

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Petra Šírová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití reminiscence u seniorů

Bc. Petra Šírová, DiS.

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Šírová, DiS.**
Osobní číslo: **Z17169**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Téma práce: **Využití reminiscence u seniorů**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Nakladatelství Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci 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 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 11. 5. 2020

.....
Petra Šírová

PODĚKOVÁNÍ

Na prvním místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Marii Holubové, PhD. za cenné rady a připomínky v čase tvorby této práce. Poděkování patří také vedení zařízení, kde byl průzkum realizován. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, především za jejich trpělivost a toleranci při studiu.

ANOTACE

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje seniorskou populaci, demence, podrobněji Alzheimerovu chorobu, vzpomínky a s nimi spjatou reminiscenci.

Praktická část popisuje realizaci reminiscence a její využití u seniorů. Na základě získaných výsledků bylo sledované zařízení vyhodnoceno, jako vhodné pro využití reminiscence. Byly podniknuty patřičné kroky k jejímu zavedení, sestaven metodický pokyn a sepsána praktická doporučení pro její realizaci.

KLÍČOVÁ SLOVA

Reminiscence, senioři, demence, vzpomínky, aktivizační činnosti pro seniory.

TITLE

Using reminiscence in elderly patients

ANNOTATION

The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the senior population, dementia, in more detail Alzheimer's disease, memories and associated reminiscence.

The practical part describes the implementation of reminiscence and its use in seniors. Based on the obtained results, the monitored device was evaluated as suitable for the use of reminiscence. Appropriate steps were taken to implement it, methodological guidelines were drawn up and practical recommendations for its implementation were drawn up.

KEYWORDS

Reminiscences, seniors, dementia, memories, activation activities for the elderly.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 CÍLE PRÁCE.....	14
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2.1 STÁŘÍ.....	15
2.1.1 <i>Stáří a paměť</i>	16
2.1.2 <i>Změny ve stáří</i>	16
2.1.3 <i>Stárnutí obyvatelstva</i>	17
2.1.4 <i>Hodnocení kognitivních funkcí seniorů</i>	18
2.1.5 <i>Kognitivní rehabilitace</i>	20
2.2 DEMENCE.....	21
2.2.1 <i>Alzheimerova choroba</i>	22
2.2.2 <i>Péče o klienta s demencí</i>	28
2.3 VZPOMÍNÁNÍ.....	30
2.3.1 <i>Funkce vzpomínání</i>	30
2.3.2 <i>Taxonomie vzpomínání</i>	31
2.3.3 <i>Typologie vzpomínajících</i>	32
2.4 REMINISCENCE.....	32
2.4.1 <i>Vznik a vývoj reminiscence</i>	34
2.4.2 <i>Formy a metody reminiscence</i>	35
2.4.3 <i>Principy reminiscenční terapie</i>	37
2.4.4 <i>Přístupy k reminiscenční terapii</i>	38
2.4.5 <i>Příprava reminiscence a její průběh</i>	38
2.4.6 <i>Role reminiscenčního terapeuta</i>	39
2.4.7 <i>Reminiscenční témata</i>	40
2.4.8 <i>Reminiscenční aktivity</i>	40
2.4.9 <i>Reminiscence a psychoterapie</i>	41
2.4.10 <i>Využití reminiscenční terapie u osob s demencí</i>	41

3	VÝZKUMNÁ ČÁST	43
3.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
3.2	SLEDOVANÉ ZAŘÍZENÍ.....	43
3.3	METODIKA.....	44
3.4	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	45
3.5	PŘÍPRAVA A REALIZACE REMINISCENCE.....	46
3.6	ANALÝZA DOTAZNÍKŮ	49
3.6.1	<i>Dotazník pro zaměstnance</i>	49
3.6.2	<i>Dotazník pro klienty</i>	53
3.6.3	<i>Dotazník pro rodiny klientů</i>	57
3.7	PRŮBĚH REMINISCENČNÍCH SETKÁNÍ	59
3.7.1	<i>Setkání na téma „moje dětství“</i>	60
3.7.2	<i>Setkání na téma „moje záliby“</i>	65
3.7.3	<i>Setkání na téma „významné dny“</i>	68
3.7.4	<i>Setkání na téma „můj svatební den“</i>	70
3.7.5	<i>Setkání na téma „moje škola“</i>	73
3.7.6	<i>Setkání na téma „moje zaměstnání“</i>	77
3.8	HODNOCENÍ PROVEDENÝCH REMINISCENCÍ A PRAKTICKÁ DOPORUČENÍ	81
3.9	ZAVEDENÍ REMINISCENCE DO STACIONÁŘE SLEDOVANÉHO ZAŘÍZENÍ.....	83
3.10	REFLEXE, SEBEREFLEXE.....	84
4	DISKUZE	86
5	ZÁVĚR	100
6	POUŽITÁ LITERATURA.....	102
7	PŘÍLOHY.....	111

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AD	Alzheimerova demence
Atd.	a tak dále
CNS	centrální nervová soustava
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČR	Česká republika
EEG	elektroencefalografie
FTLD	frontotemporální lobární degenerace
Kč	korun českých
LDL	lipoprotein s nízkou hustotou
MCI	mild cognitive impairment
MDŽ	Mezinárodní den žen
MMSE	Mini Mental State Exam
MoCA	Montrealský kognitivní test
Např.	například
NÚ	nežádoucí účinky
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
s.	strana
Sb.	sbírky
TK	krevní tlak
Tzv.	takzvaný
WHO	světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 3.....	50
Tabulka 2 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 4.....	50
Tabulka 3 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 12.....	52
Tabulka 4 – Dotazník pro klienty: výsledky MMSE.....	54
Tabulka 5 – Dotazník pro klienty, otázka č. 4.....	55
Tabulka 6 – Dotazník pro klienty, otázka č. 8.....	56
Tabulka 7 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 1.....	57
Tabulka 8 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 6.....	58
Tabulka 9 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 7.....	59
Graf 1 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 2	49
Graf 2 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 9	51
Graf 3 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 13	52
Graf 4 – Dotazník pro klienty, otázka č. 1	54
Graf 5 – Dotazník pro klienty, otázka č. 6.....	55
Graf 6 – Dotazník pro klienty, otázka č. 7.....	56
Graf 7 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 3	58
Graf 8 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 5	58

ÚVOD

*„Vzpomínky jsou jediným rájem, ze kterého nemůžeme být vyhnáni. Ve vzpomínkách i poupě,
rozvíjí se v nejkrásnější růži“*

Johann Wolfgang von Goethe

Evropské země se potýkají s významnou demografickou krizí, neustále narůstá podíl obyvatelstva v postprodukčním věku. Senioři se stávají velmi častou cílovou skupinou mnoha vědních oborů. Je nutné mít na paměti, že stáří není choroba, ale přirozená a normální etapa lidského života. (Mühlpachr, 2017, s. 22)

Stárnutí populace s sebou přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Statistická data ukazují, že Česká republika měla ke dni 31. 12. 2011 celkem 10 505 445 obyvatel, kdy obyvatelé ve věku 65 let a více se podíleli na celkovém počtu 16,2 %. Předpokládá se, že v roce 2020 by mohla skupina obyvatel starších 65 let tvořit 23 % obyvatelstva. V roce 2050 se předpokládá, že počet obyvatel této věkové kategorie bude více než 30 %. Senioři nad 60 let budou v ČR tvořit 40 % a nad 80 let 9,5 % obyvatelstva. (Stolička, Bužgová, 2014, s. 153)

Demence patří mezi nejčastější a nejzávažnější geriatrické syndromy. V roce 2015 žilo v celém světě 47 milionů lidí s demencí a tento počet se dle odhadů do poloviny století ztrojnásobí. V České republice se jedná celkem asi o 160 tisíc případů demence. Tyto počty se velmi rychle zvyšují vzhledem ke stárnutí populace. (Holmerová, 2018a, s. 490-491) K roku 2018 u nás v ČR žilo 167 tisíc lidí s demencí. Nejvíce jich je zastoupeno v Praze, celkem tam žije 21 125 lidí s tímto onemocněním. Další oblastí, kde je velké zastoupení lidí žijících s demencí je jihomoravský kraj, kde celkový počet je 19 686. V pardubickém kraji žije 8 451 lidí s demencí, v královéhradeckém kraji žije 9 461 lidí s touto chorobou. Nejnižší zastoupení lidí žijících s demencí je v karlovarském kraji, kdy celkový počet činí 4 422 osob. (ČALS, 2018)

Vzpomínání je přirozenou duševní činností každého z nás. Vybavování vzpomínek v různých souvislostech během celého života je základem pro posílení lidské identity. Život seniorů provázejí neustálé změny, zejména četné ztráty. Vzpomínky jsou právě to, co drží lidskou identitu pohromadě. Vzpomínky významně ovlivňují kvalitu života seniorů. Jsou jakýmsi nástrojem kontaktu se sebou samými i s okolím, posilují kontinuitu lidského života. Senior skrze své

vzpomínky bilancuje svůj životní příběh ke své spokojenosti, aby dosáhl životní zralosti a naplnění. (Janečková, Vacková, 2010, s. 11-12)

Vzpomínky lze využít při práci se seniory v rámci reminiscence. Reminiscenci rozumíme, jako vybavování si událostí ze života člověka. Reminiscenční terapii lze chápat, jako rozhovor terapeuta se starším člověkem či skupinou seniorů o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách, prožitých událostech či zkušenostech. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 21) Reminiscence je považována za významný proces regulace vývoje života jedince, která nabývá na významu ve stáří, kdy si lidé uvědomují konečnost své existence. (Hofer et al., 2017, s. 390)

Rostoucí počet lidí s demencí a zvyšující se náklady na zdravotnickou péči jsou faktory, které napomáhají přispět k rozvoji a výzkumu účinných a nepříliš nákladných intervencí, které mohou být při poskytování péče využívány. Reminiscence se řadí mezi nejvíce populární nefarmakologický přístup v práci s lidmi s demencí. (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92)

Biografické, narativní a reminiscenční přístupy v péči o seniory jsou v posledních několika desetiletích velmi populární v různých částech světa. V nedávné době mnoho studií ukázalo, že biografický přístup má pozitivní dopad na kognitivní funkce a psychologickou pohodu seniorů. (Lai et al., 2018)

1 CÍLE PRÁCE

Cíle pro teoretickou část:

- 1) Popsat problematiku stáří a seniorské populace.
- 2) Seznámit se s onemocněním demence.
- 3) Přiblížit oblast reminiscence a jejího využití při práci se seniory.

Cíle pro výzkumnou část:

- 1) Zjistit zájem klientů, jejich rodin a zaměstnanců o zavedení reminiscence v konkrétním zařízení pro seniory.
- 2) Na základě získaných výsledků definovat, zda je zvolené zařízení vhodné pro využití reminiscence či nikoliv, v případě pozitivních výsledků, vytvořit metodický pokyn.
- 3) Zajistit vzdělávání pro personál v oblasti reminiscence a zapojit pracovníky v přímé péči do reminiscenčních aktivit.
- 4) Připravit prostředí a pomůcky pro reminiscenci.
- 5) Detailně popsat šest reminiscenčních setkání.
- 6) Popsat reakce a chování klientů v průběhu reminiscencí.
- 7) Zhodnotit vliv a využití reminiscence u seniorů a sepsat praktická doporučení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část shrnuje základní informace vztahující se k danému tématu. Je členěna do čtyř kapitol, na které navazují další podkapitoly. V první kapitole je podrobněji pobráno stáří a seniorská populace, jako cílová skupina se všemi aspekty vztahující se k dané problematice. Druhá kapitola nese název demence, kde je popsána tato problematika, podrobněji je pak rozebrána Alzheimerova choroba, jako nejčastější příčina demencí. Třetí kapitola shrnuje základní poznatky o vzpomínkách a jejich významu. Čtvrtá kapitola se již věnuje samotné reminiscenci. Poskytuje komplexní souhrn informací a poznatků o této metodě.

