity pro předběžné zhodnocení míry spolupráce při sezeních. Bylo osloveno deset klientů, z nichž osm projevilo zájem o účast na reminiscenčních sezeních. Během skupinových reminiscencí se sestava neměnila, obou sezení se zúčastnilo všech osm klientů.

## **6.2 Reminiscence – formy, pomůcky, čas, témata**

Využil jsem dvou forem reminiscence, a to skupinové a individuální. Rozdělení bylo v korespondenci s mou vizí a obě formy jsou doporučovány například v Reminiscence známá i neznámá (Janečková, Čížková, 2021). Sezení byla buď polostrukturovaná pomocí dotazníku, nebo byla nestrukturovaná. Jako pomůcky jsem zvolil fotografie jídel a ingrediencí. Skupinová sezení trvala v obou případech kolem jedné hodiny. Individuální sezení byla časově rozdílnější a trvala od patnácti do osmdesáti minut. Klienti byli vždy předem informováni, jaké bude téma našich sezení. Věděli, že se bude jednat o jídlo a na konci sezení jsem jim nastínil, co nás čeká příště. Osobně mi vždy udělalo radost, když si některý klient pamatoval, co budeme dělat. Obě skupinová sezení probíhala v prostoru klientské jídelny, kde jsem byl s klienty pouze já. Klientům, vlastními slovy, volba prostředí pomohla se lépe vcítit do tématu. Individuální sezení byla s klienty o samotě v jejich pokojích. Domácí prostředí jsem zvolil proto, aby se klienti cítili v bezpečí, byli co nejvíce v klidu, neměli pocit, že někam pospícháme a mohli vzpomínat, jak dlouho jen chtěli.

### **6.3 Analýza dotazníků**

Výsledky této studie jsou prezentovány prostřednictvím grafů a tabulek. U některých otázek je k dispozici pouze slovní popis, zatímco u jiných je pro lepší názornost a přehlednost použit graf nebo tabulka. Záznam setkání vychází z podkladu od autorek Janečková, Vacková (2010, s. 143). Pro potřeby mé práce jsem jej musel mírně upravit (odebral jsem několik pro mou práci nedůležitých položek). Aby bylo možno lépe porozumět distribuci odpovědí respondentů, byly v prezentaci dat využity jak relativní, tak absolutní četnosti. Data byla zpracována pomocí programů Statistica a Microsoft Excel Office.

### **6.4 Setkání na téma „Jaké je Vaše oblíbené jídlo?“**

První setkání bylo na téma „Jaké je Vaše oblíbené jídlo?“. Účast bylo dobrovolná a zcela anonymní. Celkem se zúčastnilo osm klientů. Setkání proběhlo v prostorách jídelny, kde jsme byli pouze já, jakožto vedoucí setkání a klienti, kteří se setkání chtěli zúčastnit. Místo konání bylo vybráno tak, aby se klienti, kteří trpí kognitivní poruchou, mohli co nejvíce vcítit do téma setkání. Klientům byl poskytnut čaj jako občerstvení, klienti mohli kdykoliv odejít na toaletu či odejít úplně. Seděli jsme v kruhu abychom viděli všichni na všechny a já mohl zaznamenat všechny reakce klientů. Zasedací pořádek nebyl stanoven, každý klient si mohl sednout kam chtěl a vedle koho chtěl, pokud tam bylo místo. Setkání bylo vedeno pomocí dotazníku, ale když klient řekl něco mimo nastavené téma, nepřerušoval jsem ho, naopak jsem se aktivně zajímal, na co vše si vzpomene. Setkání trvalo přibližně hodinu a čtvrt. V průběhu setkání jsem zjistil vše, co bylo cílem zjistit a klientům jsem sdělil, že bude následovat další setkání. Všech účastníků prvního setkání jsem se zeptal, zda se chtějí zúčastnit i druhého setkání. Všichni nadšeně souhlasili a řekli mi, že se na příští setkání velice těší. Reakce klientů během prvního setkání jsem si zaznamenal a následně, pro přehlednější zobrazení, přepsal do tabulek.

Hned od začátku bylo patrné, že většina klientů má o téma zájem, i když míra zapojení a emočních reakcí byla u každého jiná a zde je krátké představení všech zúčastněných klientů a slovní zhodnocení prvního setkání:

**NG**, 93 let, muž, na vozíku, těžká demence, během setkání choval spíše negativně. Projevoval se jako pasivní a objevila se u něj i slovní agrese vůči ostatním. Vzpomínky, které sdílel, byly spíše negativní a často odbočoval od tématu. Působilo to, že je napjatý a neklidný.

**HS**, 86 let, střední demence, žena, byla ochotná sdílet své vzpomínky a působila přátelsky. Střídal se u ní pozitivní emoce se smutkem a během setkání i několikrát plakala. Přesto dokázala navazovat na vyprávění ostatních a přinášela do skupiny citlivé postřehy.

**EP**, 83 let, střední demence, žena, tichá, ale pozorná účastnice, byla velmi zapojená. Držela se blízko KM a PS, tvořily společně malou „přátelskou trojici“. Sdílela pozitivní vzpomínky a během setkání se smála a reagovala na ostatní. Projevila vysokou ochotu účastnit se.

**VO**, 81 let, těžká demence, žena s chodítkem, působila klidně a spíše pozorovala. I když se zapojovala méně, bylo znát, že ji téma zajímá. Vzpomínky měla převážně pozitivní, i když se místy projevila nejistě nebo byla zmatená.

**PS**, 77 let, střední demence, žena, která seděla s KM a EP, působila na první pohled uzavřeněji. Její vzpomínky byly častěji negativní a někdy skákala ostatním do řeči. Přesto bylo vidět, že je ve skupině ráda, jen potřebovala více prostoru.

**KM**, 78 let, lehká demence, žena, společenská a živá, byla velmi aktivní. Často začínala témata a zapojovala se s chutí, i když její vyjadřování bylo místy nepřesné. Míchaly se u ní veselé i smutnější emoce, ale celkově působila jako důležitý hybatel diskuse.

**ŠJ**, 77 let, střední demence, hubenější žena klidného vystupování, byla zpočátku tišší, ale když se mluvilo o tradičních jídlech, začala vzpomínat aktivně. Její reakce byly převážně pozitivní, a i když nebyla nejmýraznější, přispěla milými příběhy.

**CJ**, 96 let, střední demence, žena na vozíku, která uváděla, že je nevidomá, byla velmi aktivní. Překvapila svou pozorností, přesností a detailními vzpomínkami. Emočně reagovala výrazně, ale celkově působila vyrovnaně a pozitivně.

Skupina jako celek působila dobře. Převládaly pozitivní reakce – smích, radost, aktivní sdílení. U některých klientů se objevily i slzy, úzkost nebo zmatenost. První setkání vytvořilo základ pro další rozvoj skupinové dynamiky a ukázalo, že téma jídla má silný potenciál pro aktivaci vzpomínek i emocí.

## Záznam k setkání

**Setkání číslo 1**

**Forma reminiscence: skupinová, formální, polostrukturovaná**

**Téma setkání: Jaké je Vaše oblíbené jídlo?**

**Délka setkání: 75 minut**

**Počet účastníků: 8**

**Datum setkání: 16. 1. 2024**

**Vedl: Lukáš Weber**

Účastníci (iniciály):	NG	HS	EP	VO	PS	KM	ŠJ	CJ
√X								
Nezájem	X	X	X	X	X	X	X	X
Pasivita	X	✓	X	X	✓	✓	X	X
Agrese	✓	X	X	X	X	X	X	X
Radost	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Smích	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pláč	✓	✓	X	✓	X	X	✓	✓
Stud	X	✓	X	X	✓	✓	X	X
Nervozita	X	✓	X	X	✓	✓	X	✓
Sebestřednost	✓	X	✓	X	X	X	✓	✓
Zmatenost	✓	✓	X	X	✓	X	X	X
Úzkost	X	✓	X	X	✓	X	X	X

**Obrázek 1 - záznam reakcí a projevů v 1. setkání**

Účastníci (iniciály):	NG	HS	EP	VO	PS	KM	ŠJ	CJ
Převážně pozitivní vzpomínky	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓
Převážně negativní vzpomínky	✓	X	X	X	✓	X	X	X
Neschopnost vyjádřit se	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Měnění tématu	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X
Skákání do řeči ostatním	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fyzický neklid (časté návštěvy WC, ...)	X	✓	X	X	X	✓	✓	X

**Obrázek 2 - záznam typu vzpomínek v 1. setkání**

Účastníci (iniciály):	NG	HS	EP	VO	PS	KM	ŠJ	CJ
Ochota zúčastnit se	3	2	4	4	2	2	3	4
Pozornost	2	2	3	3	3	3	2	4
Smysluplnost vyjadřování	2	3	3	3	2	2	3	3

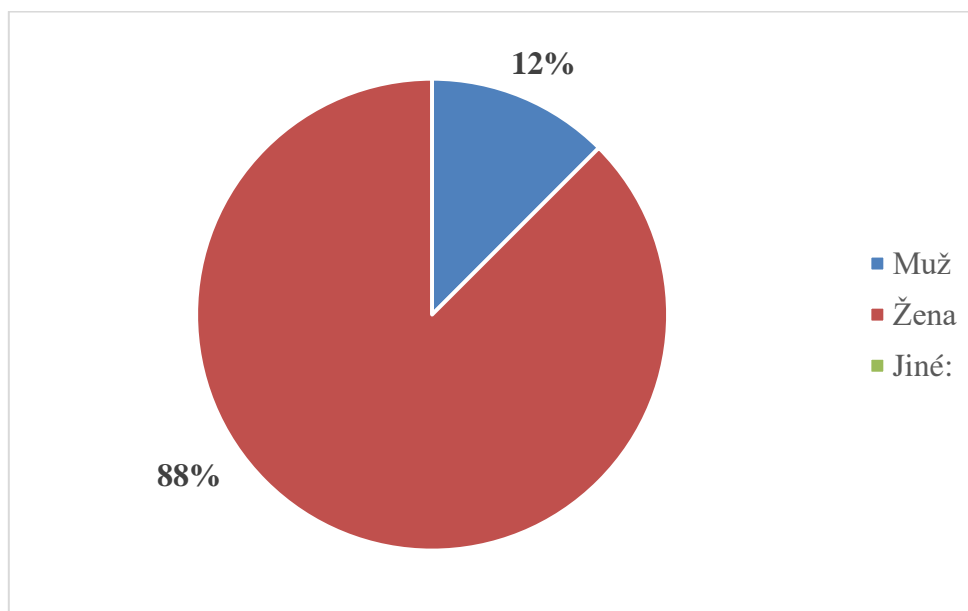
Škála hodnocení 1–4: 1 = žádná, 2 = lehká, 3 = střední, 4 = velká

Obrázek 3 – záznam aktivity a úrovně vyjadřování se v 1. setkání

## 6.5 Výsledky dotazníku na téma „Jaké je Vaše oblíbené jídlo?“ z prvního setkání.

Cílem dotazníku je zjistit, jaké jídlo měli či mají klienti nejraději a na co si vzpomenou, když si dané jídlo vybaví. Rovněž jsem získal informace o charakteru jednotlivých klientů, jak se zapojovali, jak byli sdílní a jaké typy vzpomínek si vybaví (smutné, šťastné, rozzlobené a jiné).

- Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 4 - pohlaví

V této otázce měli respondenti určit své pohlaví, nejvíce byly zastoupeny ženy, kterých bylo 7 (88 %) a pouze 1 muž (12 %).

- Kolik je Vám let?