2.1 Stáří

Stárnutí je přirozený proces typický pro všechny živé organismy. Jedná se o nevyhnutelný proces každého z nás, který končí smrtí. (Kopecký et al., 2014, s. 54) „*Stáří lze definovat jako posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce.*“ (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 59)

Stáří je přirozenou a poslední fází ontogenetického vývoje. U seniorů dochází k řadě biologických, psychických a sociálních změn, kdy se zvyšuje výskyt chronických chorob. Se zvyšujícím se věkem se přirozeně zvyšuje potřeba zdravotnických a sociálních služeb. (Mikyška, 2018, s. 9) Stáří by nemělo být chápáno, jako konečná stanice, ale jako další fáze lidského života, která by neměla být šedivá, ale měla by být prožita naplno, úměrně zdraví a silám. (Medical tribune, 2017, s. B5)

Stárnutí obyvatelstva je jedním z celosvětových problémů. Dochází ke změně věkové struktury obyvatelstva, zvyšuje se podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl mladších osob 15 let. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 19) V České republice převládá populace seniorů. Na sto dětí do 15 let věku připadalo v roce 2001 87 seniorů, v roce 2017 již 122 a v roce 2050 by jich mělo být 193. (Český statistický úřad, 2019, s. 49) Seniorská populace bude stále narůstat. Zatímco v roce 2018 činil její podíl na celku 19,2 %, na počátku roku 2050 by mělo v seniorském věku být 28,6 % všech obyvatel České republiky. Pokračující růst seniorské populace bude nejvýraznějším rysem budoucího demografického vývoje České republiky. Největší nárůst lze očekávat na počátku roku 2040 poté, co se do seniorského věku přesune silný ročník 1974. (Český statistický úřad, 2019, s. 44)

2.1.1 Stáří a paměť

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovu vybavovat dříve získané informace. (Jirák et al., 2009, s. 13) Paměť se skládá ze tří základních fází, **vstípení, uložení, vyhledání, vybavení či rozpoznání**. (Kulišťák, 2017, s. 119) Ve stáří se objevují poruchy paměti či jiných kognitivních funkcí. (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 25) Poruchy paměti ve stáří jsou velmi častým onemocněním. V ČR trpí každý pátý senior mírnou kognitivní poruchou. (Vašířová, 2012, s. 24) Ve vyšším věku dochází ke zhoršení krátkodobé paměti, starší člověk potřebuje více opakování a delší dobu k naučení se nové informace. (Holmerová et al., 2014) Ve stáří se celkově zpomaluje psychomotorické tempo, je třeba více času na provedení určité činnosti. (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 22) Zhoršují se funkce pravé mozkové hemisféry – kreativita, fantazie, asociační myšlení, zrakově-prostorové schopnosti atd. Zhoršuje se explicitní paměť, tedy schopnost učit se novým dovednostem. (Holmerová et al., 2014) Ve stáří se zhoršuje vštěpování informací. (Vašířová, 2012, s. 25) V průběhu stáří postupně ubývá neuronů, ubývá synapsí a nervové buňky se zmenšují, mozek ztrácí na hmotnosti, což je způsobeno ztrátami vody ve vyšším věku (hmotnost mozku je tvořena ze 78 % vodou), tyto změny nejsou v přímé souvislosti se stářím, hrají zde roli jiné vlivy, jako jsou některé léky, srdeční onemocnění, deprese, sedavý způsob života, nedostatek podnětů, špatná výživa atd. (Holmerová et al., 2014)

2.1.2 Změny ve stáří

Stárnutí je nevyhnutelný biologický proces na cestě do stáří, poslední ontogenetické fáze života člověka, která sebou nese řadu biologických, psychických a sociálních změn. (Hulín, 2019, s. 54)

Tělesné změny

Tělesné projevy, kterými se staří lidé odlišují od mladých, nazýváme fenotyp stáří. (Dvořáčková, 2012, s. 12) V průběhu stáří dochází k řadě fyziologických změn ve funkci jednotlivých orgánů, jako je ztráta pružnosti, pevnosti a elasticity. (Holmerová et al., 2014) Probíhá individuálně a postihuje asynchronně tělesné systémy. (Jirák et al., 2009, s. 153)

Psychické změny

Stárnutí je většinou spojeno se změnou osobnosti. Ve stáří se negativní rysy osobností projevují navenek. (Dvořáčková, 2012, s. 12) Dochází ke snížení odolnosti organismu a snížení schopnosti adaptovat se na nové podněty. (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 22) Co je důležité, je rozlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či tělesných poruch.

(Dvořáčková, 2012, s. 12-13) K negativním psychickým změnám u seniorů řadíme zhoršení paměti, nedůvěřivost, nízkou sebedůvěru, emoční labilitu, sugestibilitu, obtížné osvojování nových věcí, změny vnímání, zhoršení úsudku. (Čeledová et al., 2017, s. 52) V seniorském věku není výjimkou deprese, která může být reakcí na těžkou životní situaci, jako je ztráta životního partnera, přechod do domova pro seniory, ztráta soběstačnosti atd. Tyto těžkosti mohou vést v extrémních případech až k sebevraždě. (Janiš, Skopalová, 2016, s. 47) K pozitivním psychickým změnám řadíme zvýšenou toleranci k druhým, vytrvalost a trpělivost. (Dvořáčková, 2012, s. 13)

Sociální změny

V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Seniori mají často problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Ve stáří se prohlubuje strach z osamělosti a opuštěnosti. (Dvořáčková, 2012, s. 14) Mění se životní styl, sociální role, která je dána odchodem do penze, což sebou přináší řadu problémů, jako je maladaptace na odchod do důchodu. Lidé ztrácí svou společenskou prestiž, klesají jim ekonomické příjmy a tím i životní úroveň. (Příbyl, 2015, s. 12) Někteří lidé se do penze těší, plánují si různé aktivity na volný čas. Někteří lidé však nevědí, co s nabytým časem, kterého je najednou příliš. Pokud není čas smysluplně využit, mohou se objevit některé negativní emoce, jako je nuda, pocit nespokojenosti, mrzutost či lítostivost. (Mlýnková, 2011, s. 26) Jednou z nejtěžších změn, se kterou se staří lidé musí vyrovnat je partnerova smrt. Kromě partnera mizí i vrstevníci. Každé nové úmrtí blízkého člověka oživí vzpomínky na ty předcházející. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 10) S přibývajícím věkem je u seniora snižována manuální zručnost a nastávají problémy s orientací. Objevuje se tzv. handicap sociální integrace, který znemožňuje účast seniorů na obvyklých sociálních vztazích. (Dvořáčková, 2012, s. 15)

2.1.3 Stárnutí obyvatelstva

Populace České republiky i ostatních vyspělých zemí stárne a podle dlouhodobých prognóz bude podíl starších osob v populaci postupně narůstat. (Čevela, Čeledová, 2014, s. 23) Projekce populačního vývoje v České republice předpokládají, že se počet obyvatel lehce sníží do roku 2050. Mládeže mladších 15 let ubude o více než o čtvrtinu, kdežto počet seniorů nad 65 let se zdvojnásobí, takže se přiblíží 30 % obyvatelstva. Populace seniorů starších 80 let se ztrojnásobí téměř na 10 % populace. V polovině století bude v ČR žít zhruba 500 000 starších lidí 85 let, z toho kolem 200 000 lidí nad 90 let. I přes neustále se zlepšující zdravotní péči,

zlepšování zdravotního a funkčního stavu i těch nejstarších věkových skupin, přibude chorob typických pro pokročilé stáří, jako je např. syndrom demence. (Čevela, Čeledová, 2014, s. 22)

Demografické stárnutí obyvatelstva je dáno trvale klesající porodností a snižující se úmrtností ve všech věkových skupinách. Prodlužuje se střední délka života. (Pidrman, 2007, s. 13) V seniorské populaci převládají staré, osamělé ženy. Ženy mají vyšší naději dožití. (Kalvach et al., 2011, s. 80) Projekce obyvatelstva ČR předpokládají do budoucna zachování nízké úrovně plodnosti, na zhruba 1,5–1,8 dítěte a pokles úmrtnosti, především ve vyšším věku. (Čevela, Čeledová, 2014, s. 23) „V následujících šedesáti letech dojde k výrazným demografickým změnám u populace ČR. Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob.“ (Dvořáčková, 2012, s. 19) Dnes zhruba čtvrtinu obyvatelstva představují lidé v důchodovém věku. Lze očekávat, že naděje dožití ve vyšším věku výrazně poroste. Předpokládá se, že populace bude v průměru zdravější, ale bude více postižena chronickými a degenerativními chorobami. To povede ke zvýšení společenských nákladů a nákladů na veřejné zdravotnictví a sociální služby. Základním cílem naší společnosti by mělo být zajištění důstojného života ve stáří. (Dvořáčková, 2012, s. 19-22)

2.1.4 Hodnocení kognitivních funkcí seniorů

Kognitivní funkce jsou všechny myšlenkové procesy, pomocí kterých rozpoznáváme, pamatujeme si, učíme se přizpůsobovat neustále se měnícím podmínkám prostředí. Řadíme sem paměť, koncentraci, pozornost, tempo myšlení, porozumění informacím a exekutivní funkce. (Válková, 2015, s. 13) Kognitivní funkce požíváme kdykoli, když se učíme nebo přemýšlíme. Kognitivní funkce řadíme mezi nejvyšší mozkové funkce, kdy jejich poruchy nastávají při různých onemocněních mozku, ve vyšším věku nejčastěji syndrom demence. (Kuckir et al., 2016, s. 16)

S neustálým zvyšujícím se počtem seniorů narůstá potřeba zjišťovat kognitivní poruchy, a to nejlépe v časných stádiích. (Jiráček, 2013, s. 47) Nerozpoznání poškození a změny kognitivních funkcí vede k vyšší morbiditě a mortalitě. (Pokorná et al., 2013, s. 17) Nejpresnější je neuropsychologické vyšetření, které je však velmi časově náročné a jeho dostupnost je tak omezená. (Kuckir et al., 2016, s. 18) Základní metodou, pro zjišťování kognitivních schopností, je rozhovor s pacientem, od kterého lze takto získat anamnézu, která je v diagnostice velmi cennou částí. (Jiráček, 2013, s. 47) Při hodnocení kognitivních funkcí může dojít k nepřesnostem,

jelikož měření je ovlivněno několika faktory, jako je individuální pomalejší výkon, špatná spolupráce, únava při dlouhotrvajícím měření, nedostatečná motivace, nedůvěra, deficit sensorických funkcí, úzkost, ztížená chápavost a zpracování nových informací. (Pokorná et al., 2013, s. 19)

Hodnocení kognitivních funkcí by mělo mít charakter screeningových metod poskytující základní informace. K podrobnějšímu vyvrácení či potvrzení diagnózy by mělo být využito dalších metod v rámci komplexního geriatrického vyšetření. (Pokorná et al., 2013, s. 28-29)

Nejpoužívanější nástroje k posouzení kognitivních funkcí

Test kreslení hodin

Tento test se běžně používá, jako orientační test, většinou doplňuje MMSE. Pomocí této metody lze zhodnotit: paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti, exekutivní funkce a odhalí lehkou formu demence. (Pokorná et al., 2013, s. 33) Vyšetřovaný má za úkol nakreslit ciferník, čísla hodin a umístit ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas. V praxi se používají různé časy, ale nejčastěji je používán čas 11 hodin a 10 minut. Toto vyšetření možno lze různě modifikovat, existuje zadání s předkreslením kruhu, se zadáním času či bez něj atd. Jedná se o velmi oblíbenou metodu, která je díky své jednoduchosti často využívána. Problém u této metody představuje její vyhodnocování, kdy se ukázalo, že jednoduché i složité skórovací systémy dávají podobné výsledky, kdy senzitivita a specifita je kolem 80 %. Proto je lepší tento test používat při kvalitativním hodnocení kognitivních funkcí. Při hodnocení nákresu hodin hodnotíme přítomnost a kvalitu těchto položek: kruh, všechna čísla 1–12, jejich prostorové uspořádání, dvě ručičky, jejich různá délka a nastavení. Americká Alzheimerovská společnost doporučuje jednoduchý postup k vyhodnocování, kdy zcela správné nakreslení hodin je hodnoceno jedním bodem a značí nepřítomnost demence. Naopak při chybném nakreslení hodin nepřidělíme žádný bod a je potřeba prohloubit vyšetřování. (Jirák, 2013, s. 47-49)

Krátký test kognitivních funkcí – MMSE (mini mental state examination)

Tento test je jedním z nejznámějších a nejpoužívanějších metod, hodnotí globálně kognitivní funkce, jedná se o nástroj stručný, ale spolehlivý. (Pokorná et al., 2013, s. 29) Test se skládá celkem z 10 zkoušek, které hodnotí orientaci v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Výhodou testu je, že odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Jednotlivé úkoly jsou poměrně jednoduché, proto není

možné tímto testem hodnotit mírné kognitivní poruchy. (Jiráček, 2013, s. 56-57) Tento test je považován za „zlatý standard“ pro sledování progresu a zlepšení demence při léčbě. (Pokorná et al., 2013, s. 30) Maximální počet bodů v MMSE je 30 bodů, čím více bodů tím lepší výkon. Od 24 bodů začíná pásma demence (18–24 lehký stupeň demence, 6–17 středně těžký stupeň demence, méně než 6 těžký stupeň demence). Mezi nevýhody tohoto testu řadíme velké poplatky za každé jedno jeho provedení (zhruba 100 Kč), malá senzitivita k lehkým kognitivním deficitům, ovlivnění výsledků vzděláním a věkem a chybějící možnost vyšetření exekutivních funkcí. (Jiráček, 2013, s. 57) Další nevýhodou je dlouhá doba provedení testu, která se uvádí kolem 10–15 minut. (Pokorná et al., 2013, s. 30) Tento test je vhodným nástrojem pro praktické lékaře, neurology, psychiatry a geriatry. V ČR při zahájení léčby kognitivní (inhibitory acetylcholinesterázy a memantinu) je jeho provedení podmínkou, bez jeho provedení by tato léčba neměla být zahajována. (Jiráček, 2013, s. 57)

Dále mezi hojně využívané kognitivní testy řadíme *Addenbrookský kognitivní test (ACE-R Addenbrook's cognitive examination)*, *Sedmíčekový test*, *Montrealský kognitivní test (moca–Montreal Cognitive Assessment)* a *Sedmiminutový screeningový test (7ms – 7 minute screen)*. (Jiráček, 2013, s. 50-57)

2.1.5 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní trénink lze chápat, jako systematické úsilí o zlepšení deficitu kognitivních funkcí. (Lečbych, Hosáková, 2014, s. 5) Kognitivní trénink se zaměřuje na nácvik a vylepšování jednotlivých kognitivních funkcí, na trénování pozornosti, soustředění, paměti a nacházení řešení u složitějších úkolů. (Hošková, 2012, s. 6) Trénink paměti není příliš vhodný pro klienty s demencí, především je určen a má význam u zdravých seniorů s věkem podmíněným kognitivním úbytkem. Tato cvičení jsou svižná a vyžadují soutěživost, přesnost, úplnost a správnost provedení. U klientů s kognitivní poruchou využíváme především kognitivní rehabilitaci, která je v něčem podobná s kognitivním tréninkem, ale v zásadě se liší. **Kognitivní rehabilitace** je šetrnější, nesoutěží se v ní a nepracuje na čas. Je tu především kladen důraz na procvičování a podporu kognitivních funkcí, které jsou zachovány. Během těchto cvičení terapeut napomáhá, napovídá, ale především oceňuje klienta. U klientů, u kterých jsou kognitivní funkce narušeny ve větším rozsahu, nemá smysl tato cvičení provádět. Všechna cvičení by měla probíhat formou hry a měla by směřovat k procvičování dlouhodobé paměti, která zůstává u osob s demencí dlouho zachována. (Holmerová et al., 2009,

s. 158–161) Řadíme sem např. řešení různých skládaček, puzzle, jednoduché hlavolamy, poznávání vůní, muzikoterapii, různé stavebnice, reminiscenci a podobně. (Kalvach et al., 2011, s. 239) Kognitivní rehabilitace vede u klientů k procvičení a aktivizaci, ale ve většině případů nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí, proto jej považujeme za jednu z forem aktivizace. (Jirák et al., 2009, s. 96) Aktivity by měly posilovat silné stránky, nikoliv připomínat ty slabé. Měly by probíhat ve známém prostředí pro nemocného, kde se dobře orientuje. (Pidrman, 2007, s. 94)

U onemocnění, jako je např. demence, nelze i přes snahu očekávat velké zlepšení v oblasti kognice. (Lečbych, Hosáková, 2014, s. 38) Reminiscenci lze využít, jako cílenou rehabilitaci kognitivních funkcí k podpoře orientace vlastní osobou, realitou. (Válková, 2015, s. 96)

2.2 Demence

Českým ekvivalentem slova demence je ztráta mysli či rozumu, někdy zblbllost, tupost či pošetilost. (Haškovcová, 2010, s. 260) Termín demence pochází z latiny, z latinského slova „dement“ (*de* – bez, odstranit, *ment* – psychika). (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 28) Při demenci vzniká k ireverzibilním patologickým změnám v mozku. (Zhang, Ho, 2017, s. 154) Jedná se o poruchy kognitivních, psychických a motorických funkcí, které člověka omezují ve vykonávání denních aktivit. (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 23) „Podle WHO je demence syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“ (Rektorová et al., 2007, s. 10)

Výskyt demence stoupá s věkem, kdy věk je hlavní rizikový faktor. Nejčastější výskyt demencí je po 65. roce, kdy v populaci seniorů ve věku 65 let a více je postiženo demencí okolo 2,0–2,5 % z toho polovina trpí Alzheimerovou demencí. (Jirák, 2013, s. 71)

Každý rok se objeví celosvětově více než 9,9 milionu případů demence. (Yu et al., 2019) Podle Alzheimer's Disease International (ADI) žilo v roce 2015 na celém světě odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Podle Světové zdravotnické organizace lze předpokládat, že v roce 2030 bude na zemi 75,6 miliónu lidí s demencí a v roce 2050 dokonce 135,5 miliónu lidí s demencí, dle ADI 131,5 miliónu. Většina lidí s demencí (58 %) žije ve státech méně rozvinutých či státech

se středními příjmy. Výzkumy ADI ukazují, že v regionu Střední Evropa, kam patří Česká republika, je zastoupení lidí s demencí nižší než jinde ve světě. Nejvyšší procentuální zastoupení demence je v Severní Africe, celkem 8,67 % oproti Střední Evropě, kde je to 4,65 %. ADI uvádí, že i v nejvyspělejších státech je diagnostikována pouze polovina lidí s demencí. Více než dvě třetiny lidí s demencí tvoří ženy. Na základě zahraničních prevalenčních studií u nás žije s demencí 50,9 tisíc mužů a 105 tisíc žen. Riziko vzniku demence narůstá s věkem. Prevalence vzrůstá ve věku nad 80 let. Počet lidí s demencí neustále narůstá. Prevalenční studie ukazují, že počty lidí s demencí jsou vyšší, než se dříve předpokládalo. Nejvíce lidí s demencí žije v Praze, celkem 20 049 lidí. Nejméně lidí s demencí žije pak v karlovarském kraji, celkem 4 067 osob. Analýzy ukazují, že přibližně čtvrtina (24,4 %) osob s demencí využívá ambulantní zdravotní péči a necelých 6 % pak zdravotní péči lůžkovou. Studie ukazují, že zhruba 1 z 5 osob trpících demencí, žije v domově pro seniory a zhruba 1 z 10 osob žije v domově se zvláštním režimem. (ČALS, 2014, s. 9-22) Vzhledem ke stárnutí populace lze očekávat, že počet seniorů, kteří onemocní demencí, bude stále narůstat. (Stará, Bužgová, 2012, s. 464) Demence se jeví jako jeden z významných problémů veřejného zdravotnictví, vzhledem k současné situaci stárnutí populace. V České republice žije odhadem 170 tisíc lidí s demencí a tento počet se neustále zvyšuje v důsledku stárnutí populace. (Holmerová, 2018b, s. 44)

2.2.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba byla poprvé popsána v roce 1906 německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem. (Mace et al., 2018, s. 385) Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demencí, tvoří asi dvě třetiny všech případů demence. (Hauke, 2017, s. 33) Asi 10–20 % tvoří demence smíšené, necelých 5 % představují demence s Lewyho tělísky, dále 5–10 % frontotemporální demence. Celá řada pacientů má navíc prokázaný vaskulární typ demence, jedná se pak o demenci smíšenou. Alzheimerova choroba je někdy označována, jako tichá epidemie, protože velké množství klientů zůstává nediodagnostikováno a neléčeno. (Zvěřová, 2017, s. 16) Patogeneze Alzheimerovy choroby není doposud známa. Ubývá neuronů, snižuje se synaptická plasticita. Základním mechanismem je ukládání beta-amyloidu a degenerace neuronálního tau-proteinu. (Zvěřová, 2017, s. 33-34)

Alzheimerovu chorobu lze rozdělit na presenilní, s časným začátkem před 65. rokem a senilní, která nastupuje po 65. roce. (Hauke, 2017, s. 48) Alzheimerova choroba je nejčastější demencí

starších lidí. Více jak 40 % lidí s touto chorobou se nachází ve věku 85 let a více. Tento typ demence obvykle začíná po 50. roce života. Mezi nejčastěji přidružené onemocnění řadíme pneumonii, která je příčinou smrti u většiny lidí s touto demencí. (Hulín, 2019, s. 636)

Rizikové faktory

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem, který je neovlivnitelný, je věk. Druhým nejdůležitějším faktorem je přítomnost apolipoproteinu E4 (epsilon-4 – ApoE4). (Zvěřová, 2017, s. 23) Asi v 5 % lze říci, že se jedná o dědičné onemocnění, které je pravděpodobnější, nastupuje-li v mladším věku. Rizikovým faktorem je i Downův syndrom. (Brydenová, 2013, s. 179) Mezi další rizikové faktory řadíme ženské pohlaví a nízký stupeň vzdělání v mládí. Mezi další rizikové faktory, které lze do jisté míry ovlivnit, lze zařadit metabolický syndrom ve středním a pozdním věku (obezita, hypertenze, diabetes, zvýšená hladina cholesterolu), kouření, dlouhodobé zneužívání alkoholu či opakované úrazy hlavy. Dle posledních výzkumů, lze mezi rizikové faktory zařadit i perinatální faktory (porodní váha, nitroděložní vývoj fétu, počet sourozenců a pořadí narození). (Zvěřová, 2017, s. 23)

Příznaky

Alzheimerovou chorobu lze dělit na formu s časným začátkem a s pozdním začátkem, tyto dvě formy se od sebe klinicky příliš neliší, u forem s časným začátkem bývá rychlejší, maligní průběh. (Jirák, 2013, s. 102) Alzheimerova choroba se vyvíjí velmi často plíživě, nenápadně, přitom pomalu a trvale progreduje. Psychické funkce jsou postiženy rozptýleně. Brzy dochází ke změně osobnostních rysů, u nemocných je nápadné chování s narušením základních etických a estetických pravidel. Nemocní ztrácejí své zájmy, stávají se podezřívavými. (Pidrman, 2007, s. 35) U většiny nemocných se jako první příznak objevuje porucha paměti. (Kalvach et al., 2011, s. 298) Objevují se poruchy korových funkcí, jako je afázie, apraxie, agnózie, mají problémy s prostorovou orientací. Nemocní nejsou schopni se o sebe postarat, potřebují pomoc druhé osoby. Objevují se emoční poruchy, v počátku onemocnění se může objevit deprese, ale i mánie. Nežádka se mohou objevit i halucinace a bludy. (Pidrman, 2007, s. 35) Příznaky poruchy kognitivních a nekognitivních funkcí dělíme zpravidla do tří stupňů, kdy těmto třem stupňům předchází anamnestická forma lehké poruchy poznávacích funkcí. (Jirák, 2013, s. 102) Syndrom demence je syndromem chronickým, který postupně progreduje a potřeby nemocných se v důsledku progresu mění. (Holmerová, 2018a, s. 491)

Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí

Bývá postižena zpravidla autobiografická složka paměti. Poruchy paměti jsou jak subjektivního rázu (klienti si stěžují na poruchy paměti) tak objektivního rázu (zjištěno testy kognitivních funkcí). Soběstačnost bývá zachována, klienti jsou schopni vykonávat aktivity denního života. Tato porucha nemusí být zjiřitelná MMSE testem, výsledky tohoto testu se mohou pohybovat v rozmezí 26–27 bodů. (Jiráček, 2013, s. 102-103) Mírná kognitivní porucha (MCI) je fáze kognitivního poklesu, kdy je stále možné zasáhnout a zvrátit pokles. Kognitivní stimulace poskytovaná psychosociálními intervencemi poskytuje psychologickou intervenci i sociální stimulaci ke zlepšení poznání. (Mahendran et al., 2018) Mírná kognitivní porucha je zřejmě počátkem většiny nemocí, které vedou k demenci, včetně Alzheimerovy choroby. Studie ukázaly, že u 5 až 12 procent jedinců s MCI se každý rok po stanovení diagnózy rozvine demence, ale i po pěti letech zůstane 40 až 50 procent jedinců buď v kategorii MCI nebo se jejich stav zlepší a kognitivní funkce se obnoví. (Mace et al., 2018, s. 383)