**Tabulka 1 - věk**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
76-80 let	3	37 %
81 a více let	5	63 %
Celkový počet	8	100 %

Tato otázka byla zaměřena na věk respondentů. 3 respondenti (37 %) byli ve věkovém rozmezí od 76 do 80 let, 5 respondentů (63 %) bylo starších než 81 rok.

- Jaký druh jídla máte raději?

**Tabulka 2- druh jídla**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Slané	4	50 %
Jiné	4	50 %
Celkový počet	8	100 %

V této otázce měli respondenti za úkol určit, který druh jídla mají raději. 4 respondenti (50 %) si vybrali slané jídlo a 4 respondenti (50 %) si vybrali variantu „Jiné“. Všichni 4 respondenti, kteří vybrali možnost „Jiné“, udali následně stejnou odpověď: „Všechny druhy“.

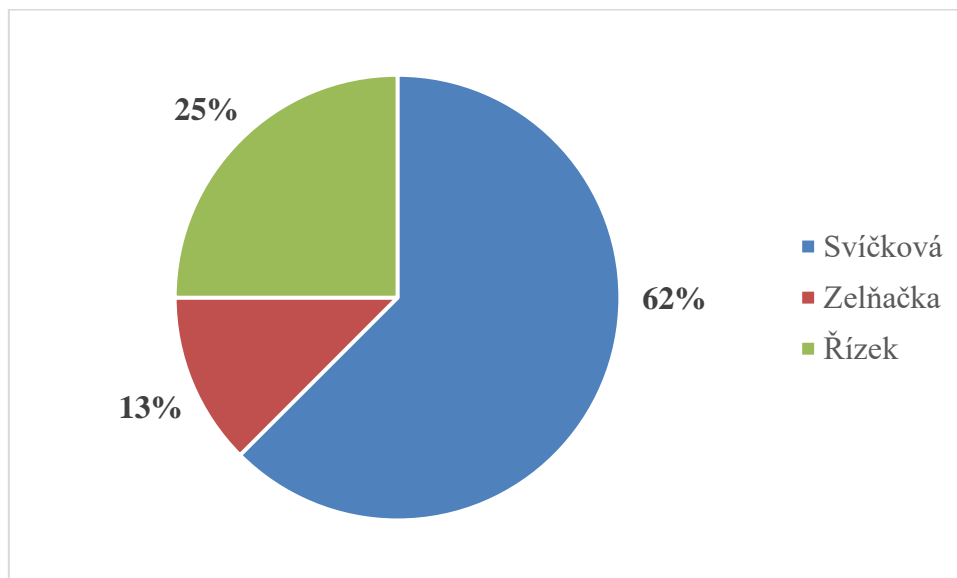
- Jaký typ jídla je Váš oblíbený?

**Tabulka 3 - typ jídla**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Polévka	3	37 %
Hlavní chod	5	63 %
Celkový počet	8	100 %

Otázka číslo 4 měla za cíl určit, který typ jídla respondenti preferují. 3 respondenti (37 %) udali jako svou preferenci polévku, 5 respondentů (63 %) zvolilo hlavní chod.

- Jak se Vaše oblíbené jídlo jmenuje?



**Obrázek 5 - oblíbené jídlo**

Otázka číslo 5 je v dotazníku vedena jako otevřená otázka, avšak z důvodu shodných odpovědí jsem ji pro lepší přehled znázornil pomocí koláčového grafu. 2 respondenti (25 %) uvedli řízek, 1 respondent (13 %) uvedl zelňačku a 5 respondentů (62 %) uvedlo jako svou odpověď svíčkovou omáčku.

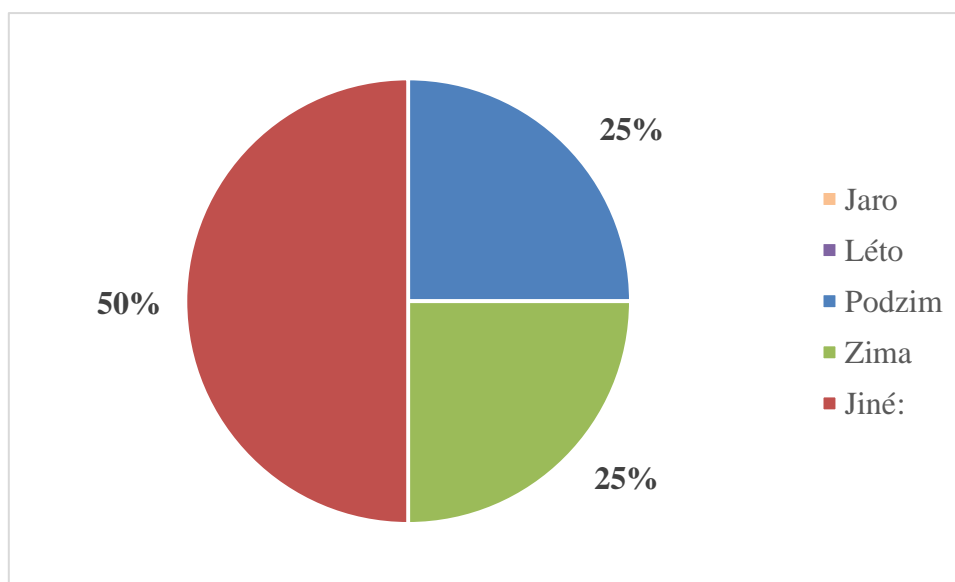
- Jaká je Vaše oblíbená příloha k tomuto jídlu?

**Tabulka 4 - příloha k jídlu**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Knedlíky – jaké? (houškové/bramborové)	3 (3/0)	60 % (100 %/0 %)
Bramborová kaše	2	40 %
Celkový počet	5	100 %

Otázka číslo 6 je podmíněna odpovědí na otázku číslo 4. Pokud respondenti odpověděli v otázce 4 jinak než „Hlavní chod“, otázku číslo 6 nevyplňovali. Z tohoto důvodu zde odpovídalo pouze 5 respondentů. 2 respondenti (40 %) odpověděli, že mají jako oblíbenou přílohu bramborovou kaši a 3 respondenti (60 %) odpověděli, že jejich oblíbená příloha jsou knedlíky, konkrétně pak všichni respondenti uvedli houškové knedlíky.

- S jakým ročním obdobím máte Vaše oblíbené jídlo spojené?

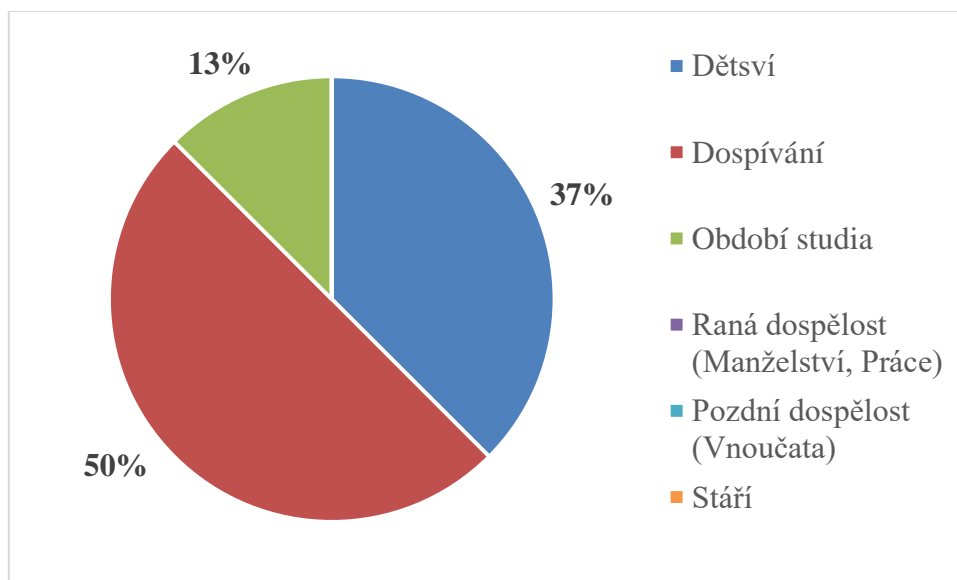


**Obrázek 6 – roční období**

Zde měli respondenti zvolit, s jakým ročním obdobím mají své oblíbené jídlo spojené, 2 respondenti (25 %) odpověděli, že s podzimem, 2 respondenti (25 %) odpověděli, že mají své

oblíbené jídlo spojené se zimou a 4 dotázaní (50 %) odpověděli „Jiné“. Na doplňující otázku odpověděli tři z nich „Kdykoliv“ a jeden odpověděl „V neděli“.

- S jakým životním obdobím máte Vaše oblíbené jídlo nejvíce spojené?



**Obrázek 7 - období života**

Otázka číslo 8 je zaměřená na časové období, které si respondenti vybaví, když myslí na své oblíbené jídlo. 1 respondent (13 %) uvedl, že si vybaví období studia. 3 respondenti (37 %) uvedli, že si své oblíbené jídlo spojují s dětstvím a 4 respondenti (50 %) uvedli, že mají své oblíbené jídlo spojené s obdobím dospívání.

- Kdy jste Vaše oblíbené jídlo jedl/a nejčastěji?

**Tabulka 5 - Kdy jste jídlo jedli**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oběd	7	88 %
Večeře	1	12 %
Celkový počet	8	100 %

Otázka číslo 9 má za cíl určit, kdy respondenti své oblíbené jídlo jedli nejčastěji. Pouze 1 respondent (13 %) odpověděl, že své jídlo jedl na večeři a 7 respondentů (88 %) odpovědělo, že jedli své oblíbené jídlo k obědu.

- Kdo Vám Vaše oblíbené jídlo vařil nejčastěji?

**Tabulka 6 - kdo vařil**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Máma	5	62 %
Táta	1	13 %
Babi	2	25 %
Celkový počet	8	100 %

Otázka číslo 10 má za cíl zjistit, kdo respondentům jejich oblíbené jídlo vařil nejčastěji. 1 respondent (13 %) odpověděl, že jeho oblíbené jídlo nejčastěji vařil táta, 2 respondenti (25 %) uvedli, že to byla babi a 5 respondentů (62 %) odpovědělo, že to byla máma.

- S jakými vzpomínkami máte Vaše oblíbené jídlo spojené? (šťastné, smutné, jiné)

**Tabulka 7 - typ vzpomínek**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Šťastné	6	75 %
Smutné	2	25 %
Celkový počet	8	100 %

Tato otázka měla za cíl zjistit, jaký typ vzpomínek si respondenti vybaví, když myslí na své oblíbené jídlo. Jednalo se opět o otevřenou otázku. Stejně jako v případě otázky číslo 5 byly odpovědi natolik podobné, že jsou výsledky zobrazeny pomocí koláčového grafu a konkrétní odpovědi jsou rozepsány níže. 2 respondenti (25 %) uvedli, že si vybaví smutné vzpomínky a to konkrétně: úmrtí babičky a úmrtí manželky. 6 respondentů (75 %) uvedlo, že si vybaví šťastné vzpomínky, 3 odpovědi nebyly dále specifikované, 3 byly upřesněny. V jednom případě tak, že se na vaření podílela celá rodina, ve druhém případě hned po jídle respondent běžel ven a hrál si s kamarády. V posledním případě se respondent následně rozplakal a vzpomínal na to, že měl 9 sourozenců a že museli mámu hrozně týrat tím, jak

moc jedli. Respondent i po uklidnění emocí trval na tom, že má své oblíbené jídlo spojené se šťastnými vzpomínkami, takže je jeho odpověď vedena jako „šťastné“.

- Na co konkrétně si vzpomenete, když myslíte na své oblíbené jídlo?