Lehká alzheimerovská demence

Zde již dochází k výraznějším poruchám epizodické paměti. Bývá porušena především pracovní paměť – klienti mají obtíže se zapamatováním si nových věcí. Klienti ztrácejí své osobní věci, neustále něco hledají, ukládají předměty na nepatřičná místa (např. klíče do lednice). Klienti mohou být dezorientovaní, špatně se orientují v prostoru méně známých míst, nepoznávají tváře, zapomínají či zaměňují jména. (Jiráček, 2013, s. 103) V tomto stádiu jsou nemocní většinou soběstační, potřebují dohled a dopomoc od rodiny. (Kalvach et al., 2011, s. 298) Objevuje se zhoršená schopnost učít se novým dovednostem. U klientů dochází ke snížení zájmu a aktivity, může být zpomaleno psychomotorické tempo. Již při lehké alzheimerovské demenci se mohou objevit psychologické a behaviorální příznaky demence, jako je deprese, úzkost, afektivní labilita. Dochází k celkovému úpadku osobnosti. Výsledky MMSE se pohybují v rozmezí 18–25 bodů. (Jiráček, 2013, s. 103) V této fázi demence lidé často žijí samostatně, nepotřebují zvláštní služby. Je důležité, aby byla u těchto jedinců správně stanovena diagnóza a nastavena symptomatická léčba kognitivní. (Holmerová, 2018a, s. 491) V této fázi je žádoucí stimulovat mozkové funkce kognitivní rehabilitací. (Kalvach et al., 2011, s. 299)

Střední alzheimerovká demence

Dochází k progresi kognitivního a psychického postižení, zde je již narušena soběstačnost, dezorientace, nemocní zpravidla potřebují pomoc v běžných denních aktivitách a mnohdy trvalý dohled. (Kalvach et al., 2011, s. 299) Zpravidla chybí náhled na chorobu. Mohou se objevit fatické poruchy (expresivní parafázie, afázie sensorická či anamnestická). Celkově se zhoršuje komunikace a kontakt s okolím, klienti mají chudou slovní zásobu, sociálně se izolují, jsou smutní, můžou se objevit projevy vzteku. Klienti o sebe nepečují, zanedbávají osobní hygienu, může se objevit inkontinence moči. Prohlubují se zde behaviorální a psychologické příznaky demence, jako je agitovanost, afektivní labilita a afekty vzteku. Přechodně se mohou objevit i psychotické příznaky, jako jsou bludy, misidentifikace, poruchy vnímání. Hodnoty MMSE se obvykle pohybují mezi 11–17 body. (Jirák, 2013, s. 103-104) V této fázi lidé zpravidla potřebují kontinuální podporu, dohled či péči. Tito lidé potřebují jak podporu ze strany svých blízkých, tak mohou využívat určité služby sociálního typu, jako jsou např. denní stacionáře či zařízení určená přímo pro klienty s demencí. (Holmerová, 2018a, s. 491)

Těžká alzheimerovská demence

U těžkého stupně dochází k dalšímu poklesu kognice. Paměť je již narušena ve více složkách, klienti nepoznávají okolí, ani své nejbližší, jejich jména. Klienti jsou dezorientovaní časem i místem. (Jirák, 2013, s. 104) Těžká forma demence je provázena narušením verbální komunikace. (Stolička, Bužgová, 2014, s. 158) Může se objevit agrafie a alexie. (Jirák, 2013, s. 104) Je potřeba zajistit příjem potravy, výživu a hydrataci. (Kalvach et al., 2011, s. 301) Klienti jsou mnohdy inkontinentní, částečně či plně. (Jirák, 2013, s. 104) Tito klienti mají sníženou mobilitu, je u nich vysoké riziko pádu. (Kalvach et al., 2011, s. 301) Je zde zvýšené riziko dekubitů, hypostatické pneumonie a dalších komplikací pramenících ze snížené pohybové aktivity. V tomto stavu dochází k progresi behaviorálních poruch, jako je agitovanost, vydávání neartikulovaných zvuků, ničení předmětů, nevhodné upoutávání pozornosti atd. Někdy se může objevit euforická nálada, výjimkou nejsou psychotické příznaky, jako jsou nesystematické bludy, misidentifikace, poruchy vnímání. Hodnoty MMSE se pohybují v rozmezí 6–10 bodů, u velmi těžkých demencí pak 0–5 bodů. (Jirák, 2013, s. 104-105)

Alzheimerova choroba končí smrtí, klienti umírají v důsledku interkurentních chorob, jako je hypostatická pneumonie, dekubitální sepse atd. Někdy může dojít k úmrtí následkem úrazu.

K oslabení organismu přispívá katabolismus, který je u terminálních stádií alzheimerovských demencí velmi častý, přispět může i dehydratace. (Jirák, 2013, s. 105) Průměrná doba přežití klientů s Alzheimerovou nemocí od objevení prvních příznaků je 7–15 let. U familiárních forem Alzheimerovy choroby může dojít k rychlému, malignímu průběhu, kdy se doba přežití pohybuje mezi 3–5 lety. (Jirák, 2013, s. 105)

Diagnostika

V rámci časné diagnostiky by měl být proveden screening, který by měl být prováděn v rámci pravidelných prohlídek u lidí starších 65 let a u lidí, kteří u sebe pozorují poruchy paměti či jiné příznaky, jako jsou deprese, změny osobnosti, nevysvětlitelné pády atd. Jako vhodný nástroj pro včasný záchyt je považován test MiniCOG. (Kubešová Matějovská, Býma, 2018, s. 4)

V diagnostice demence je důležitá anamnéza, kdy od nemocného či pečujícího zjišťujeme úrazy hlavy, prodělané mozkové příhody, přítomnost demence v rodině atd. Důležitým poznatkem je informace, zda si nemocný poruchu uvědomuje či nikoliv, protože u demencí je častá nozognozie, tedy neuvědomění si poruchy. (Jirák et al., 2009, s. 26) K testování jednotlivých kognitivních funkcí jsou používány různé testy (viz. kapitola 2.1.6), které spadají do rukou psychologů, neurologů či psychiatrů. (Jirák et al., 2009, s. 27)

Všichni klienti, kteří mají poruchu paměti, by měli podstoupit alespoň CT mozku pro vyloučení jiných možných příčin demence (např. tumory, intrakraniální hematomy nebo vaskulární poruchy). V současnosti jsou dostupná vyšetření typu SPECT/PET pro detekci hypometabolismu parietálních a temporálních laloků. Konečnou diagnózu lze stanovit pouze sekci, kdy je hodnocena přítomnost neurofibril a neuritický plak ve vysokém množství. (Zvěřová, 2017, s. 46) Dále je možné provést EEG, které prokáže změnu, zpomalení mozkové aktivity. (Jirák et al., 2009, s. 28)

Alzheimerovu chorobu lze diagnostikovat již v preklinickém stádiu stanovením biomarkerů v mozkomíšním moku pomocí pokročilých zobrazovacích metod. (Holmerová, 2018a, s. 492) Zásadní je především stanovení beta amyloidu a tauproteinu. (Hauke, 2017, s. 48) Tato diagnostická metoda má však zatím uplatnění pouze u rizikových jedinců Alzheimerovy choroby či dobrovolníků, kteří mají zájem se zúčastnit výzkumu. (Holmerová, 2018a, s. 492) Některé nemoci mohou imitovat průběh Alzheimerovy choroby. Velmi těžko je rozeznat a odlišit např. Alzheimerovu chorobu a frontotemporální demenci či Alzheimerovu chorobu a vaskulární demenci či demenci s Lewyho tělísky. (Jirák, 2013, s. 108) Někdy může Alzheimerovu chorobu

imitovat např. deprese. Demence je provázána depresí až v 50 % případů, rozlišit depresi a demenci bývá mnohdy problematické. V diferenciální diagnostice lze uplatnit tzv. „4D“ neboli deprese, delirium, drugs (léky), demence. Na počátku diagnostiky by měla být vyloučena deprese, delirium či nežádoucí účinky léků, než se vysloví diagnóza demence. (Pidrman, 2007, s. 60-61)

Léčba

Alzheimerova choroba patří mezi nevyлéčitelná onemocnění. (Zvěřová, 2017, s. 73) Včasnou diagnostikou a zahájením terapie lze až o roky oddálit pokročilá stádia onemocnění. (Kubešová Matějovská, Býma, 2018, s. 3) Základním cílem léčby je zmírňovat příznaky a oddálit těžké stádium onemocnění. Lze kombinovat farmakologické a nefarmakologické metody, kdy farmakologická léčba je těžištěm. (Zvěřová, 2017, s. 73)

Farmakologická léčba

Farmakoterapie nezahrnuje léčbu kauzální, ale symptomatickou, kdy je ovlivněna progresa onemocnění, zpomalení rozvoje symptomů a tím delší zachování soběstačnosti, snížení náročnosti péče a prodloužení možnosti setrvat ve vlastním prostředí. (Kubešová Matějovská, Býma, 2018, s. 5) Používají se dvě základní skupiny léčiv. **Kognitiva** – inhibitory mozkových acetyl-i butyrylcholinesteráz, které zlepšují acetylcholinergní transmisi (zablokují enzymy odbourávající acetylcholin). (Zvěřová, 2017, s. 73-74) Tyto léky slouží k přechodnému zlepšení poznávacích funkcí, ale hlavním účinkem je odsunutí progresa onemocnění v oblasti poznávacích funkcí, aktivit denního života a chování nemocného. (Kelnarová, Tomanová, 2012, s. 57)

Slabí **antagonisté NMDA** (N-metyl-D-aspartátových) glutamátergních inotropních receptorů. Pomocí blokády NMDA receptoru se snižuje nadměrný vstup kalcia do neuronů. (Zvěřová, 2017, s. 74) Z této skupiny léčiv se používá látka – **memantin**. (Jirák et al., 2009, s. 88-89)

Dále byly pozitivní účinky nalezeny u užívání extraktů z **ginkgo biloby** či **omega-3-mastných kyselin**. V České republice je často používán přípravek **Acutil**. (Zvěřová, 2017, s. 74-75)

Své nezastupitelné místo zde mají i **antipsychotika**, hlavně u klientů, kde převládají behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD). (Zvěřová, 2017, s. 75) Lze využít i **nootropní farmaka**, která zlepšují mozkovou látkovou přeměnu. (Jirák et al., 2009, s. 89-90) Nezbytnou součástí léčby Alzheimerovy demence je terapie přidružených onemocnění. (Zvěřová, 2017, s. 75)

Nefarmakologická léčba

Nefarmakologické metody napomáhají zachovat kvalitu života a soběstačnost. Též napomáhají předejít a zmírnit poruchy chování a minimalizovat tak užití tlumících léků, které mají nežádoucí účinky. (Lukasová, Hradilová, 2014, s. 8) Základem je psychologický přístup ke klientovi, především ze strany pečujících. Péče o klienta s Alzheimerovou demencí vyžaduje velkou trpělivost, jelikož veškeré pokroky jsou přesto velmi malé a přechodné. Čím více demence progreduje, tím je důležitější používat jednodušší psychoterapeutické přístupy. Základem nefarmakologické léčby je trénování kognitivních a nekognitivních funkcí. Snahou je udržet klienta co nejdéle zapojeného do běžných denních aktivit. Dalším důležitým krokem je redukce paměti a různých dovedností neustálou aktivizací, stimulací a konfrontací s realitou. Stálou aktivizací lze udržet klienta, alespoň na nějaký čas, nezávislého či jen částečně závislého na okolí a oddálit tak tím přesun do speciálního zařízení. (Zvěřová, 2017, s. 76)

2.2.2 Péče o klienta s demencí

Náročnost péče o klienta s demencí se odvíjí od stádia progresu tohoto onemocnění. V první fázi jsou klienti téměř soběstační a potřebují spíše dohled či lehkou pomoc. V další fázi pak dochází k narušení výkonnosti sebeobslužných činností, tito klienti jsou dezorientovaní a potřebují pomoc druhé osoby. Ve fázi těžké demence se stávají klienti zcela závislími na druhé osobě, kdy potřebují pomoc téměř ve všech sebeobslužných činnostech. (Lukasová, Hradilová, 2014, s. 7)

Pravidla pro péči o člověka s demencí:

Je důležité, uvědomit si, že člověk, o kterého pečujeme, je stále ta bytost, kterou známe a máme rádi. Je důležité jednat s člověkem stejně tak, jako před nemocí. (ČALS, 2016, s. 15) Mělo by být na člověka nahlíženo, jako na celistvou osobnost, nikoliv diagnózu. (Jirák et al., 2009, s. 110) Do života nemocného demencí je potřeba vložit řád a režim. Důležité je navodit rutinní stereotyp v životě, který přináší pocit bezpečí a jistoty. (ČALS, 2016, s. 15) Lidi s demencí potřebují stabilitu, předvídatelnost, pravidelnost, opakování a zaběhnuté rituály. (Jirák et al., 2009, s. 112) Pro pečujícího i nemocného je velmi důležité, aby nemocný zůstal co nejdéle soběstačný. (ČALS, 2016, s. 15) Je dobré pracovat se zchovalými dovednostmi a schopnostmi nemocného, klienti se pak cítí lépe, mají větší sebedůvěru. (Jirák et al., 2009, s. 114) Člověk s demencí je nešťastný a stresuje ho, že činnosti, které dříve zvládal dobře, mu nyní nejdou tak rychle. (ČALS, 2016, s. 15) Je důležité, dopřát lidem s demencí dostatek času. (Jirák et al., 2009, s. 113)

Nemělo by být nikdy zapomenuto na to, že osoba, o kterou je pečováno, je stále dospělý člověk se svou důstojností. (ČALS, 2016, s. 15) Při nevhodném chování může být vyvolán neklid, agrese či jiná forma obranného mechanismu. (Jiráček et al., 2009, s. 112) U klientů s demencí není vhodné vyvolávat konflikty, jelikož zatěžují jak člověka s demencí, tak pečujícího. Pozornost by neměla být směřována na věci, které nemocný nedokáže, ale na věci, které dokáže. (ČALS, 2016, s. 16) Je vhodné jednat s klientem klidně, nekritizovat jej, nepoukazovat na jeho nedostatky, jelikož by mohla být vyvolána agrese. (Jiráček et al., 2009, s. 111) Nemocnému by měla být co nejvíce zjednodušena situace, na místě je pomoc s úkony, které už nezvládne sám, a naopak do činností, které ještě zvládá, by nemělo být zasahováno. (ČALS, 2016, s. 17) Je nevhodné, aby se musel nemocný rozhodovat a volit mezi více alternativami. (Jiráček et al., 2009, s. 112) Je důležité udržovat nemocného v dobré náladě, usměvavého. (ČALS, 2016, s. 16) Je vhodné vyhýbat se situacím, ve kterých by mohl selhat, nemocný by měl být povzbuzován a ponechán dělat jednotlivé činnosti ve svém tempu a svým způsobem. (Jiráček et al., 2009, s. 111) Důležitá je bezpečnost nemocného, ztráta paměti a zhoršení koordinace pohybů zvyšuje riziko zranění. (ČALS, 2016, s. 16) Pravidelný pohyb a cvičení jsou důležité pro udržení dobré fyzické kondice a duševního zdraví. (ČALS, 2016, s. 16) Je potřeba dát nemocnému smysl života. Člověk s demencí, který byl kdysi zahradníkem, či pracoval v domácnosti nebo v obchodě, cítí uspokojení, že některé činnosti využívají jeho dovednosti z dřívějších zaměstnání či koníčků. (ČALS, 2016, s. 17) Měl by být budován pocit užitečnosti, i člověk s demencí může pomoci pomáhajícímu. Každá snaha nemocného by měla být oceněna, žádoucí je pochvala nemocného. (ČALS, 2016, s. 17) Je vhodné udržovat komunikaci, mluvit hlasitě, nižším hlasem v jednoduchých větách, v případě potřeby vše zopakovat, je důležité ujistit se, že nemocný koncentruje pozornost. Je důležité mluvit s nemocným tváří v tvář, s využitím nonverbální komunikace. Dále udržovat oční kontakt, věnovat pozornost řeči těla nemocného. (Jiráček et al., 2009, s. 114) Je-li to nemocnému příjemné, zapojit do komunikace gesta, dotyky, objetí. Je vhodné hledat pomůcky, které usnadní dorozumění, jako jsou vhodná slova, připodobení atd. (ČALS, 2016, s. 17) Vhodné je držet se jednoho tématu, nepřeskakovat, mluvit o tom co se děje teď a tady. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 55) Při komunikaci by měly být omezeny rušivé a rozptylující vlivy prostředí. Je žádoucí nemocného povzbudit vlídným zájmem. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 43) Je důležité předcházet dezorientaci použitím různých pomůcek k tomu, aby si nemocní vzpomněli, např. označení dveří jasnými barvami, vyrobení „knihy paměti“ s fotografiemi

blízkých a známých míst, označení důležitých míst, např. WC atd. (ČALS, 2016, s. 18) Zvláště u lidí s počínající demencí je vhodné využívat pomůcky, jako je např. velký kalendář, nástěnka se zprávami, štítky s nápisy apod. Žádoucí je individuální přístup ke každému klientovi zvlášť. (Jiráková et al., 2009, s. 112)

2.3 Vzpomínání

Definici vzpomínek poprvé vyslovil Rober Butler: „*Vzpomínání je jednotlivý akt či proces opětovného vybavování si minulosti.*“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 11) Vzpomínání lze rozdělit na vzpomínání *tiché*, kdy vzpomínáme v duchu, o samotě, bez dalších lidí a vzpomínání *vyslovené*, kdy vzpomínáme nahlas a své vzpomínky sdílíme s ostatními. Může probíhat buď spontánně, nebo záměrně. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 11)

Vzpomínky jsou svým způsobem emocionálně zbarvené, ovlivněné osobností vzpomínajícího. Vzpomínání je senzorká či vizuální zkušenost, která může být stimulována zvuky, vůněmi, chutí či pohledem na určitý děj. Emoce přítomné při prožívání minulé události, mohou být při vzpomínání znovu prožity ve stejné intenzitě. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 11-12)

Lidé se s přibývajícím věkem častěji zajímají o historii a rádi vzpomínají na „staré dobré časy“ svého dětství, mládí, rodinný a pracovní život. (Haškovcová, 2012, s. 141-142) Vzpomínání pomáhá seniorům vnímat stáří rovnocenně s mladšími životními etapami a tím se lépe vyrovnat s životními změnami. Vzpomínání pomáhá přehodnocovat předešlé zkušenosti, napomáhá udržovat osobní identitu, neboť to, co člověk prožil, zůstává uchováno v paměti vzpomínajících. (Suchá, Holmerová, 2019, s. 86) Vzpomínání na minulé časy může způsobit radost, upevnit pocit důležitosti vlastní osoby a spojit se s bezpečnou minulostí. (Zgola, 2013, s. 27) Vzpomínání není vždy příjemný, uvolňující a uklidňující proces. Často může přinášet trápení a obavy. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 17)

2.3.1 Funkce vzpomínání

Vzpomínání může ve stáří pomoci k dosažení integrity osobnosti či k získání pocitu celistvosti. Základní funkce vzpomínání je pomoc při adaptaci na nové změny, které sebou stáří a stárnutí přináší. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 12)

Dalšími funkcemi vzpomínání jsou *zdůraznění pozitivních stránek osobnosti* člověka a zachování sebepojetí. *Zvýšení pocitu vlastní hodnoty*. Při vzpomínání má člověk možnost sdílet své zkušenosti

a předat je dál, toto upevňuje pocit sounáležitosti. *Udržení pocitu osobní identity*. To, co člověk prožil, má člověk uchováno, nikdo mu to nemůže vzít, vzpomínky zůstávají staršímu člověku navždy, jsou nedílnou součástí jeho osobnosti. *Změna negativního image a narušení stereotypů o stáří*. Starší lidé jsou v naší společnosti vnímáni spíše negativně. Při vzpomínání si lze uvědomit, co dotyčný člověk prožil, jaké má zkušenosti. Každého bychom měli vnímat a chápat jako jedinečnou, originální osobnost a oprostít se od zažitých negativních stereotypů. *Získání stimulující a příjemné zkušenosti*. Mnohdy nám přinášejí vzpomínky radost, vzpomínáme na radostné události, na to, co hezkého jsme prožili, co jsme dokázali. Pro většinu z nás je příjemným zážitkem, když může své vzpomínky sdílet s ostatními, s někým, kdo nás poslouchá a zajímá ho to. *Získávání materiálu pro proces bilancování*. Robert Butler tvrdí, že každý, kdo se ocitá na sklonku svého života, má potřebu ohlížet se zpět do minulosti a vzpomínat na to co prožil. *Dosažení integrity* v pojetí vlastního života. Člověk by měl svůj život akceptovat takový, jaký je, přijmout ho se všemi nedostatky a nedokonalostmi, se vším, co se v minulosti nepodařilo. Na vzpomínání lze nahlížet jako na určitý způsob vyrovnávání se se svým životem, stárnutím, stářím a blížící se smrtí. *Nabytí nesmrtelnosti*. Známy psychiatr Vladimír Vondráček konstatoval, že fyzickou nesmrtelnost získat nelze, ale že prostřednictvím vzpomínání můžeme přežít svoji vlastní smrt, stát se nesmrtelným v našich dětech, dílech či ve vzpomínkách lidí. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 12-14)

2.3.2 Taxonomie vzpomínání

Dnes existuje celá řada taxonomií vzpomínání, jako nejvhodnější taxonomie vzpomínání mi přijde taxonomie podle L. M. Wattové a P. T. P. Wonga, kteří rozlišují vzpomínání:

Integrativní vzpomínání, kdy jeho hlavní funkcí je dosažení smysluplnosti svého života a smíření se se svou minulostí. *Instrumentální vzpomínání* slouží pro zvládnutí těžkých situací, problémů, které ho sužují v přítomnosti. Člověk se obrací do minulosti, vzpomíná, jaké strategie v minulosti použil k řešení obtížné situace. *Transmisivní vzpomínání* slouží k zachování kulturní kontinuity, kdy se předávají zkušenosti z generace na generaci. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 15-16) *Narativní vzpomínání* pracuje se spontánně vyprávěnými vzpomínkami. Jedná se většinou o vyprávění příběhů ze života. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 65) *Uhýbavé vzpomínání* pomáhá vzpomínajícímu uniknout od nepříjemné přítomnosti tím, že se obrací „ke starým dobrým časům“. U tohoto typu vzpomínání je typické přechvalování minulosti a devalvace přítomnosti.

Obsesivní vzpomínání lze považovat za maladaptivní typ vzpomínání, kdy se nepodařilo vyrovnat se s nějakým tíživým minulým zážitkem. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 15-16)

2.3.3 Typologie vzpomínajících

Podrobným popisem typologie vzpomínajících se zabýval např. anglický psycholog Peter G. Coleman, kdy se snažil identifikovat spojitost mezi typem vzpomínajícího a jeho celkovou spokojeností s životem. Definoval **čtyři kategorie vzpomínajících**:

Lidé, kteří vzpomínají často a cení si svých vzpomínek. Jsou to lidé, kteří vzpomínají rádi a vzpomínání pro ně je příjemná aktivita, která jim přináší dobrý pocit. Vzpomínání berou jako útěchu v těžké situaci, kdy jim pomáhá a dodává sílu. Tito lidé považují své vzpomínky za něco velmi cenného a mnozí z nich by i chtěli napsat o svém životě knihu. Tato skupina vzpomínajících je se svými životy spokojena a jejich přístup k přítomnosti je pozitivní a konstruktivní.

Lidé, kteří vzpomínají často, ale jejich vzpomínky je trápí. Tito lidé jsou svými vzpomínkami obtěžováni a deprimováni, považují svůj život za neuspokojující, dokonce někdy tvrdí, že nestálo za to ho žít. Tito vzpomínající se nedokáží smířit se svým prožitým životem a jejich přístup k přítomnosti je negativní a nekonstruktivní. *Lidé, kteří vzpomínají zřídka, neboť nespátřují ve vzpomínání smysl.* Tito lidé neradi vzpomínají, jelikož vzpomínání pro ně nemá význam ani smysl, se svým životem jsou však spokojeni a jejich přístup k přítomnosti je vcelku pozitivní.