**Respondent NG** si vzpomíná na to, že se ženíl pozdě (v 55 letech), oženil se s kuchařkou, která mu uvařila vše, co chtěl a vařila skvěle. Vždy když myslí na své oblíbené jídlo, myslí na to, jak si na něm pochutná. Také si vzpomíná na úmrtí manželky.

**Respondent HS** uvádí, že má „dutou hlavu“ a bohužel není schopna na otázku 12 odpovědět.

**Respondent EP** vzpomíná na to, že se vždy jedlo tak dlouho, až začali lidé od stolu odcházet.

**Respondent VO** vzpomíná na to, že byly dlouhé fronty na maso, vzpomíná na táboráky a výlety s kamarády.

**Respondent PS** vzpomíná na to, že se u jídla vždy sešla celá rodina.

**Respondent KM** vzpomíná na to, že vařila maminka, ale ta umřela na rakovinu, když byl respondent ještě mladý. Od té doby vařil táta, který byl skvělý kuchař. Tento respondent měl 9 sourozenců, takže se vždy vařilo hodně jídla a pomáhala celá rodina. Otec si při pracovní nehodě poranil oči, takže to rodinou situaci ještě ztížilo.

**Respondent ŠJ** vzpomíná na to, že babička byla nejlepší kuchařka. Poté si vzpomněl na úmrtí babičky, rozplakal se a na otázku již nebyl schopen dále odpovídat.

**Respondent CJ** vzpomíná na to, že když byla zelňačka, tak jí musela mamka uvařit celý kotlet, protože táta jí měl velmi rád. Zelňačka se mohla jíst celý den, takže kdo na ni dostal chuť, mohl si jít nandat. Později zjistil, že mamka zelňačku vlastně vůbec nejí, a že ji vařila pouze pro tátu. Ještě vzpomíná, že vnučka je vdaná za muže z Austrálie a ten je kuchař. Dělá úplně jinou zelňačku, než jakou dělala mamka, ale je také skvělá. Vzpomíná i na salát, který dělá manžel vnučky. Je to zeleninový salát, který musí 3 dny dozrávat. Vždy se velice těší na jejich návštěvu.

- Víte, jak se Vaše oblíbené jídlo připravuje?

Otázka číslo 13 měla za cíl zjistit, zda by byli respondenti schopni vzpomenout si na jednotlivé ingredience, vytvořit recept a postup přípravy jídla. Všech 8 respondentů (100 %) odpovědělo ano.

## 6.6 Setkání na téma „Příprava oblíbeného jídla“.

Druhé setkání proběhlo 22. 1. 2024. Zúčastnili se stejní klienti jako na prvním setkání. Druhé setkání trvalo 55 minut, probíhalo skupinovou formou. Setkání proběhlo opět v prostorách jídelny a klientům byl opět poskytnut čaj jako forma občerstvení. Klienti byli rozděleni podle svých oblíbených jídel do 3 skupin. Na toto setkání jsem si přinesl připravené obrázky (barevné, popsané) jednotlivých ingrediencí, ze kterých se oblíbená jídla klientů připravují. Ingredience jsem ověřil pomocí kuchařek a internetových receptů. Vytiskl jsem také několik falešných ingrediencí. Po rozdělení do skupin jsem každému klientovi dal balíček obrázků a vysvětlil průběh a cíl setkání. Klienti 15 minut pracovali samostatně, ale výsledky nikam nevedly, takže jsem s každým klientem individuálně rozdělil obrázky na 2 hromádky – patří a nepatří do jídla. Klienti odpovídali zcela samostatně, já jsem pouze rozdělval obrázky. Hromádky jsem si graficky označil, abych je mohl následně vyhodnotit a zjistit počet chybných odpovědí u každého z klientů. Výsledky jsou důležité pro třetí setkání, které proběhne pouze s klienty, kteří budou mít v tomto cvičení nejméně chyb. Jako chybu počítám uvedení ingredience, která do jídla nepatří jako „patřící“ a naopak.

### Skupina „Svíčková“

**Respondent KM** určil správně 24 ingrediencí a udělal pouze 2 chyby z možných 26. Byl klidný, aktivní a velmi snaživý. Velmi dobře popisoval postup vaření a logicky odvozoval, které ingredience do pokrmu patří a které ne.

**Respondent PS** určil správně 19 ingrediencí a udělal 7 chyb z možných 26. Během aktivity byl aktivní a snažil se, ale třikrát odešel na toaletu, což mírně narušilo jeho soustředění.

**Respondent EP** určil správně 18 ingrediencí a udělal 8 chyb z možných 26. Působil klidně, byl aktivní a pracoval svědomitě.

**Respondent HS** zvládl správně 16 ingrediencí a udělal 10 chyb z možných 26. Zpočátku byl mírně zmatený a měl potíže s pochopením zadání, ale později se snažil dosáhnout co nejlepšího výsledku.

**Respondent NG** určil správně 15 ingrediencí a udělal 11 chyb z možných 26. Během setkání byl velmi unavený, místy usínal. Neudával nevolnost, ale na jeho stav byl ihned po skončení setkání upozorněn personál.

#### **Skupina „Řízek“**

**Respondent VO** určil správně 8 ingrediencí a udělal 6 chyb z možných 14. Působil trochu zmateně, ale snažil se úkol splnit co nejlépe.

**Respondent ŠJ** určil správně 5 ingrediencí a udělal 9 chyb z možných 14. Během aktivity byl nesoustředěný, mírně zmatený a projevoval známky fyzického neklidu – opakovaně poposedával, potil se.

Přestože se oba klienti snažili a projevovali zájem, výsledky této skupiny byly až překvapivě podprůměrné. Jako vedoucí setkání jsem očekával lepší výsledek právě u pokrmu, který považuji za nejjednodušší na přípravu z jídel vybraných klienty. Výkon obou účastníků však ukázal, že i zdánlivě jednoduché úkoly mohou být pro osoby s kognitivním deficitem náročné.

#### **Skupina „Zelňačka“**

**Respondent CJ** určil správně 15 ingrediencí a udělal 1 chybu z možných 16. Respondent byl klidný, aktivní a snaživý.

### **6.7 Setkání na téma „Vytvoření receptu“**

Poslední setkání proběhlo 13. 2. 2024 a bylo vedeno individuální, formální formou. Účastníky byli pouze respondenti, kteří na druhém setkání dosáhli nejlepších výsledků. Setkání proběhla celkem tři a trvala od 10 minut až po 40 minut. S klienty byl vyplněn MMSE a test hodin, poté byl s klienty sepsaný krátký text, který je má za cíl představit Vám, a nakonec byl vytvořen recept na jejich oblíbené jídlo.

#### **Respondenti KM a PS – „Svíčková“**

Původně to měl být pouze respondent KM. Kvůli značnému neklidu respondenta mi bylo, po konzultaci s personálem, doporučeno pozvat ještě jednoho dalšího respondenta, aby se

necítil vybraný senior sám. Přidal se k nám tedy respondent, který dosáhl při našem druhém sezení dalšího nejlepšího výsledku, a to byl respondent PS. Respondent KM dosáhl v testu hodin hodnocení B, respondent PS dosáhl v testu hodin hodnocení E, v MMSE měli oba respondenti 12 bodů.

Respondent KM: Měl devět sourozenců, takže vždy bylo hodně práce. Má dva starší bratry a sedm mladších sourozenců. Otec byl hajný, máma umřela, když byl respondent ještě mladý. Respondent rád vzpomíná na výlety s otcem do lesa, kam chodívali na borůvky a maliny. Otec si při lovu poranil oči, takže poté byla situace v rodině ještě těžší a KM musel v domácnosti hodně pomáhat. Vzpomíná, že bylo po každém jídle velké množství nádobí na mytí a že hodně pomáhala babička s dědou. Respondent pracoval jako soustružník.

Respondent PS: Respondent mluvil pouze o otci a pouze velmi okrajově. Tvrdil, že otec byl silný alkoholik a děti vychovával sám. Nebyl na respondentu nějak zlý, ale byl vždy opilý. Respondent neřekl, kolik měl sourozenců a o matce také vůbec nemluvil. Pracoval jako prodavač v samoobsluze. Tvrdí, že se otec dal po odchodu dětí dohromady a přestal požívat alkohol v tak velkém množství jako dříve.

Recept na svíčkovou omáčku od respondentů KM a PS:

### **Suroviny – Svíčková omáčka:**

Hovězí maso – nejlépe pravá svíčková, přibližně 1 kg

Máslo – od oka

Špek – od oka

Tymián – od oka

Bobkový list - 3 až 4 lístky

Petržel - 2 ks

Mrkev - 2 ks

Cibule - 1 ks

Celer - 1 ks

Olej – od oka

Cukr krupice – dle chuti

Ocet – dle chuti

Hořčice – dle chuti

Hovězí vývar – kolem 500 ml  
Smetana-1 ks  
Sůl – dle chuti  
Pepeř – dle chuti  
Brusinky – k servírování  
Šlehačka – k servírování

### **Suroviny – Knedlíky (houškové):**

Polohrubá mouka – asi 500 g  
Mléko – 1 hrnek  
Droždí  
Cukr krupice – od oka  
Vejce – 1 ks  
Sůl – od oka

### **Postup vaření**

**Svíčková omáčka:** Maso prošpikujte špekem, vetřete do masa koření. Do pekáče s poklicí dejte nakrájenou zeleninu, položte na ni maso a zalijte vše máslem. Přiklopte poklicí a nechte 1 den odpočívat. Obsah pekáče opečte na velké pánvi s trochou oleje, aby se maso zatáhlo. Přidejte cukr, ocet a hořčici, osolte a dejte do trouby. V troubě nechte pekáč asi 2 hodiny. Maso podlévejte vývarem, aby nevyschlo. Nechte vychladnout a oddělte maso od zeleniny. Zeleninu rozmixujte a přidejte smetanu, případně dochuťte.

**Knedlíky:** Do mléka dejte droždí, cukr a sůl, počkejte až se udělá pěna. Přidejte mouku, vejce a trochu soli a důkladně míchejte. Nechte asi 1 hodinu kynout. Z těsta udělejte šišky a v páře uvařte knedlíky.

**Osobní ohodnocení receptu:** Recept na svíčkovou omáčku byl složitější a vyžadoval značné kuchařské zkušenosti. Chyběla přesná množství surovin i důležité technologické detaily, což mohlo vést k nejistotě při přípravě. Absence informací o kynutí knedlíků způsobila časové zdržení. Přesto byl výsledný pokrm chutný, i když si vyžádal improvizaci a přizpůsobení podmínkám. Recept tedy nebyl zcela univerzálně použitelný, ale odrážel

autentičnost paměťové rekonstrukce složitějšího tradičního jídla.

### **Respondent VO – „Řízek“**

Zde bohužel nebylo možné vyplnit MMSE, Test hodin, životní příběh ani vytvořit recept. Respondent byl velmi zmatený a rozrušený, prosil mě ať ho nechám odejít a jelikož byla účast zcela dobrovolná, v odchodu jsem mu nijak nebránil.

**Osobní ohodnocení receptu:** Bohužel nelze hodnotit.

### **Respondent CJ – „Zelňačka“**

Respondent byl klidný, aktivní a snaživý. V Testu hodin dosáhl hodnocení A, v MMSE měl 22 body. Respondent o sobě tvrdí, že je slepý, ale výsledky jeho tvrzení nepodporují, ovšem zarazilo mě, když mi i personál potvrdil, že respondent slepý je.