Lidé, kteří se vzpomínání vyhýbají, protože jim vzpomínky připomínají utrpené ztráty. Pro tyto lidi je vzpomínání nepříjemnou aktivitou, jelikož jim připomíná nepříjemné události či ztrátu, se kterou se dosud nevyrovnali. Vzpomínání je pro ně bolestivé a přináší jim smutek. Jejich přístup k přítomnosti je velmi negativní, jedná se velmi často o lidi s depresí. Tito lidé spadají do rukou odborníků. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 16-17)

2.4 Reminiscence

Pojem reminiscence je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání. Za reminiscenční aktivitu se označuje rozhovor terapeuta (sestry) se seniorem o jeho dosavadním životě s využitím mnoha pomůcek (staré fotografie, předměty, přístroje, pracovní nářadí, filmy, hudba atd.). Základním cílem reminiscence je vyplnění volného času seniorů, sociální začlenění, kognitivní stimulace, navození duševní pohody, posílení sebeúcty a sebevyjádření. (Marková, Jedlinská, 2013, s. 23)

Reminiscence je hlasité či tiché vybavování událostí lidského života. Reminiscence umožňuje povídání o prožívání tak, jak si autor své vzpomínky pamatuje a přeje vyjádřit. (Siverová et al., 2016, s. 15, 17)

Reminiscence je aktivizační a validační metoda, která se využívá v mnoha podobách při práci se starými lidmi. (Janečková et al., 2015a, s. 26) Reminiscenční terapie je zpravidla užívána u seniorů, ale studie ukazují, že reminiscence může být užitečná i u mladší populace. (Hallford, Mellor, 2013, s. 452) Reminiscence napomáhá posilovat lidskou důstojnost, rozvíjet aktivní přístup k životu a zlepšit vztah mezi klienty a personálem. (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92) Reminiscenci lze chápat, jako nástroj prevence kognitivních deficitů. (Müller, 2012, s. 125) Tuto metodu lze uplatňovat v ambulantní sféře, v pobytových zařízeních, ale i v domácím prostředí. Jedná se o nefarmakologickou metodu, která přináší pozitivní efekt v oblasti emocionální, kognitivní, v oblasti problematického chování a aktivit denního života. (Janečková et al., 2015a, s. 26)

Základním terapeutickým prvkem reminiscenční terapie jsou příjemné vzpomínky, navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti a potěšení a kognitivní stimulace. Vyvolání příjemných vzpomínek má pozitivní vliv na celkové zdraví člověka, především na jeho psychický stav. (Janečková et al., 2015a, s. 26) Studie ukazují, že reminiscenční terapie snižuje depresi a úzkost, zvyšuje pocity pohody a sebeúcty. (Duru Aşiret, 2018) Někdy však nastává potřeba vyrovnávat se se vzpomínkami ne úplně radostnými, někdy i traumatizujícími, v tomto případě se již nejedná o pouhou stimulaci vzpomínek, ale o psychotherapeutický proces. (Janečková et al., 2015a, s. 26) Reminiscence je vhodný prostředek k řešení nevyřešených konfliktů z minulosti. (Hofer et al., 2017, s. 390) Reminiscence může pomoci přizpůsobit se aktuálním změnám a ztrátám, tím že si senior připomene strategie, které byly efektivní již v minulosti. (Satorres et al., 2018, s. 232) Jako zvláště užitečná, avšak málo využívaná se jeví *mezigenerační reminiscence*. Je velmi důležitá integrace mladší populace mezi seniory. Výzkumy ukazují, že mezigenerační reminiscenční intervence přispívají ke zlepšení pohody izolovaných starších lidí. (Armstrong, 2017, s. 31)

V posledních desetiletích u nás nabývá reminiscence na významu v rámci úspěšného stárnutí, protože tento druh terapie má pozitivní a adaptivní účinky na duševní zdraví seniorů. Revize života je důležitým úkolem ve stáří. (Satorres et al., 2018, s. 227)

2.4.1 Vznik a vývoj reminiscence

Reminiscence jako taková se u nás začala vyvíjet již koncem 90. let, v přednáškách Taťány Kašíkové, která se zúčastnila tehdy probíhajícího britsko-českého vzdělávacího projektu. Významnou osobou v oblasti reminiscence je Pam Schweitzer, která v roce 1993 založila Evropskou reminiscenční síť a stala se koordinátorkou spousty mezinárodních projektů pro podporu reminiscenční práce. Pam Schweitzer také vybudovala reminiscenční komunitní centrum Age Exchange v Londýně, které se stalo inspirací pro ostatní. Od této doby byla reminiscence zařazována do kvalifikačních kurzů pořádaných Diakonií ČCE. (Janečková et al., 2015a, s. 25-26)

K rozvoji reminiscence v ČR přispěly dva momenty, a to především výzkumný projekt „Vliv reminiscenční terapie na kvalitu života a zdravotní stav seniorů žijících v instituci“, který proběhl v letech 2005–2008 v Gerontologickém centru v Praze. Jeho výsledky byly prezentovány na domácích i zahraničních konferencích, výstupem bylo také několik publikací, např. Reminiscence a její využití v práci se seniory, vydaná v roce 2010, autorkou Hankou Janečkovou, předsedkyní českého reminiscenčního centra. Největším přínosem tohoto projektu však byly a jsou zkušenosti týkající se vedení reminiscenčních skupin v domovech pro seniory, vyhledávání a využívání reminiscenčních stimulů i rozpoznávání možných rizik reminiscenční práce a její supervise. (Janečková et al., 2015a, s. 25-26)

Ve spolupráci s Taťanou Kašíkovou vznikl vzdělávací modul zaměřený na vedení reminiscencí v domovech pro seniory. Později na tento modul navázalo mnoho vzdělávacích programů v Diakonii ČCE, na Vyšší odborné škole sociálně pedagogické Jabok nebo v České alzheimerovské společnosti. Zájem o vzdělání v oblasti reminiscence neměli pouze pracovníci v sociálních službách, ale také pracovníci ve zdravotnictví. (Janečková et al., 2015a, s. 25-26)

Druhým významným posunem byla dlouhodobá spolupráce s Evropskou reminiscenční sítí, kdy jsme se podíleli na projektu Making Memories Matter (Živé vzpomínky), jednalo se o výstavu vzpomínkových krabic v Praze a dalších evropských městech, tyto výstavy proběhly v roce 2005. Tento projekt se inspiroval 60. výročím konce 2. světové války a snažil se zachytit vzpomínky poslední žijící generace pamětníků. Dalším projektem byly Vzpomínkové kufry klientů z Domova důchodců Bystřany vystavené v roce 2006 na Pražských gerontologických dnech. (Janečková et al., 2015a, s. 25-26) O několik let později vznikly další dva projekty, a to Remembering Together

(Vzpomínejme společně) tento projekt vznikl v letech 2010–2012 a projekt Remembering Yesterday Caring Today training (Vzpomínejme, když pečujeme) v letech 2012–2014. Tyto dva projekty poprvé upozornily na kreativní potenciál reminiscence, začaly zvat k reminiscenci i klienty s demencí a jejich rodiny. Každý z projektů byl zakončen konferencí, v roce 2012 Reminiscence a domov a v roce 2014 Vzpomínejme, když pečujeme, obě tyto konference se konaly v Domově pro seniory Slunečnice v Praze. (Janečková et al., 2015a, s. 25-26)

2.4.2 Formy a metody reminiscence

Reminiscence může mít různé podoby a formy, které se mohou vzájemně překrývat. Reminiscence může mít podobu:

Diskuze o aspektech minulosti, která probíhá koordinovaným a organizovaným způsobem. Jedná se např. o setkání, při kterém si účastníci prohlížejí fotografie, používají se různé reminiscenční pomůcky, sledují filmy, poslouchá hudba, a to vše za účelem navození určitých vzpomínek. Tato setkání jsou většinou formální, kdy jsou účastníci předem vybráni a vývoj skupiny je průběžně sledován a hodnocen. *Vytvoření prostředí, které co nejvíce připomíná domov*. Jedná se o neformální interakci, která probíhá například zároveň s hygienou klientů či jakoukoliv jinou aktivitou v zařízení. Toto reminiscenční setkání připomíná spíše směsici povídání, hudby atd. Cílem je společenská interakce a navození pohody u klientů, rozptýlit je a co nejvíce jim simulovat domácí prostředí. *Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného*. Cílem tohoto reminiscenčního setkání je vytvoření něčeho konkrétního: životního příběhu, básně, hudby atd. Při tomto setkání mohou klienti rozvinout své dovednosti či schopnosti, ale mohou objevit i nové možnosti, které byly skryté. *Prostředek ke snížení pocitu izolace a dopadu institucionalizace*. Klienti, ale i pracovníci v zařízení, mohou zažívat pocit sociální izolace, což může u pracovníků někdy vést k nevraživosti či agresivitě vůči klientům. *Všeobecný kontext pro prohloubení porozumění*. Cílem tohoto setkání je podnícení zájmu pracovníků o klienty. Je možné využít celou řadu reminiscenčních aktivit, např. biografii klientova života, kdy pracovník lépe pozná a porozumí chování jednoho z klientů. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 25-26)

Obecná reminiscence

Tento typ reminiscence je dopředu naplánován a je při něm používána celá řada reminiscenčních pomůcek, které slouží k vyvolání vzpomínek na příslušné téma. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 26) Je využíván materiál, který se lehce získává. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 65)

Specifická reminiscence

U tohoto typu reminiscence se užívají přesně zvolené, cílené, specifické pomůcky. Jedná se o předměty, které buď senioři přímo vlastní, nebo se k nim nějakým způsobem, citově váží. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 26) Specifická reminiscence je zvláště vhodná pro klienty s demencí, depresí či poruchami chování. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 65)

Individuální reminiscence

Při individuální reminiscenci se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi. Terapie probíhá většinou přímo na pokoji klienta. Při individuálním setkání dochází k vytvoření blízkého vztahu mezi klientem a terapeutem. Pro tuto reminiscenci jsou vhodné úzkostliví a ostýchaví klienti, kterým činí obtíže sdělovat své vzpomínky před ostatními lidmi. Klienti se při individuální reminiscenci cítí bezpečně a dokážou se otevřít a poskytnout tím tak terapeutovi cenné informace. (Sedláková, Matušů, 2013, s. 23)

Skupinová reminiscence

Skupinová reminiscence probíhá ve skupině. Tento typ reminiscence více sblíží klienty v zařízení. (Sedláková, Matušů, 2013, s. 22) Skupinová reminiscence se jeví jako užitečná, jelikož si zde jednotliví členové mohou vyměnit životní zkušenosti a učit se od ostatních členů. (Satorres et al., 2018, s. 228) Tento typ vzpomínání je vhodný pro klienty, kteří jsou otevřenější a nemají problém se sdělováním svých vzpomínek před ostatními lidmi. Skupinová reminiscence probíhá zpravidla v místnosti k ní určené, může být vybavena historickými, dobovými předměty. (Sedláková, Matušů, 2013, s. 22) Sestavit skupinu lze podle různých klíčů, např. uzavřená/otevřená skupina či dle věku atd. Skupinové setkání by mělo probíhat alespoň jednou týdně. Členové skupiny jsou povzbuzováni k tomu, aby se vzájemně dělili o své vzpomínky. (Müller, 2013, s. 87) Při negativních projevech vzpomínání, jako je například pláč je zde znát síla skupiny, soucit a podpora ostatních, kdy v dané chvíli není klient na svůj projev životního prožitku sám. Někteří klienti mohou během skupinových reminiscencí navázat bližší kontakt, který může sahat i mimo reminiscenční setkání a vyústit v přátelství. (Sedláková, Matušů, 2013, s. 22)

Formální reminiscence

Tato reminiscence dopředu naplánována, má určitý cíl. U tohoto typu reminiscence je počet účastníků omezený, účastníci by měli s účastí na reminiscenci dopředu souhlasit a měli by být

seznámení s jejím průběhem. Často v praxi dochází k prolínání formálního a neformálního přístupu. Tento typ reminiscence je předmětem hodnocení. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 28)

Neformální reminiscence

K této reminiscenci dochází spontánně, neplánovaně, např. při podávání jídla. Do tohoto typu reminiscence se může zapojit kdokoliv z okolí. Atmosféra je mnohdy odlehčená a zábavná. I přes volný průběh tohoto setkání, je vhodné dohlédnout na určitá pravidla, např. aby všichni viděli a slyšeli, aby v místnosti vládla dobrá atmosféra, celkově je žádoucí udržovat tuto „debatu“ na přátelské úrovni. Hlavním cílem tohoto setkání je přinést radost, stimulaci a smysl do života seniorů v instituci. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 28)

2.4.3 Principy reminiscenční terapie

Základním principem reminiscenční terapie je, že bychom měli na každého klienta nahlížet, jako na individualitu, na jedinečnou a neopakovatelnou, originální bytost. Reminiscence nám může pomoci pochopit, kým ten „starý člověk“ před námi byl a je, vidět ho v celistvosti, úplnosti. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 73) Základem reminiscenční terapie je projevení zájmu o klienty, pochopení jejich osobnosti, upevnění vztahu mezi pečujícím a seniorem a smysluplné plánování služby. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 64) Průběh reminiscence by měly být vždy v souladu se zkušenostmi klienta, jednotlivé činnosti při reminiscenci by měly být přizpůsobeny konkrétním vzpomínajícím, aby se probíhající aktivity dotýkaly konkrétní osoby a měli pro ně nějaký smysl. Je důležité zvážit, zda je vzpomínání pro klienta vůbec vhodné, zda nebude mít negativní či traumatizující dopad. Dalším důležitým principem či pravidlem je respektování soukromí, klient by nikdy neměl být nucen k reminiscenčním aktivitám. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 73)

Peter Coleman definoval **čtyři základní principy reminiscence**, které by měly být respektovány:

Nalézání pozitivních vzpomínek. U klientů by neměly být oživovány bolestivé vzpomínky, se kterými se za celý život nevyrovnali. Reminiscenční terapeut by se měl v průběhu reminiscence snažit obracet se k pozitivním vzpomínkám, pokud si to klient nepřeje jinak.
Konfrontace s bolestivými vzpomínkami. Tyto vzpomínky mohou mít negativní dopad na prožívání přítomnosti. Vyvolání těchto vzpomínek spadá spíše do rukou psychoterapeuta v rámci psychoterapie.
Uvolnění potlačených vzpomínek. Klient může mít za sebou řadu negativních zkušeností či bolestivých ztrát a z toho důvodu je možné, že se reminiscenci vyhýbá. Při práci s potlačenými vzpomínkami jde především o změnu pohledu na věc. Cílem tohoto prožívání je,

aby tyto vzpomínky nebyly provázeny pouze smutkem a lítostí, ale aby pomalu převládla vděčnost nad lítostí. *Podporování jiných než narcistických vzpomínek*. Často se lidé uchylují ke svým vzpomínkám, aby v očích druhých „zvýšili svou cenu“. Jedná se o vzpomínání na úkor druhých. Reminiscenční terapeut by měl tyto lidi usměřňovat a průběh reminiscence korigovat.