Respondent má 3 sourozence, je nejmladší, všichni stále žijí. 1 bratr je vystudovaný inženýr a respondent je magistr, ostatní sourozenci nemají vysokoškolské vzdělání. Dětství měl respondent šťastné, měl oba rodiče, na které hezky vzpomíná. Máma a bratr Josef se narodili na Nový rok, takže vždy byla velká oslava. Vzpomíná na alkoholové večírky spojené s oslavami Nového roku a narozenin. Vzpomíná, že na Vánoce přijela babička a dělala husu a kapra. Vždy je rád, když ho přijde některý sourozenec navštívit. Pracoval jako učitel matematiky na druhém stupni. Ve škole měl vždy samé jedničky. Vždy se těší na červen, protože má narozeniny a přijede vnučka až z Austrálie. Respondent vzpomíná na to, jak poznal svého manžela. Manžel byl voják z povolání a respondent chodíval kolem kasáren, kde po sobě 2 roky „pokukovali“. Vzpomíná na válku a vzpomíná i na důvod proč je ve specializovaném zařízení a velmi lituje toho, jak se choval, ale říká, že zcela chápe, proč musel jít pryč. Říká, že se ve specializovaném zařízení cítí jako v nebi, protože jsou na něj všichni hodní a stále se něco děje.

### **Suroviny – Zelňačka:**

Kyselé zelí – 1 sklenice

Cibule – 1ks

Koření paprika – 1 až 2 lžice

Bobkový list – 2 ks  
Nové koření – dle oka  
Kmín – dle oka  
Pepř – dle chuti  
Hladká mouka – dle oka  
Hovězí vývar – 1 až 2 litry  
Sůl – dle chuti  
Sádlo – trochu

**Postup vaření:**

Slijte zelí a propláchněte ho vodou, dejte do kastrolu, zalijte vývarem, přidejte bobkový list, kmín a nové koření. Vařte zelí do měkka. Na pánvi orestujte na sádle cibuli, osolte, opepřete dle chuti a přidejte papriku, nakonec posypte moukou, aby vznikla taková jíška. Směs přidejte k zelí a ještě 30 minut vařte.

**Osobní ohodnocení receptu:** Recept na zelňačku byl překvapivě přehledný a prakticky využitelný. Výsledná polévka odpovídala tradičnímu pojetí, i když postrádala obvyklé suroviny, jako jsou uzeniny či brambory. Tyto odchylky však odrážejí individuální vzpomínky a zkušenosti, nikoli chyby v receptu. Absence masa může souviset s dobovým kontextem – například s omezenou dostupností potravin v 50. letech. Recept byl snadno realizovatelný i pro začátečníky a umožňuje úpravy podle preferencí. Celkově šlo o funkční a autentický výstup reminiscenčního procesu.

## 7 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá využitím reminiscence u seniorů s Alzheimerovo demencí. Cílem bylo zjistit, zda si klienti vybaví nějaké vzpomínky, když budou myslet na své oblíbené jídlo, sledovat reakce klientů na jednotlivých reminiscenčních setkáních a zda budou schopni dát dohromady smysluplný recept svého oblíbeného jídla.

Výzkum byl prováděn ve specializovaném zdravotnickém zařízení. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 8 klientů, kteří se všech společných setkání zúčastnili v plném počtu. Klienti měli během jednotlivých setkání různé nálady a dosahovali různých výsledků, ale nebylo nutné žádného klienta ze zdravotních důvodů vyřadit. Data byla získávána pomocí dotazníku, pozorování, obrázkových pomůcek a rozhovorů.

Bylo stanoveno celkem 5 výzkumných otázek.

### 7.1 Výzkumná otázka č. 1: Mají zařízení klienti zájem o reminiscenci?

Bylo osloveno celkem 10 klientů (100 %), z toho 8 (80 %) projevilo zájem o reminiscenční setkání.

Šírová (2020) ve své práci zaměřené na využití reminiscence u seniorů převážně bez nebo s mírnou poruchou kognice uvádí, že z dotazníkového šetření zjistila, že zájem o reminiscenci by mělo 58 z oslovených 70 klientů. To by bylo zaokrouhleně 83 %. Šírová měla ve své práci mnohem větší vzorek respondentů, nežli jsem měl já, ale procentuálně jsme došli k velice podobným výsledkům. Vzorek se ale časem změnil a zůstalo stálých 18 klientů. Šírová ve své práci popisuje problematiku velkého množství zájemců a následnou nutnost redukce účastníků reminiscenčních setkání, kdy ideální počet bylo 5-6 účastníků a uskutečnila celkem 80 reminiscenčních sezení. Výzkum probíhal v období prosinec 2017 až duben 2020. Cílem práce bylo zjistit, jaké emoce, vzpomínky a reakce reminiscence u klientů vyvolává, jaká témata jsou mezi klienty nejoblíbenější, jaké techniky jsou při reminiscenci využívány a jaký má reminiscence vliv na psychický stav klienta. Autorka zároveň zkoumala i negativní reakce a reakce personálu na danou metodu reminiscence. (Šírová, 2020)

Gubanyiová (2022) ve své práci zaměřené na využití reminiscence u seniorů trpících chronickou duševní chorobou, také uvádí velice vysoký zájem o reminiscenci ze strany klientů, a to dokonce 87,5 %. Výzkumné šetření probíhalo v období od 28. 2. 2022 do 31. 3. 2022 a zapojilo se do něj celkem 10 respondentů, z toho 9 žen a 1 muž. Cílem práce bylo zjistit, zda reminiscenční aktivity pozitivně ovlivňují psychický stav klientů v domově důchodců. Autorka

prostřednictvím reminiscenčních setkání sledovala, jaký vliv má vzpomínání na náladu a chování seniorů, a zda tyto aktivity přinášejí pozitivní změny. Použila k tomu pozorování, rozhovory a dotazníky. Výsledky ukázaly převahu pozitivních emocí, zejména radosti a smíchu, a potvrdily význam reminiscence pro zlepšení kvality života seniorů. (Gubanyiová, 2022)

Výsledky výzkumu jednoznačně potvrdily, že reminiscenční sezení zaměřená na téma jídla mají pozitivní vliv na aktivaci autobiografické paměti u seniorů s Alzheimerovou demencí. Konkrétně 83 % respondentů (tj. 5 z 6 zapojených klientů) bylo schopno při práci s vybranými surovinami či při diskusi o svém oblíbeném pokrmu spontánně vybavit jednu nebo více osobních vzpomínek z dětství, rodinného života nebo profesní minulosti. 67 % účastníků zároveň verbálně komentovalo emoce spojené s danou vzpomínkou (např. „Tohle jsme dělali vždy na Vánoce s babičkou“ nebo „Pamatuji si, jak jsem to vařila mužovi na svatbu“), což poukazuje na vysokou míru emocionálního prožitku.

Výrazným momentem bylo také to, že čtyři klienti (67 %) dokázali na základě vybavené vzpomínky formulovat vlastní recept včetně ingrediencí a postupu, přestože běžně projevovali omezené verbální schopnosti. U dvou klientů byl navíc během sezení pozorován nárůst mimických projevů, oční kontakt a snaha o navázání interpersonální interakce, která v běžném kontaktu chyběla.

Tato zjištění jsou v souladu s teoretickými východisky, která zdůrazňují význam emocionálně zabarvených podnětů pro vybavování paměťových stop u osob s demencí. Jak uvádí Siverová (2020), sensorické stimuly, jako jsou vůně, chuť či vizuální forma potravin, mohou aktivovat hluboce uložené autobiografické vzpomínky, zejména pokud jsou spojeny s významnými životními situacemi. Holmerová (2018) k tomu dodává, že emočně relevantní reminiscence může posílit subjektivní pocit identity a napomoci udržení kognitivní pohody u osob v pokročilém věku.

Význam jídla v kontextu paměti je tedy nejen kulturní či biologický, ale především emocionální. V této souvislosti se reminiscence prostřednictvím potravin jeví jako efektivní, přirozený a důstojný způsob, jak aktivizovat seniora a zároveň mu zprostředkovat zážitek pozitivní interakce, která má terapeutický potenciál.

## 7.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak budou klienti reagovat během setkání?

V rámci reminiscenční terapie mohou klienti prožívat široké spektrum emocí – od pozitivních přes ambivalentní až po negativní. Tyto reakce jsou přirozenou součástí terapeutického procesu, neboť vzpomínky, zejména autobiografické, jsou často silně emočně zabarvené. Výzkum potvrdil, že pozitivní reakce jako radost, úsměv nebo smích převládaly u většiny účastníků. Konkrétně 5 z 6 klientů (83 %) spontánně vyjádřilo pozitivní emoce při vybavování si oblíbeného jídla, zatímco smutek či nostalgii uvedli 2 klienti (33 %).

Zaznamenány byly i projevy neklidu (u 3 klientů) a výjimečně se objevila i mírná verbální agrese (u 1 klienta). Tyto reakce nebyly trvalého charakteru a odezněly po změně tématu nebo po individuálním přístupu terapeuta. Ukazuje se, že reminiscence může působit jako tzv. *emocionální spouštěč*, a je tedy nezbytné, aby pracovník byl schopen flexibilně reagovat a zároveň umožnil klientovi bezpečně emoci vyjádřit.

Šírová (2020) uvádí, že reminiscenční setkání velmi často vedou k pozitivním reakcím, především ve formě smíchu, sdílení a sounáležitosti mezi účastníky. Zdůrazňuje však, že i negativní emoce mají své místo – mohou vést k vnitřní katarzi a hlubšímu sebepoznání, zejména pokud jsou ošetřeny v individuálním formátu. „Každá emoce, ať pozitivní či negativní, má terapeutickou hodnotu, pokud je správně uchopena a doprovázena odborně vyškoleným pracovníkem.“ (Šírová, 2020, s. 91)

Holmerová (2018) se ve své publikaci zaměřuje mimo jiné i na práci se smutkem, který může být během reminiscence vyvolán. Podle jejích závěrů není cílem reminiscence vyhýbat se negativním emocím, ale vytvořit bezpečný prostor pro jejich zpracování, což v konečném důsledku přispívá ke zlepšení celkového psychického stavu seniora:

„Smutek je běžnou součástí reminiscenčních sezení a může být katalyzátorem úlevy, pokud je sdílen a validován.“ (Holmerová, 2018, s. 149)

Tato teoretická východiska korespondují i s pracemi Šírové (2020) a Gubanyiové (2022). Obě autorky popisují převahu pozitivních emocí, jako jsou radost a smích, ale rovněž zaznamenávají projevy negativních reakcí (např. odbíhání od tématu, skákání do řeči či pláč). Společným jmenovatelem všech studií je skutečnost, že reminiscence – správně vedená – umožňuje klientům autenticitu projevu a zároveň může posílit jejich identitu a emoční stabilitu.

Pro reminiscenci s očekávanými negativními projevy se jako vhodnější ukazuje individuální forma, která minimalizuje riziko negativního ovlivnění skupinové atmosféry. Naopak u pozitivně laděných témat, jako jsou svátky, tradiční jídla nebo dětské hry, je vhodné volit skupinovou reminiscenci, kde se mohou jednotlivé pozitivní vzpomínky navzájem zesilovat a podpořit sounáležitost skupiny.

### **7.3 Výzkumná otázka č. 3: Jaká budou nejčastější témata vzpomínek, když klienti myslí na své oblíbené jídlo?**

Jídlo v sobě nenesou pouze nutriční hodnotu, ale i hluboce zakořeněné kulturní a emocionální významy. V kontextu reminiscence u seniorů s Alzheimerovou demencí se oblíbené jídlo ukazuje jako silný spouštěč osobních, často velmi specifických vzpomínek. Tyto vzpomínky nejsou izolované – obvykle zahrnují i osoby, místa, činnosti a emoce, které s daným jídlem souvisejí. Jak uvádí Ghetti (2019), emočně zabarvené podněty mají vyšší šanci na vybavení než ty neutrální, a právě jídlo jako multisenzorický stimul (chuť, vůně, vzhled) aktivuje jak autobiografickou, tak emocionální paměť.

Reminiscenční setkání realizovaná v rámci této práce byla cíleně zaměřena na téma „jídlo a vaření“. Klienti při vybavování svých oblíbených pokrmů spontánně vzpomínali nejen na samotnou přípravu pokrmu, ale zejména na osoby, které s nimi daný pokrm sdílely – nejčastěji na matku, babičku, manžela či děti. Vzpomínky byly nejčastěji spojeny s dětstvím, rodinnými oslavami, svátky (zejména Vánoce), ale i běžnými denními rituály. Převládaly vzpomínky pozitivní, často doprovázené úsměvem, smíchem a verbálním vyjadřováním radosti. V několika případech se objevily i vzpomínky smutné, obvykle v souvislosti s úmrtím blízké osoby nebo ztrátou rodinného zázemí, které klienti pojmenovávali jako „dobré časy, co už se nevrátí“.

Podobné zkušenosti popisuje Šírová (2020), která uvádí, že mezi nejčastější témata vzpomínek při reminiscenčních sezeních patřily právě rodinné vazby, dětství a sváteční chvíle. Jako oblíbená vzpomínková témata označují její respondenti mimo jiné také školní docházku, zábavy, narození dětí a svatbu. Naopak negativní témata zahrnovala ztrátu blízkých osob, válku, onemocnění a chudobu. Šírová zároveň upozorňuje, že volnější struktura setkání, při které si klienti vybírají vzpomínkové téma sami (např. na základě vizuálních nebo senzorických podnětů), bývá často efektivnější než pevně strukturované reminiscenční osnovy.

Holmerová (2018) akcentuje terapeutický potenciál vzpomínek na každodenní aktivity, včetně přípravy jídla, které jsou nejen snadno vybavitelné, ale také přispívají k obnově identity seniora. Zdůrazňuje, že připomínání známých vůní a chutí může aktivovat pozitivní emocionální odezvu, a tím přispívat ke zlepšení psychického stavu a pocitu bezpečí. Ve své praxi potvrzuje, že u osob s demencí hraje jídlo významnou roli v aktivaci dlouhodobé paměti, a doporučuje s tímto podnětem cíleně pracovat.

Srovnatelné výsledky přinesly i výzkumy Šírové (2020) a Gubanyiové (2022). Obě autorky ve svých výzkumných zprávách uvádějí, že mezi klienty nejčastěji vybavovaná témata patřilo dětství, rodinný život, zaměstnání a svátky, přičemž právě Vánoce a tradiční pokrmy byly velmi častým bodem vzpomínek. Mezi méně příjemná témata, která klienti vybavovali méně rádi nebo s nelibostí, patřily ztráty blízkých, nemoc, ústavní léčba nebo rozvod.

#### **7.4 Výzkumná otázka č. 4: Budou klienti schopni vytvořit recept svého oblíbeného jídla?**

Cílem jednoho z reminiscenčních setkání bylo zjistit, zda jsou klienti schopni samostatně formulovat recept na své oblíbené jídlo – tedy vybavit si suroviny, postup přípravy a případně i tradiční postupy či individuální zvyklosti. Při prvotním dotazování během prvního sezení všichni respondenti (100 %) spontánně deklarovali, že si přesně pamatují, jak se jejich oblíbené jídlo připravuje. Avšak při praktické aktivitě ve druhém setkání tato proklamovaná jistota narazila na limity kognitivních funkcí.

Výsledky druhého sezení ukázaly, že ani jeden z klientů nebyl schopen bezchybně popsat celý recept. Přestože někteří jednotlivci vykazovali poměrně dobré výsledky (zejména v počátečních fázích – výběr hlavní suroviny nebo zmínění tepelné úpravy), žádný z výstupů nebyl úplný a bezchybný. Převažovaly odpovědi s významnými nedostatky, jako je vynechání klíčové suroviny, nepřesné pořadí kroků nebo zaměňování pojmů. Tento výsledek je v souladu s obecně známými projevy Alzheimerovy choroby, kde procedurální paměť může být do jisté míry zachována, ale epizodická a pracovní paměť, potřebná pro rekonstrukci komplexní činnosti, bývá významně narušena.

Zajímavým zjištěním byla relativně nízká výkonnost skupiny respondentů, kteří si zvolili jednoduchý pokrm – smažený řízek. Ačkoli by se dle logiky dalo očekávat, že jednodušší pokrm bude snáze vybavitelný, tato skupina dosáhla nejhorších procentuálních výsledků. Tento

paradox může být vysvětlen tím, že jednoduchost pokrmu paradoxně ztížila aktivaci vzpomínek, neboť řízek je běžný a málo osobně/emocionálně specifický. Naproti tomu složitější jídla, jako je svíčková nebo zelňačka, bývají tradičně spojována s konkrétními událostmi (např. svátky, rodinné oslavy) a tudíž lépe zakotvena v autobiografické paměti.

Při třetím sezení, kdy měli klienti za úkol vytvořit recept ve spolupráci s terapeutem, se ukázalo, že úspěšnost tohoto úkolu závisí nejen na individuální kognitivní kondici, ale i na emocionálním rozpoložení a interakci s druhou osobou. Respondent reprezentující skupinu „Řízek“, ačkoliv měl ve druhém sezení nejméně chyb ve skupině „Řízek“, nebyl schopen formulovat recept, a dokonce požádal o ukončení setkání. Tento případ ilustruje význam emoční stability pro úspěšné zapojení do reminiscenční aktivity.

Naproti tomu respondent CJ („Zelňačka“) vykazoval stabilní emoční stav, byl otevřený, sdílný a dokázal popsat přípravu jídla do podrobností. Zároveň subjektivně popsal zlepšení svého zdravotního stavu a „ústup příznaků Alzheimerovy choroby“, což může být interpretováno jako pozitivní vnímání reminiscenční intervence.

Zvláštní pozornost si zaslouží i případ skupiny „Svíčková“, kde původní reprezentant (KM) vykazoval během rozhovoru známky neklidu a dezorientace. Teprve po přizvání dalšího člena skupiny (PS) se oběma respondentům podařilo recept formulovat, i když s viditelnými známkami nejistoty. Tento případ potvrzuje hypotézu o významu sociální podpory a sdílení reminiscenční aktivity, jak ji popisuje například Holmerová (2018).

Šírová (2020) i Holmerová (2018) se ve svých textech shodují, že schopnost seniorů s demencí navázat na strukturované vzpomínky závisí nejen na kognitivním stavu, ale i na kvalitě vztahu s terapeutem, atmosféře bezpečí a míře podnětnosti prostředí. Obě autorky doporučují kombinaci strukturované podpory (např. pomocné otázky, pomůcky jako obrázky či suroviny) a dostatečného prostoru pro spontánní vyjádření.

## **7.5 Výzkumná otázka č. 5: Bude vytvořený recept aplikovatelný v běžném životě?**

Jedním z cílů reminiscenčních sezení bylo nejen vybavení oblíbených pokrmů z paměti, ale i vytvoření receptu, který by mohl být v praxi realizovatelný – tedy srozumitelný, technologicky proveditelný a kulinárně funkční. Vzhledem k tomu, že se nepodařilo dokončit recept na přípravu smaženého řízku, byly do tohoto hodnocení zahrnuty pouze dvě zbývající varianty: zelňačka a svíčková na smetaně.

### **Zelňačka**

Recept na zelňačku byl navzdory obavám překvapivě jasný, strukturovaný a prakticky dobře využitelný. Výsledná polévka odpovídala tradičnímu českému pojetí pokrmu. Postup byl relativně jednoduchý a jednotlivé kroky byly podány v logickém sledu. Nutričně se však jednalo o verzi poněkud zjednodušenou – v receptu zcela chyběla masová složka, zejména uzenina, která bývá v klasických recepturách standardem (např. klobása či uzené maso). Dalším prvkem, který v receptu chyběl, byly brambory, které jsou v některých krajových variantách běžnou součástí. Tyto nedostatky však nelze považovat za chyby, ale spíše za individuální rozdíly ve vnímání tradičních receptur.

Za pozornost zde stojí fakt, že chybění uzeniny v receptu může souviset s historickým kontextem a individuální životní zkušeností klienta. Ačkoliv byly klobásy a další uzeniny v Československu běžně známé a dostupné i před 70 lety, jejich dostupnost nebyla vždy samozřejmá. V 50. letech byla potravinová situace ještě částečně ovlivněna poválečným přidělovým systémem, který byl sice oficiálně zrušen v roce 1953, ale jeho dopady přetrvávaly ještě několik let. Uzeniny, včetně klobás, mohly být ve městech omezeny zásobováním, zatímco na venkově byly často dostupné formou domácí zabijačky (Holmerová, 2018). Je tedy možné, že respondent si zelňačku ve svém osobním vzpomínkovém rámci spojuje s jednodušší variantou – bez masa – protože právě tuto verzi znal z vlastního dětství či mládí.

Tato interpretace potvrzuje, že paměť není objektivní záznam skutečnosti, ale selektivní a emocionálně podmíněný proces, který odráží životní kontext jedince. Z terapeutického hlediska je tedy důležité přistupovat k těmto výstupům nikoliv jako ke „správným“ či „nesprávným“, ale jako k autentickým odrazům osobních zkušeností.

Recept byl funkční a srozumitelný, a to i pro kuchaře bez předchozích zkušeností. Na základě této zkušenosti lze konstatovat, že recept vytvořený klientem byl v praxi plně realizovatelný, s

možností drobných úprav dle osobních preferencí. Toto u sledovaného seniora dokládá, že i osoby se syndromem demence, pokud se nacházejí v klidném prostředí a dostane se jim podpory, mohou vytvořit recept prakticky použitelný v běžné domácnosti.

### **Svíčková na smetaně**

Recept na svíčkovou omáčku představoval větší výzvu, a to nejen z pohledu náročnosti samotného pokrmu, ale i z hlediska paměťové rekonstrukce postupu. Respondenti nebyli schopni specifikovat přesná množství jednotlivých ingrediencí – většina komponent byla určena „od oka“. Pro kuchaře s menšími zkušenostmi může být tento přístup matoucí a výsledné jídlo může být nekonzistentní. Rovněž nebyly uvedeny některé technologické detaily, jako je optimální teplota pečení masa nebo časová náročnost jednotlivých kroků, což mohlo vést k nejistotě během samotné přípravy.

Další komplikací byl postup přípravy houskových knedlíků, které vyžadují minimálně hodinové kynutí. Tento časový údaj však nebyl v receptu uveden, což vedlo ke zpoždění přípravy jídla o více než 60 minut. I přes tyto obtíže byl pokrm výsledně chutný a byl shledán jako úspěšně připravený, byť s nutností improvizace. Je třeba podotknout, že některé obtíže nebyly způsobeny receptem samotným, ale omezenými možnostmi kuchyňského vybavení (např. chybějící napařovací nádoba pro vaření knedlíků).

Z výše uvedeného vyplývá, že recept na svíčkovou omáčku byl aplikovatelný pouze částečně a vyžadoval značnou míru zkušenosti, předvídavosti a přizpůsobení ze strany kuchaře. Tento fakt reflektuje skutečnost, že složité pokrmy kladou vyšší nároky nejen na kognitivní funkce klienta během tvorby receptu, ale i na interpretační schopnosti osoby, která se rozhodne jídlo uvařit.