2.4.4 Přístupy k reminiscenční terapii

Reminiscence využívá vzpomínek v komunikaci a v průběhu pečujících aktivit, které reflektují celý život pečované osoby, podporuje bytostný zájem o klienta, který sahá mnohem dále než k okamžiku uzavření smlouvy o poskytování služeb a dále než k uspokojení tělesných potřeb klienta či splnění aktivizačního plánu. (Janečková et al., 2015c, s. 14)

Vzpomínání je běžná, každodenní činnost, kterou lze využít záměrně a systematicky. Vede k pozitivnímu přístupu v práci s jedincem. Podporuje seniora, posiluje kontrolu v každodenních situacích. (Aktivizace seniorů, tělesné a duševní aktivizační program, kolektiv autorů, 2018, s. 120) Vzpomínání pomáhá v adaptaci na stáří a hledání smyslu života. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 64) Vzpomínky lze chápat jako nevyčerpatelný zdroj, který lze využít při plánování aktivit. Může se jednat o samostatnou aktivitu, která využívá jednotlivých svébytných reminiscenčních technik a sleduje specifické cíle (např. uvolnit emoce, zprostředkovat konkrétní prožitek, rozvinout kreativitu) nebo o součást jiných aktivit. V roce 1986 rozlišil Andrew Norris **tři funkční úrovně reminiscence**: *Oddechovou*, kdy se jedná o oddechovou aktivitu seniora. *Podpůrnou*, která přispívá k navození psychické pohody, posílení sebeúcty a vlastní identity seniora. *Terapeutickou*, jež má za cíl životní rekapitulaci, vyrovnání se s vlastním životem a blížící se smrtí. (Janečková et al., 2015c, s. 14)

2.4.5 Příprava reminiscence a její průběh

Než je klient zařazen do reminiscenční skupiny, je vhodné provést vstupní rozhovor individuální formou. Někdy je vhodné, aby se pohovoru zúčastnila i rodina, přeje-li si to klient. Při vstupním rozhovoru by mělo být zjištěno, zda klient bývá rád v kolektivu či vyhledává spíše samotu, dále zda klient rozumí mluvenému slovu či je schopen se sám vyjádřit. Během rozhovoru je vhodné zjistit, zda má klient nějaké traumatizující zážitky, jimž je vhodné se při reminiscenci vyhnout. U klientů je důležité zjistit poruchy chování či jiné psychické obtíže. Je nezbytné znát klientův zdravotní stav, všechna omezení, která z něj vyplývají. (Klucká, Volfová, 2016, s. 129-130)

Rozhodnutí o účasti na setkáních musíme zcela ponechat na klientovi. Klient nesmí být nikdy nucen. Před zahájením reminiscenčního setkání je vhodné klientovi vysvětlit podstatu tohoto setkání, jak skupina funguje a k čemu slouží. Reminiscenční skupina funguje jako kterákoliv jiná skupina, má svůj začátek, průběh, v němž se skupina vyvíjí, formuje a závěrečnou fázi. Za optimální počet ve skupině se považuje 6–8 klientů, kdy tento počet umožňuje individuální práci s každým klientem a umožňuje poskytnout každému klientovi dostatek času na jeho vyjádření. Za nejvhodnější usazení účastníků se považuje do kruhu kolem stolu, neboť takto na sebe všichni vidí a nemají pocit, že jsou odsunuti. (Klucká, Volfová, 2016, s. 130-131) Doporučuje se vytvořit zasedací pořádek, který zůstane neměnný. Je vhodné si zvolit, podle jakého klíče budou klienti vybíráni (datum narození, místo narození, podobná zaměstnání apod.) Je žádoucí znát každého účastníka a sestavit skupinu tak, aby se v ní všichni přítomní cítili příjemně. (Aktivizace seniorů, tělesné a duševní aktivizační program, kolektiv autorů, 2018, s. 123) Délka setkání se odvíjí od schopnosti klientů udržet pozornost, ale obvykle tato setkání trvají zhruba 45 minut. Doba trvání setkání se také odvíjí od tématu, počtu a naladění účastníků a jejich schopnosti spolupracovat. Důležité je naplánovat místo, kde se bude reminiscenční setkání konat, tento prostor by neměl být příliš velký a ani příliš malý, stísněný. Výběr místa pro reminiscenci je mnohdy omezen a limitován možnostmi daného zařízení. Nejdůležitější je, aby toto místo bylo klidné a aby se zde klienti cítili bezpečně a dobře. (Klucká, Volfová, 2016, s. 131) V některých zařízeních jsou zřízeny tzv. memory room, jejichž vnitřní vybavení odpovídá době mládí klientů. (Malíková, 2011, s. 239)

Reminiscenční terapii lze pojmut jako ucelený blok setkání s předem daným počtem hodin a neměnným počtem účastníků. Reminiscenční setkání nemusí být vždy strukturované a uzavřené. V některých zařízeních upřednostňují otevřené, neformální reminiscenční setkání. I tato forma setkání musí mít určitá pravidla a řád, jako je uvítání, dohodnutí tématu, reflexe skupiny a rozloučení s pozváním na další setkání. (Klucká, Volfová, 2016, s. 131)

2.4.6 Role reminiscenčního terapeuta

Je žádoucí, aby se reminiscenčními terapiemi zabýval vyškolený specialista, ale v praxi tomu tak bohužel, zatím není. Reminiscenci vykonávají ergoterapeuti, pracovníci v sociálních službách či zdravotní sestry. V současné době lze navštívit celou řadu kurzů v oblasti reminiscence, které probíhají pod Diecézní charitou v Brně či v rámci reminiscenčního centra v Praze.

Než formální vzdělání reminiscenčního terapeuta/asistenta je důležitější jeho osobnost, znalosti, postoje a hodnoty. Reminiscenční terapeut by měl být schopen aktivně naslouchat, měl by být schopen si na klienty vyhradit dostatek času a být empatický. Především by měl na každého nahlížet, jako na individualitu a respektovat to. Důležité je, aby dostatečně projevoval zájem ke vzpomínajícím a měl odvalu naslouchat i bolestivým emocím. Reminiscenční terapeut/asistent by měl být ochoten přijmout zpětnou vazbu od ostatních účastníků. (Kodadová, 2014, s. 32) Reminiscenční asistent by měl umět zachytit vzpomínku, motivovat skupinu či klienta ke vzpomínání, předávat slovo, propojovat seniory mezi sebou či vyzdvihovat jejich jedinečnost. Měl by být schopen podpořit spolupráci v týmu pracovníků. (Aktivizace seniorů, tělesné a duševní aktivizační program, kolektiv autorů, 2018, s. 123)

2.4.7 Reminiscenční témata

Volba vhodných témat je součástí přípravy na reminiscenční setkání, ať už skupinové či individuální. Souvisí s přípravou reminiscenčního terapeuta na jeho roli (pomůcky, studium historie, znalost životních příběhů klientů atd.) Témata by měla připomínat např. různá stádia životního cyklu, významné životní i společenské události, svátky, slavnosti. Okruh témat se může průběžně měnit a připravovat spolu s účastníky. (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 289) Reminiscenční terapeut by měl vnímat, jaká témata jsou pro skupinu zajímavá a aby účastníci vnášeli do skupiny svá témata. *Mezi osvědčená témata řadíme:* dětství, místo, odkud pocházím, svátky a rodinné události, škola, zaměstnání, jídlo, kultura, sport atd. (Klucká, Volfová, 2016, s. 132)

2.4.8 Reminiscenční aktivity

Významným prvkem reminiscenční práce je kreativita. Je vhodné vytvořit stimulující, motivující a mobilizující prostředí. Každé setkání by mělo mít verbální a neverbální kreativní složku. Pro případ, kdy klient nebude moci vyjádřit svoji vzpomínku slovy, může ji nakreslit, ukázat (pantomimicky). Při reminiscenci lze využívat různé činnosti (stříhání, motání, válení, tvarování, vykrajování, psaní atd.) či zapojit celé tělo (při práci, cvičení, sportu, tanci či hraní rolí), lze zpívat, hrát na nástroj, poslouchat hudbu atd. Vzpomínky u nás mohou nějakou z činností spustit, ale také provádění určitých činností může vzpomínky navodit. (Janečková et al., 2015b, s. 17-18)

Při reminiscenci je vhodné využívat reminiscenční podněty (staré fotografie, obrázky ze starých časopisů či předměty z dřívějších dob). (Janečková, Křížová, 2012, s. 53) Reminiscenční pomůcky lze pořídit v bazarech, starožitnictvích či na půdách. Pomoci mohou známí a příbuzní, kterým doma staré věci překážejí a rádi se jich zbaví. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 67)

Při zapojení kreativity při vzpomínání mohou vzniknout různé výtvary, např. knihy života, koláže, časové osy, vzpomínkové krabice. Pro seniory je důležitý hmatatelný a viditelný výsledek. (Janečková, Vacková, 2010, s. 66-67) Zajímavou kreativní činností může být také dramatizace, napodobování, převleky či scénky. Cílem kreativního využití vzpomínek je pobavení, pozitivní naladění zúčastněných a radost z výsledku. Reminiscenční aktivity by měly být voleny dle klientových preferencí a přání s ohledem na jeho individualitu. (Janečková, Vacková, 2010, s. 119)

2.4.9 Reminiscence a psychoterapie

Cílem reminiscence by nemělo být odkrývání nevyřešené bolestné minulosti. (Janečková et al., 2015a, s. 26) Reminiscence se jeví, jako užitečná u léčby deprese starších lidí, zmírňuje úzkost. (Hallford, Mellor, 2013, s. 452, 462) V rámci léčby deprese se využívají kreativní přístupy reminiscence, jako např. kresba. (Hallford, Mellor, 2013, s. 457) Reminiscenční terapie by neměla nahrazovat psychoterapii, neměla by se dotýkat bolestivých vzpomínek a témat. Zvláště klienti s demencí nemusí některé bolestivé vzpomínky zpracovat a může to u nich vyvolat neklid a další negativní projevy, které se těžko zvládají. (Janečková et al., 2015a, s. 26)

2.4.10 Využití reminiscenční terapie u osob s demencí

Vzpomínky vedou k aktivitě, ať už mozkové, ke komunikaci či děláni věcí rukama. Potenciál vzpomínek spočívá v kreativě, v jejich tvořivém zpracování, v možnosti spolupráce, v posílení vlastní identity. (Janečková et al., 2015b, s. 16-17) Lidé s demencí mají omezené možnosti komunikovat a sdílet myšlenky s druhými lidmi. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 65) Demence zvyrazňuje ubývající schopnosti člověka, reminiscence ukazuje na jeho silné stránky. Pomocí reminiscence u klientů s demencí si lze uvědomit, že ten člověk, který je na nás plně odkázán, byl kdysi silný, měl své zájmy, vedl zajímavý život. (Janečková et al., 2015b, s. 16-17) Reminiscence pomáhá lidem s demencí alespoň na chvíli najít sami sebe, začlenit se do skupiny, obohatit svůj každodenní život, zasmát se a prožít radost. Reminiscence je způsob, jak mohou senioři získat respekt od svých pečujících. (Janečková et al., 2015d, s. 38)

V péči o lidi s demencí nabývají čím dál více na důležitosti pracovní terapie a činnosti zaměřené na udržení kvality života, jako je reminiscenční terapie. (Bejan et al., 2018) Skupinové aktivity jsou důležitým nástrojem, který lidem s demencí poskytuje přiměřenou kvalitu života. Pomáhají předcházet problémům s chováním, snižují nudu a pocity osamělosti v této populaci. (Cohen-Mansfield, 2018) Reminiscenci lze využít, jako efektivní komunikační nástroj u klientů s demencí, kdy umožňuje lepší navázání kontaktu. Reminiscence je vhodným prostředkem pro rekapitulaci, hledání smyslu života, smíření či odpuštění u klientů s demencí. Poslouchání příběhů, je jedním ze způsobů, jak vidět seniory s demencí jako jedinečné osoby. (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92)

Současné studie hodnotí reminiscenční terapii jako prospěšnou u klientů s demencí, kdy vzájemně přibližuje klienty a jejich pečovatele. V zahraničních i českých doporučeních se jeví jako nejúčinnější práce s životním příběhem – *life story*. (Siverová, Bužgová, 2016, s. 92) Až u 90 % nemocných demencí se vyskytují behaviorální a psychologické příznaky, kdy tyto příznaky vedou k hluboké depresi jak u samotných nemocných, tak u jejich pečujících. Toto vede ke špatné kvalitě života a rané institucionalizaci. Terapie vzpomínkami se jeví, jako velmi efektivní pro oblast kognitivních funkcí a zlepšení nálady u klientů s demencí. (Lin et al., 2018, s. 594-595)

V teoretické části byla shrnuta problematika stáří, demencí, vzpomínek a reminiscence. Výzkumná část se zabývá praktickou aplikací reminiscence u seniorů. V následující části práce jsou formulovány výzkumné otázky a prezentovány výsledky výzkumu.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

- 1) Má reminiscence pozitivní vliv u sledovaných klientů?
- 2) Je sledovaný stacionář vhodné zařízení pro zavedení reminiscenční terapie?
- 3) Je u klientů s demencí vhodná skupinová reminiscence či individuální?
- 4) Mají klienti stacionáře zájem o reminiscenci?
- 5) Jaká forma reminiscence bude preferována více?
- 6) Bude mít personál stacionáře zájem o zavedení reminiscence?
- 7) Budou rodinní příslušníci hodnotit kladně provedenou reminiscenci?
- 8) Jaké budou reakce klientů v průběhu reminiscencí?
- 9) Poskytne vedení stacionáře vhodné podmínky k zavedení reminiscence?
- 10) Jaké téma pro reminiscenci bude preferováno nejvíce?