### **Shrnutí**

Obě jídla – zelňačka i svíčková – byla připravena, ochutnána a zhodnocena jako smysluplný výsledek reminiscenčního úsilí. Přestože recepty nebyly bezchybné, jejich hodnota spočívá především v procesu jejich tvorby, aktivaci paměti, emocí a identity klientů, nikoliv v dokonalé kulinářské preciznosti. Jak uvádí Holmerová (2018), smyslem reminiscenční terapie není technická dokonalost výstupu, ale kvalita prožitku klienta a jeho aktivní účast.

Z hlediska praktické aplikace lze konstatovat, že recept na zelňačku byl v běžné kuchyňské praxi plně použitelný a funkční, zatímco svíčková vyžadovala doplnění, přizpůsobení a

pokročilejší kuchařské dovednosti. Přesto i tento výstup považuji za přínosný z hlediska reminiscenčního procesu.

Závěrečná práce „Vaření jako cesta ke vzpomínkám: Podpora seniorů s Alzheimerovou demencí“ přináší praktický přínos zejména v oblasti aktivizačních metod pro seniory trpící demencí. Výzkum ukazuje, že tematická reminiscence zaměřená na oblíbená jídla a jejich přípravu může mít pozitivní dopad na náladu, emoční stabilitu i kognitivní funkce klientů. Během setkání se ukázalo, že i osoby s výraznějším kognitivním deficitem jsou schopny vybavit si nejen jednotlivé ingredience, ale i konkrétní postupy, což posiluje jejich sebedůvěru a pocit vlastní hodnoty. Aktivita zároveň podporuje komunikaci a mezilidské vztahy, což je pro osoby se syndromem demence obzvlášť cenné. Na základě zjištění lze doporučit zařazení podobně zaměřených reminiscenčních setkání do běžné praxe v domovech pro seniory i ve specializovaných zařízeních pro osoby s demencí. Vzhledem k tomu, že jádrem aktivity bylo vzpomínání na konkrétní oblíbená jídla, jejich ingredience a postup přípravy, je vhodné pracovat se známými a smyslově výraznými podněty, jako jsou obrázky jídel, suroviny, kuchyňské náčiní nebo vůně. Tyto prvky výrazně napomáhají vyvolání vzpomínek a zároveň podporují spontánní komunikaci. Důležitou roli hraje i atmosféra setkání – přátelská, bezpečná a otevřená –, která umožňuje klientům sdílet osobní příběhy a pocity. Někteří účastníci projevili během setkání silné pozitivní emoce a zájem o spolupráci, což svědčí o tom, že i v pokročilejších fázích demence může mít reminiscence smysl. Pokud to zdravotní stav dovolí, může být přínosné recepty společně realizovat v kuchyni zařízení, což posiluje nejen paměť, ale i pocit kompetence a radost z činnosti.

## 8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje využití reminiscence zaměřené na jídlo u seniorů s Alzheimerovo demencí. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část se zabývá problematikou stárnutí a stáří, demencemi, speciálně Alzheimerovo demencí, vzpomínáním a reminiscencí, a vlivem jídla na kognici.

Výzkumná část se zabývá aplikací reminiscence do praxe a vytvořením receptu s klienty. Hlavním cílem této práce je vytvořit použitelný recept s klientem trpícím Alzheimerovo demencí. Tento recept vytváří sám klient. Mojí hlavní motivací bylo zjistit, zda při zajištění vhodných podmínek, dokážu pomocí reminiscence s klientem, který při návštěvě mnohdy nepozná ani vlastního partnera, dítě nebo vnuče, vytvořit recept, který bude možné použít k uvaření požitelného jídla.

Výzkum ukázal, že právě téma jídla může být velmi účinným nástrojem k vyvolání emocionálně silných vzpomínek, často spojených s dětstvím, rodinou nebo významnými životními událostmi. I u osob s pokročilým kognitivním deficitem vedlo vzpomínání na oblíbené pokrmy k aktivní účasti, radosti a sdílení osobních zážitků.

Přestože respondenti často uváděli, že si pamatují přípravu svého oblíbeného jídla, jejich výkony při tvorbě receptu ukázaly opak. Nejlepšího výsledku dosáhl respondent CJ, kterému se podařilo vytvořit funkční recept na zelňačku. Naopak skupina „řízek“, která se měla věnovat zdánlivě nejjednoduššímu pokrmu, dosáhla překvapivě podprůměrných výsledků. Tato zjištění potvrzují, že schopnost vybavit si konkrétní kroky v kuchyňských postupech není samozřejmá a může být ovlivněna nejen mírou kognitivního deficitu, ale i aktuálním psychickým a fyzickým stavem.

Práce rovněž upozorňuje na důležitost vizuálních a dalších smyslových pomůcek, které usnadňují vzpomínání a podporují komunikaci. Při tvorbě receptů se jako efektivní ukázala spolupráce ve dvojicích nebo skupinách, která přispívá nejen k vyšší kvalitě výstupů, ale také k větší psychické pohodě účastníků. Jako další doporučený krok se nabízí realizace vybraných receptů přímo v zařízení, čímž se propojí kognitivní stimulace s praktickou činností a smysluplným prožitkem. V neposlední řadě práce podtrhuje význam citlivého vedení při zpracování případných negativních emocí, které se mohou během reminiscence objevit.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

BEJAN, Alexander; GÜNDOĞDU, Ramazan; BUTZ, Katherina; MÜLLER, Nadine; KUNZE, Christophe et al. Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia. Online. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2018, roč. 51, č. 1, s. 9-15. ISSN 0948-6704. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1347-7>. [cit. 2024-04-22].

BELKACEMI, Abdenour; DOGGUI, Sihem; DAO, Lé a RAMASSAMY, Charles. Challenges associated with curcumin therapy in Alzheimer disease. Online. *Expert Reviews in Molecular Medicine*. 2011, roč. 13. ISSN 1462-3994. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1462399411002055>. [cit. 2024-04-22].

BOWMAN, G.L.; SILBERT, L.C.; HOWIESON, D.; DODGE, H.H.; TRABER, M.G. et al. Nutrient biomarker patterns, cognitive function, and MRI measures of brain aging. Online. *Neurology*. 2012, roč. 78, č. 4, s. 241-249. ISSN 0028-3878. Dostupné z: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182436598>. [cit. 2024-04-22].

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

CINGROŠOVÁ, Klára a DVOŘÁKOVÁ, Klára. *Jak jsme vařili a jedli: knižka pro vzpomínání a procvičování paměti*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1332-1.

ČELEDOVÁ, Libuše a HOLČÍK, Jan. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-2463-809-6.

*Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti*. ISSN 1212-0383.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Výroční zpráva za rok 2018 [online]. [8] s. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/005/000676.pdf?seek=1561919332> [cit.2024-02-18].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. Proměny věkového složení obyvatelstva ČR 2001–2050 [online]. Praha: Český statistický úřad, [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/92011146/13015819a.pdf/1ef6814b-50bc-47d2-a63b->

[4781849d9e83?version=1.2&fbclid=IwAR0VDVjy9ztH3NriA6kgmnFLV\\_FF4IR0qG7FsQ7\\_M0iYA9yS3e69yJeHhMw](https://doi.org/10.12715/har.2014.3.12)

Designing dissemination strategies to maximise stakeholder engagement. Online. *Healthy Aging Research*. 2014. ISSN 22617434. Dostupné z: <https://doi.org/10.12715/har.2014.3.12>. [cit. 2024-04-22].

DOBŘÉ ŘEZNICTVÍ. *Maso* [online]. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: <https://dobrereznictvi.cz/maso/>

Do we overtreat dementia? Online. *Healthy Aging Research*. 2014. ISSN 22617434. Dostupné z: <https://doi.org/10.12715/har.2014.3.11>. [cit. 2024-04-22].

DUONG, Silvia; PATEL, Tejal a CHANG, Feng. Dementia. Online. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. 2017, roč. 150, č. 2, s. 118-129. ISSN 1715-1635. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1715163517690745>. [cit. 2024-04-22].

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

ESKELINEN, Marjo H.; NGANDU, Tiia; TUOMILEHTO, Jaakko; SOININEN, Hilka a KIVIPELTO, Miia. Midlife Healthy-Diet Index and Late-Life Dementia and Alzheimer's Disease. Online. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2011, roč. 1, č. 1, s. 103-112. ISSN 1664-5464. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000327518>. [cit. 2024-04-22].

ETXEBERRIA, I., et al. (2021). *Cooking with memories: A therapeutic reminiscence intervention using food and recipes*. *Journal of Aging Studies*, 59, 100976.

*Farmakoterapeutická revue*. 2021. Praha: Current Media, 2021. ISSN 2533-6878.

FÉART, Catherine; PÉRÈS, Karine; SAMIERI, Cécilia; LETENNEUR, Luc; DARTIGUES, Jean-François et al. Adherence to a Mediterranean diet and onset of disability in older persons. Online. *European Journal of Epidemiology*. 2011, roč. 26, č. 9, s. 747-756. ISSN 0393-2990. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9611-4>. [cit. 2024-04-22].

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

GU, Yian. Food Combination and Alzheimer Disease Risk. Online. *Archives of Neurology*. 2010, roč. 67, č. 6. ISSN 0003-9942. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.84>. [cit. 2024-04-22].

GUBANYIOVÁ, Simona. *Reminiscence u seniorů s chronickým duševním onemocněním*. [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2022. Bakalářská práce. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/items/1af88462-9702-4517-b88e-0daf3fbc0853>

HASLAM, C., et al. (2019). *The reminiscence bump and autobiographical memory in older adults: A narrative review*. *Memory*, 27(6), 789–801.

HOFER, Jan; BUSCH, Holger; POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva a TAVEL, Peter. When Reminiscence is Harmful: The Relationship Between Self-Negative Reminiscence Functions, Need Satisfaction, and Depressive Symptoms Among Elderly People from Cameroon, the Czech Republic, and Germany. Online. *Journal of Happiness Studies*. 2017, roč. 18, č. 2, s. 389-407. ISSN 1389-4978. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9731-3>. [cit. 2024-04-22].

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

HOLMEROVÁ, I. *Geriatric pro praxi: péče o seniory v teorii a praxi*. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-357-3.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Lékař a pacient. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOLMEROVÁ, Iva; JAROLÍMOVÁ, Eva a SUCHÁ, Jitka. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Vážka. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0.

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

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

- JANIŠ, Kamil a SKOPALOVÁ, Jitka. *Volný čas seniorů*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva a BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5580-9.
- KOPECKÝ, Miroslav; TOMANOVÁ, Jitka a KIKALOVÁ, Kateřina. *Základní charakteristiky ontogenetického vývoje*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-3982-2.
- KORÁBEČNÝ, Jan; SOUKUP, Ondřej a VALIŠ, Martin. *Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-643-6.
- KUCKIR, Martina; VAŇKOVÁ, Hana; HOLMEROVÁ, Iva; VÍTEČKOVÁ, Slávka; JAROLÍMOVÁ, Eva et al. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.
- KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
- LIN, Hsiu-Ching; YANG, Ya-Ping; CHENG, Wen-Yun a WANG, Jing-Jy. Distinctive effects between cognitive stimulation and reminiscence therapy on cognitive function and quality of life for different types of behavioural problems in dementia. Online. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018, roč. 32, č. 2, s. 594-602. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12484>. [cit. 2024-04-22].
- MACE, Nancy L. a RABINS, Peter V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Přeložil Daniel MICKA. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.
- MARSHALL, Margaret. *Memories of Food Are Powerful*. Online. HuffPost Life. 2015, 2017. Dostupné z: [https://www.huffpost.com/entry/memories-of-food-are-powe\\_b\\_8011508](https://www.huffpost.com/entry/memories-of-food-are-powe_b_8011508). [cit. 2024-04-22].

MENGE, Denis Mingate; NAIR, Narayanankutty a VIJAYA KUMAR, Palur Ramakrishnan Anand. Preventing Dementia: Shifting Focus Towards Potential Modifiable Risk Factors. Online. *Journal of Young Pharmacists*. 2019, roč. 11, č. 3, s. 230-237. ISSN 09751483. Dostupné z: <https://doi.org/10.5530/jyp.2019.11.48>. [cit. 2024-04-22].

MIKYŠKA, Jozef. *Starnutie spoločnosti v kontexte zvyšovania kvality života seniorov: vedecká monografia*. Librix.eu. Brno: Tribun, 2018. ISBN 978-80-263-1413-4.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

*Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. ISSN 1212-4184.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-437-1.

ROBERTS, Rosebud O.; GEDA, Yonas E.; CERHAN, James R.; KNOPMAN, David S.; CHA, Ruth H. et al. Vegetables, Unsaturated Fats, Moderate Alcohol Intake, and Mild Cognitive Impairment. Online. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2010, roč. 29, č. 5, s. 413-423. ISSN 1420-8008. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000305099>. [cit. 2024-04-22].

SCARMEAS, Nikolaos; LUCHSINGER, José A.; STERN, Yaakov; GU, Yian; HE, Jing et al. Mediterranean diet and magnetic resonance imaging–assessed cerebrovascular disease. Online. *Annals of Neurology*. 2011, roč. 69, č. 2, s. 257-268. ISSN 0364-5134. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ana.22317>. [cit. 2024-04-22].

SIVEROVÁ, J. Reminiscence jako terapeutický nástroj v péči o seniory. In: *Kvalita života ve stáří*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9611-0.

SIVEROVÁ, Jarmila a Radka BUŽGOVÁ, 2016. Reminiscence v péči o seniory s demencí. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 112, č. 2, s. 88-93. ISSN 1212-0383.

SMITH, Patrick J.; BLUMENTHAL, James A.; BABYAK, Michael A.; CRAIGHEAD, Linda; WELSH-BOHMER, Kathleen A. et al. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet, Exercise, and Caloric Restriction on Neurocognition in Overweight Adults With High Blood Pressure. Online. *Hypertension*. 2010, roč. 55, č. 6, s. 1331-1338. ISSN 0194-911X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.146795>. [cit. 2024-04-22].

SUCHÁ, Jitka a JAROLÍMOVÁ, Eva. *Trénink paměti pro seniory: prevence Alzheimerovy choroby a dalších závažných onemocnění*. Brno: Edika, 2017. ISBN 978-80-266-.

STERN, C., a MUNN, Z. (2010). *Cognitive leisure activities and their role in preventing dementia: A systematic review*. *Int. J. Evidence-Based Healthcare*, 8(1), 2–17.

ŠÍROVÁ, Petra. *Využití reminiscence u seniorů* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2020. Disertační práce. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gzk060/>

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

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

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

TANI, Yukako; SUZUKI, Norimichi; FUJIWARA, Takeo; HANAZATO, Masamichi a KONDO, Katsunori. Neighborhood Food Environment and Dementia Incidence: the Japan Gerontological Evaluation Study Cohort Survey. Online. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019, roč. 56, č. 3, s. 383-392. ISSN 07493797. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.028>. [cit. 2024-04-22].

TESCO STORES ČR. Oficiální stránky iTesco.cz [online]. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: <https://www.itesco.cz/>

UNIVERZITA PARDUBICE. *Mini–Mental State Examination (MMSE) – česká verze* [online]. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: [https://studenti.upce.cz/system/files/zamestnanci-studenti/luva3059/nove-mmse\\_0\\_82947.pdf](https://studenti.upce.cz/system/files/zamestnanci-studenti/luva3059/nove-mmse_0_82947.pdf)

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

VÖRÖSOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5538-0.

WENGREEN, Heidi J.; NEILSON, Chailyn; MUNGER, Ron a CORCORAN, Chris. Diet Quality Is Associated with Better Cognitive Test Performance among Aging Men and Women. Online. *The Journal of Nutrition*. 2009, roč. 139, č. 10, s. 1944-1949. ISSN 00223166. Dostupné z: <https://doi.org/10.3945/jn.109.106427>. [cit. 2024-04-22]

## 10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník, 58

Příloha B: MMSE, 61

Příloha C: Test hodin, 64

Příloha D: Ingredience pro řízek, 65

Příloha E: Ingredience pro svíčkovou omáčku, 68

Příloha F: Ingredience pro zelňačku, 73

Příloha A: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Lukáš Weber a jsem studentem 3. ročníku Zdravotnické fakulty univerzity Pardubice. Mým oborem je Všeobecné ošetrovatelství. Tématem mé bakalářské práce je Reminiscence u seniorů s Alzheimerovo demencí zaměřená na vaření. Vyplněním dotazníku souhlasíte s jeho následným anonymním zpracováním a zveřejněním výsledků v mé bakalářské práci. Dotazník je zcela dobrovolný. Předem Vám děkuji a těším na možnou následující spolupráce.

Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena
- Jiné:

Kolik je Vám let?

- 60-65
- 66-70
- 71-75
- 76-80
- 81 a více

Jaký druh jídla máte raději?

- Slané
- Sladké
- Jiné:

Jaké je Vaše oblíbené jídlo?

- Polévka
- Hlavní chod
- Salát
- Moučník
- Předkrm
- Cukroví

Jak se Vaše oblíbené jídlo jmenuje?

---

Pokud jste v otázce číslo 4 odpověděli B, pokračujte otázkou číslo 6, pokud jste odpověděli A,C,D,E, pokračujte na otázku číslo 7.

Jaká je Vaše oblíbená příloha k tomuto jídlu?

- Těstoviny
- Brambory
- Rýže
- Knedlíky – jaké?
- Pečivo
- Bramborová kaše
- Jiné:

S jakým ročním obdobím máte Vaše oblíbené jídlo spojené?

- Jaro
- Léto
- Podzim
- Zima
- Jiné:

S jakým obdobím je Vaše oblíbené jídlo nejvíce spojené?

- Dětství

- Dospívání
- Období studia
- Raná dospělost (Manželství, Práce)
- Pozdní dospělost (Vnoučata)
- Stáří

Kdy jste Vaše oblíbené jídlo jedl/a nejčastěji?

- Snídaně
- Oběd
- Večeře
- Svačina

Kdo Vám ho nejčastěji vařil?

- Máma
- Táta
- Babi
- Děda
- Partner/ka
- Jiný:

S jakými vzpomínkami máte Vaše oblíbené jídlo spojené? (šťastné, smutné, jiné)

---

Na co konkrétně si vzpomenete, když myslíte na své oblíbené jídlo?

---

Víte, jak se Vaše oblíbené jídlo připravuje?

- Ano
- Ne

## Příloha B: MMSE

### VŠEOBECNÉ POKYNY K POUŽÍVÁNÍ MMSE

1. Před použitím se pokuste posadit vyšetřovaného tak, aby seděl proti vám. Provéřte jeho schopnost slyšet a porozumět velmi jednoduché konverzaci, např. „Jak se jmenujete?“. Pokud vyšetřovaný používá brýle nebo naslouchací přístroj, zajistěte, aby je měl ještě před začátkem vyšetření.
2. Představte se a pokuste se získat důvěru vyšetřovaného. Před vyšetřením ho požádejte, zda mu můžete klást otázky, např. „Mohu se vás zeptat na několik otázek, týkajících se vaší paměti?“. Pomáhá to vyhnout se katastrofickým reakcím.
3. Položte každou otázku nanejvýš třikrát. Když vyšetřovaný neodpovídá, skórujte „0“.
4. Když vyšetřovaný odpoví nesprávně, skórujte „0“. Nenaznačujte (nepomáhejte), ani nekladte otázku znovu. Např. „Jaký je nyní rok?“ – „1952.“ Akceptujte tuto odpověď, nekladte tuto otázku znovu, nenaznačujte, neposkytujte žádný neverbální „klíč“ jako jsou např. pohyby hlavou apod.
5. K používání MMSE je zapotřebí následující vybavení: hodinky, tužka a čistý papír.
6. Když vyšetřovaný odpovídá „Co jste říkal?“, nevysvětľujte ani se nepouštějte do diskuse – jen zopakujte stejné otázky („Jaký je nyní rok?“), maximálně třikrát.
7. Když vás vyšetřovaný přeruší, např. „K čemu je to zapotřebí?“, odpovězte jen „Vysvětlím vám to za několik minut (za chvíli), až skončíme. Nyní bychom mohli pokračovat prosím ... už jsme téměř na konci.“

### POKYNY K JEDNOTLIVÝM ÚKOLŮM

Maximální skóre

#### I. Orientace

##### Ponechte 10 sekund na každou odpověď

- |  |   |
|--|---|
| 1. Jaký den v týdnu je dnes? (akceptujte pouze přesnou odpověď)  | 1 |
| 2. Kolikátého je dnes (jaké je dnes datum)? (akceptujte i včerejší nebo zítřejší datum)  | 1 |
| 3. Který měsíc (v roce) je nyní? (první den nového nebo poslední den starého měsíce – akceptujte oba)                          | 1 |
| 4. Který rok je nyní? (akceptujte pouze správnou odpověď)  | 1 |
| 5. Jaké je nyní roční období? (během posledního týdne starého období nebo prvního týdne nového období – akceptujte obě sezóny) | 1 |
| 6. Ve kterém státě jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď)   | 1 |
| 7. Ve kterém okrese jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď)  | 1 |
| 8. Ve kterém jsme městě? (akceptujte pouze správnou odpověď)   | 1 |
| 9. Jak se jmenuje tato nemocnice/zdravotnické zařízení (akceptujte pouze správný název nemocnice nebo zařízení)                | 1 |
| 10. Ve kterém poschodí budovy jsme? (akceptujte pouze správnou odpověď)  | 1 |

#### II. Zapamatování

11. „Řeknu vám názvy tří předmětů. Opakujte je po mně a zapamatujte si je. Za chvíli se vás na ně zeptám znovu.“ (Řekněte je pomalu, asi v jednovteřinových intervalech)
- míč auto člověk*
- „Prosím vás, zopakujte mi tato slova.“ 3
- (Skóre 1 bod za každou správnou reprodukci na první pokus.) Při opakování vyšetření použijte tato slova:
- zvanec džbán fanoušek*  
*účet déšť sůl*  
*býk válka sklenice*
- Poskytněte 20 sekund na odpověď. Pokud vyšetřovaný nezopakuje všechna tři slova, opakujte je, dokud se je nenaučí, maximálně však 5krát.

Obrázek 8- Mini-Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE)

III. Pozornost a počítání	
<p>12. Opakované odčítání čísla 7. Řekněte: „Odčítejte 7 od 100 a odčítejte potom dále 7 od výsledku, dokud vám neřeknu dost.“ Instrukci je možno opakovat třikrát, pokud vyšetřovaný mlčí, pouze opakujte instrukci. Poskytněte 1 minutu. Když už vyšetřovaný začal, nepřerušujte ho, umožněte mu pokračovat do té doby, dokud neprovede 5 odčítání. Když vyšetřovaný přestane, zastaví se před pěti odčítáními, zopakujte původní instrukci: „Odčítejte stále postupně 7 od toho co vám zbylo“. Instrukci opakujte nanejvýš třikrát. Zapište si všechny dílčí výsledky vyšetřovaného.</p> <p><i>Skórování:</i> všechny správně – 5 4 správně, 1 nesprávně – 4 3 správně, 2 nesprávně – 3 2 správně, 3 nesprávně – 2 1 správně, 4 nesprávně – 1</p> <p>Hláskování slova pozpátku. Úkol může být použit alternativně místo opakovaného odčítání. Již na začátku vyšetření se rozhodněte, zda použijete odčítání či hláskování. Nepoužívejte hláskování pozpátku, pokud vyšetřovaný nebyl schopný odčítat resp. naopak. Řekněte: „Hláskujte slovo POKRM.“ (můžete vyšetřovanému pomoci hláskovat slovo správně) Řekněte: „Nyní to prosím hláskujte pozpátku.“ Poskytněte 30 sekund na hláskování pozpátku. Když pacient nedokáže hláskovat slovo ani s pomocí, skóre je „0“.</p> <p><i>Skórování hláskování pozpátku:</i> všechny správně – 5 vynechání 1 písmene – 4 vynechání dvou písmen – 3 přehození dvou písmen – 3 vynechání nebo přehození tří písmen – 2 přehození, vynechání čtyř písmen – 1</p>	5
IV. Paměť, vybavnost	
<p>13. Řekněte: „Nyní mi řekněte, jaká byla ta tři slova, která jste si měl zapamatovat.“ <i>míč auto člověk</i> (skóre 1 bod za každou správnou odpověď, bez ohledu na pořadí) Poskytněte 10 sekund.</p>	3
V. Pojmenování	
<p>14. Ukažte náramkové hodinky. Zeptejte se: „Co je to?“ Akceptujte „náramkové hodinky“ nebo „hodinky“. Neakceptujte „hodiny“, „čas“ apod. Poskytněte 10 sekund.</p>	1
<p>15. Ukažte tužku. Zeptejte se: „Co je to?“ (skóre 1 bod za „tužku“, skóre pro „pero“ 0)</p>	1
VI. Opakování	
<p>16. Řekněte: „Chtěl bych, abyste po mně zopakoval větu: „Žádné kdyby anebo ale.“ Poskytněte 10 sekund na odpověď. Skóre 1 bod za správnou reprodukci, musí ale být úplná a přesná.</p>	1

Obrázek 9- Mini-Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE)

<b>VII. Třístupňový příkaz</b>	
<p>17. Zeptejte se vyšetřovaného, zda je pravák nebo levák. Při povelu se tomu musíte přizpůsobit. Řekněte: „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte papír na podlahu.“ Skárování: vezme papír správnou rukou přeloží ho na polovinu položí ho na podlahu Poskytněte vyšetřovanému 30 sekund. Skóre 1 bod za každý správně vykonaný příkaz.</p>	3
<b>VIII. Čtení a splnění příkazu</b>	
<p>18. Řekněte: „Přečtěte, co je napsáno na tomto listu, a potom to udělejte (udělejte to, co je napsané).“ Podejte vyšetřovanému kartičku s textem „Zavřete oči“. Když vyšetřovaný text jenom přečte, je možné instrukci zopakovat, avšak maximálně třikrát. Poskytněte 10 sekund, 1 bod vyšetřovaný získá jen tehdy, když zavře oči. Předložený text se nemusí číst hlasitě.</p>	1
<b>IX. Psaní</b>	
<p>19. Podejte vyšetřovanému tužku a papír. Řekněte: „Napište mi jakoukoliv celou větu na tento papír.“ Poskytněte 30 sekund. Věta musí být smysluplná, nehodnotí se gramatické chyby.</p>	1
<b>X. Obkreslování</b>	
<p>20. Položte před vyšetřovaného předlohu, papír, tužku a gumu a řekněte: „Obkreslete tento obrázek, prosím.“ Umožněte více pokusů dokud vyšetřovaný neskončí a neodloží kresbu. Vyšetřovaný musí nakreslit 4stranný obrazec mezi dvěma 5strannými obrazy. Roztřesenost ani rotace obrazů nevedí. Maximální čas na kreslení je 1 minuta.</p>	1
<b>CELKOVÉ SKÓRE MMSE</b>	
<b>30</b>	
<b>Použitá literatura:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh P. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>J of Psychiatric Research</i>, 12, 1975, s. 189- 198.</li> <li>2. Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA et al. The Clock Test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer disease. <i>J Am Geriatr Soc</i>.1992;40;579- 584.</li> <li>3. Mendez MF, Alta T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the Clock Drawing Task in Alzheimer's disease. <i>J Am Geriatr Soc</i>.1992;40;1095- 1099.</li> <li>4. Nolan KA, Mohs RC. Screening for dementia in family practice. In <i>Alzheimer's disease A Guide to Practical Management</i>, Part II. Richter RW, Blass JP, eds. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc; 1994;81-95.</li> <li>5. American Psychiatric Association. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)</i>, 4th ed. Washington, DC; American Psychiatric Association; 1994;142-143.</li> <li>6. Preiss M. Test hodin: Neuropsychologická skřínková zkouška demence. <i>Čs a Slov Psychiat</i> 1998;8/98 ročník 94;330-335.</li> </ol>	

Obrázek 10- Mini-Mental State Examination (MMSE) (UNIVERZITA PARDUBICE)

## TEST HODIN

Požádejte vyšetřovaného, aby namaloval ciferník hodin a vepsal číslice na správná místa. Poté co namaluje kruh a umístí číslice, požádejte ho(ji), aby zakreslil(a) ručičky ukazující 11 hodin 10 minut nebo 8 hodin 20 minut.

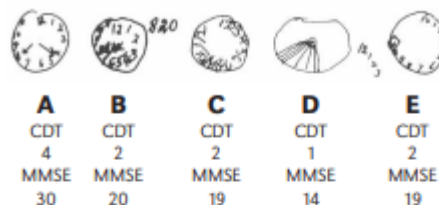
**Skóre:** Třebaže byly popsány různé metody skórování nakreslených hodin,<sup>2,3,4</sup> je zde prezentováno pětibodové hodnocení (0–4 body), které je stručné, citlivé a snadno použitelné<sup>4</sup>:

Pacient nakreslí uzavřený kruh = 1 bod, správně umístí čísla do ciferníku = 1 bod, vepíše všech 12 čísel správně = 1 bod, umístí ručičky do správné pozice = 1 bod.

**Interpretace:**

Určitých chyb, například hrubého pokřivení kontury nebo nepatřičného popisu, se zřídka dopouštějí osoby s neporušenou poznávací schopností.<sup>4</sup> Je nutné klinické posouzení, ale nízké skóre ukazuje na potřebu dalšího hodnocení. Je třeba zdůraznit, že každé skóre je subjektivní a že může docházet k omylům v klasifikaci. Je však nepravděpodobné, že osoba s narušením poznávacích funkcí by byla schopna perfektně nakreslit hodiny. V případě pochybnosti je třeba přinést další doklady.<sup>4</sup>

**Příklady kreslení hodin:**



**Obrázek:** Příklady kreslení hodin u pacienta bez poruchy kognitivních funkcí (A) a u pacientů s demencí (B–E). Ve výše uvedených příkladech byli pacienti požádáni, aby zakreslili ručičky na 8 hodin 20 minut. Pod každou kresbou jsou uvedena příslušná skóre CDT (clock drawing task) a MMSE.<sup>4</sup>

**Další krok:**

Provedení tohoto stručného skríninkového testu není kritériem demence, ale může pomoci při rozhodování, zda je potřebné další kognitivní hodnocení.<sup>4</sup> Při narušené schopnosti nakreslit hodiny je třeba zvážit kompletní diagnostické posouzení, zda se u pacienta jedná o demenci (např. kritéria DSM-IV<sup>5</sup>). Toto hodnocení by mělo zahrnovat standardizované posouzení poznávacích schopností, jakým je Mini-Mental State Examination (MMSE).<sup>1</sup>

**Příloha D: Ingredience pro řízek**

## Vepřové maso



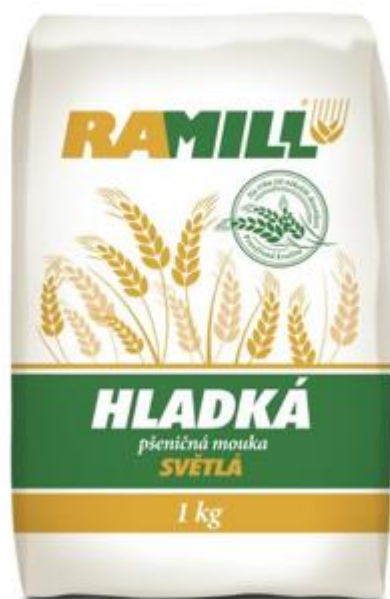
**Obrázek 16-** vepřové maso (DOBŘE ŘEZNICTVÍ, 2024)

## Kuřecí maso



**Obrázek 17-** kuřecí maso (DOBŘE ŘEZNICTVÍ, 2024)

## Mouka



**Obrázek 12-** mouka (TESCO STORES ČR, 2024)

## Strouhanka



**Obrázek 13-** Strouhanka (TESCO STORES ČR, 2024)

## Vejce



Obrázek 14- vejce (TESCO STORES ČR, 2024)

## Olej



Obrázek 15- olej (TESCO STORES ČR, 2024)

## Sádlo



Obrázek 17- sádlo (TESCO STORES ČR, 2024)

## Sůl



Obrázek 16- sůl (TESCO STORES ČR, 2024)

Brambory



Kukuřice



Mrkev



Paprika



Banán



Broskev



Obrázek 18- brambory, kukuřice, mrkev, paprika, banán, broskev (TESCO STORES ČR, 2024)

**Příloha E: Ingredience pro svíčkovou omáčku**

**Máslo**



**Hovězí maso**



**Špek**



**Tymián**



**Bobkový list**



**Cibule**



**Obrázek 19- hovězí maso (DOBRÉ ŘEZNICTVÍ, 2024)**

**Obrázek 20- máslo, špek, tymián, bobkový list, cibule (TESCO STORES ČR, 2024)**

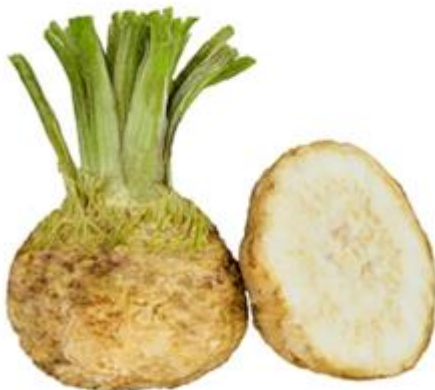
Mrkev



Petržel



Celer



Olej



Obrázek 21- mrkev, petržel, celer, olej (TESCO STORES ČR, 2024)

Cukr



Sůl



Pepř



Ocet



Obrázek 22- cukr, sůl, pepř, olej (TESCO STORES ČR, 2024)

Brusinky



Hovězí vývar



Houskový knedlík



Hořčice



Smetana



Kuře



Obrázek 23- vývar, houskový knedlík (VLASTNÍ, 2024)

Obrázek 24- brusinky, hořčice, smetana, kuře (TESCO STORES ČR, 2024)

Kukuřice



Jablko



Meloun



Kobliha



Zelí



Pomeranč



Obrázek 25- kukuřice, jablko, meloun, kobliha, zelí, pomeranč (TESCO STORES ČR, 2024)

Příloha F: Ingredience pro zelňačku

Olej



Vývar



Sýr



Kypřicí prášek



Mandarinka



Okurka



Obrázek 26- vývar (VLASTNÍ, 2024)

Obrázek 27- olej, sýr, kypřicí prášek, mandarinka, okurka (TESCO STORES ČR, 2024)

Kmín



Pepř



Mouka



Sůl



Obrázek 28- kmín, pepř, mouka, sůl (TESCO STORES ČR, 2024)

Kysané zelí



Klobása



Cibule



Paprika koření



Bobkový list



Nové koření



Obrázek 29- kysané zelí, klobása, cibule, paprika koření, bobkový list, nové koření (TESCO STORES ČR, 2024)