Výzkumné šetření probíhalo od 2. 7. 2018 do 9. 8. 2019. Samotnému výzkumnému šetření předcházela pilotáž, v období od 5. 6. 2018 do 29. 6. 2018, během které bylo rozdáno 10 dotazníků klientům, 5 dotazníků zaměstnancům a 3 dotazníky rodinám klientů. V rámci pilotáže bylo provedeno 10 reminiscenčních setkání, převážně skupinových.

3.2 Sledované zařízení

Stacionář je nestátní nezisková organizace poskytující sociální služby, jehož zřizovatelem je Královehradecký kraj. Stacionář zřizuje a provozuje tři služby pro seniory: *týdenní stacionář*, *denní stacionář* a *odlehčovací služby*.

Posláním týdenního stacionáře je poskytovat služby seniorům od 65 let, jejichž situace a zdravotní stav neumožňuje zůstat v domácím prostředí. Týdenní stacionář nabízí kapacitu 9 lůžek. Tato služba je poskytována nepřetržitě 24 hodin od pondělí do pátku za úhradu. Denní stacionář poskytuje denní pobyt seniorům od pondělí do pátku. (Žumárová, 2012, s. 175) Klienti jsou ve stacionáři přes den a vracejí se domů ke svým nejbližším. Tato služba je poskytována seniorům starším 65 let za úhradu. Kapacita denního stacionáře je neomezená. Klienti jsou zde podporováni v samostatnosti a soběstačnosti, mají možnost zapojit se do aktivizačních činností s ohledem na jejich zájmy a potřeby. (Hauke, 2017, s. 259) Dále je zde provozován denní stacionář pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením.

Odlehčovací služby umožňují odlehčit pečující rodině. Tato služba je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně klientům od 65 let. (Hauke, 2017, s. 258) Kapacita této služby je 15 lůžek. Základním posláním odlehčovací služby je sociálně začlenit seniora, usnadnit rodině péči o seniora či udržet stávající dovednosti klienta. Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní či pobytové služby poskytované seniorům, kteří mají narušenou soběstačnost, a nemůže o ně být pečováno v jejich přirozeném prostředí. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu. (Žumárová, 2012, s. 175) Tato služba je časově omezená, pohybuje se od 1 do 3 měsíců. (Kalvach et al., 2011, s. 216)

3.3 Metodika

Základním cílem této práce je zjistit míru zájmu o reminiscenci stran klientů, jejich rodin a zaměstnanců stacionáře, dále pak realizace reminiscence a její následné zhodnocení u cílové skupiny. V případě pozitivních výsledků zavést reminiscenci do pravidelných aktivizačních činností ve sledovaném zařízení.

Pro účely této práce byl zvolen smíšený design výzkumu s využitím kvantitativních a kvalitativních prvků. Smíšený výzkum lze chápat, jako výzkumný design, kde je kombinován kvantitativní výzkum alespoň s jedním kvalitativním přístupem. (Vlčková, 2011, s. 3) Kvantitativní výzkum využívá matematicko-statistické metody, zabývá se četností určitého jevu a vztahu mezi nimi. (Linderová, 2016, s. 45) Při kvalitativním výzkumu nezískáváme výsledky pomocí statistických metod či jiných kvantifikací. Pro kvalitativní výzkum je typický dlouhý a intenzivní kontakt výzkumníka s terénem. Využívají se málo standardizované metody pro získávání dat. (Hendl, 2016, s. 45–48) Základní metodiku tvoří teoreticko-průzkumná práce. Mezi základní použité metody se řadí pozorování, rozhovor a dotazník. Během pozorování výzkumníci pozorují, aby získali informace o daném jevu. Pozorování je velmi důležité pro získání informací. Kvalitativní pozorování představuje pozorování všech relevantních jevů, přičemž jsou výzkumníkem prováděny průběžné, rozsáhlé poznámky. Tazatel pokládá otázky respondentovi a získává jeho odpovědi. Tazatel může mít k dispozici dotazník, který je využit např. u kvantitativního strukturovaného rozhovoru, kdy jsou pevně určené otázky i odpovědi a respondenti si volí z přesně definovaných kategorií. (Hendl, Remr, 2017, s. 83–84) Sledované zařízení dalo písemný souhlas s výzkumným šetřením.

Základním cílem a námětem pro pozorování bylo chování a reakce klientů v průběhu reminiscencí. Převážně bylo využito zúčastněného pozorování, kdy jsem byla součástí skupiny, jako facilitátor.

Pro zjištění zájmu o reminiscenci byly vytvořeny *tři skupiny dotazníků*, tedy pro klienty, zaměstnance a pro rodiny klientů.

První oblast dotazování byla zaměřena na klienty. Klienti byli vybíráni na základě krátkého pre-reminiscenčního dotazníku (viz. přílohy), který pomohl zjistit, zda daný klient jeví o reminiscenci zájem či nikoliv. Součástí tohoto dotazníku jsou dva kognitivní testy, konkrétně Test hodin (viz. přílohy) a MMSE (viz. přílohy), kdy na základě těchto testů bylo umožněno daného klienta zařadit do příslušné skupiny, s kognitivním deficitem, nejčastěji demencí a skupiny s normální kognicí. Každý z klientů, který projevil zájem o reminiscenční setkání, podepsal informovaný souhlas (viz. přílohy). *Druhá oblast dotazování* byla zaměřena na zaměstnance, kteří se podílejí na péči o seniory. Byl jim rozdáno dotazník (viz. přílohy), kde byl zjišťován jejich postoj k reminiscenci, jako nové potenciální aktivizační činnosti. *Třetí oblast dotazování* byla zaměřena na rodiny klientů. Pro zpětnou vazbu byly rozdáno post-reminiscenční dotazníky (viz. přílohy) rodinným příslušníkům klientů, kteří se reminiscenčních sezení zúčastnili, rodiny zde mohly zhodnotit efekt provedených reminiscencí.

Celkem bylo provedeno 80 reminiscenčních setkání, z toho 65 skupinových a 15 individuálních. Deset reminiscencí bylo provedeno v rámci pilotáže. Každé reminiscenční setkání bylo přesně zaznamenáno a popsáno do reminiscenčního záznamu vlastní tvorby (viz. přílohy).

3.4 Výzkumný vzorek

První vzorek respondentů tvořili klienti stacionáře sledovaného zařízení. Klienti byli vybíráni metodou prostého záměrného výběru, kdy byli vytipováni senioři, kteří projeví zájem zúčastnit se reminiscenčního setkání. Klientům byl rozdáno pre-reminiscenční dotazník vlastní tvorby (viz. přílohy), na základě, kterého byly zjištěny preference, např., zda klient preferuje skupinovou reminiscenci či individuální.

Pro účely této diplomové práce byly vybírány dvě skupiny klientů, s kognitivním deficitem, nejčastěji demencí Alzheimerovy choroby a bez kognitivního deficitu. Zařadit klienta do příslušné skupiny bylo umožněno pomocí dvou kognitivních testů, které byly součástí pre-reminiscenčního dotazníku, konkrétně se jednalo o Test hodin a MMSE. Klienti účastníci se reminiscence podepsali informovaný souhlas. Soubor seniorů je tvořen muži i ženami ve věku od 65 do 95 let. Celkem bylo osloveno 70 klientů, z toho se zúčastnilo 58. Převažovala skupina lidí bez či s lehkým kognitivním deficitem. Celkem bylo 33 klientů s kognitivním deficitem a 25 klientů bez kognitivního deficitu.

V průběhu reminiscenčních setkání se složení klientů měnilo, důvodem toho byla změna zdravotního stavu daného klienta, nezájem zúčastnit se setkání či odchod klienta domů či do jiného zařízení. Z celkového počtu 58 klientů bylo stálými členy 18 klientů, kteří se reminiscencí účastnili opakovaně. *Druhým vzorkem respondentů* byli zaměstnanci stacionáře. Metodou výzkumu u tohoto vzorku byl dotazník. Tento dotazník obsahoval otázky k reminiscenci, jako potenciální aktivizační činnosti ve stacionáři. *Třetím vzorkem respondentů* byli rodinní příslušníci klientů, kterým byl předán post-reminiscenční dotazník, který především sloužil pro zpětnou vazbu.

3.5 Příprava a realizace reminiscence

Formy reminiscence

Reminiscenční setkání probíhala buď skupinově či individuálně. Pro individuální reminiscenci byli vhodní klienti úzkostliví, stydliví s tělesným postižením či jinými poruchami, které mohou být okolím negativně vnímány. Do skupinové reminiscence byli zařazeni klienti s kladným vztahem k okolí, klienti komunikativní se zájmem podílet se o své vzpomínky s okolím. Na základě pre-reminiscenčních dotazníků (viz. přílohy) byl zjištěn větší zájem o skupinovou reminiscenci. Nejčastěji byla realizována skupinová, formální reminiscence.

Záznam reminiscenčních sezení

Průběh reminiscenčních setkání byl zaznamenáván heslovitě do reminiscenčního archu vlastní tvorby (viz. přílohy), dále pak byl zhotoven slovní popis z každého setkání. Tento arch budou využívat pracovníci podílející se na reminiscenci, vyplnění je jednoduché a zabere jen málo času. Vyplněné archy budou průběžně dokládány vedení stacionáře, pro zhodnocení efektivnosti prováděných reminiscencí.

Volba pomůcek

Byla využita celá škála předmětů souvisejících s minulostí. Pro lepší přehlednost a organizaci byly vytvořeny reminiscenční bedny vztahující se k danému tématu. Pomůcky byly a budou v průběhu doplňovány a využívány s ohledem na situaci. Pro individuální setkání byly využity osobní věci klientů. Převážně se jednalo o fotografie, dokumenty, šperky či hračky. Pro snazší získání dobových předmětů a osobních věcí klientů, byly osloveny a požádány rodiny klientů (viz. přílohy), aby donesly předměty, věci související s minulostí daného klienta.

Výběr reminiscenčních aktivit

Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů byly aktivity využívané u reminiscenčních setkání do jisté míry omezeny. Mezi nejčastěji využívané aktivity patřilo vypravování, zpěv, četba, procházky, promítání filmů, kreslení, háčkování či různé hry. Čtyřikrát byl zrealizován výlet do kavárny v Týništi nad Orlicí, která je zařízena v duchu reminiscence. Tři výlety byly se skupinou klientů a jeden individuální s klientkou, která z tohoto města pochází. Několikrát byla vypravena reminiscenční vycházka.

Délka setkání

Délka setkání se měnila dle aktuální situace, zdravotního stavu klientů, režimu stacionáře či emocionálního rozpoložení klientů. Individuální setkání trvalo obvykle 60 minut. Skupinové setkání většinou kolem 90 minut, časová náročnost se odvíjela od rozložení klientů ve skupině. V případě převahy klientů s kognitivními poruchami bylo potřeba počítat s delší časovou rezervou.

Výběr klientů

Klienti byli vybíráni na základě pre-reminiscenčního dotazníku (viz. přílohy). Složení skupin bylo heterogenní, kdy základním předpokladem bylo zastoupení klientů s kognitivní poruchou a bez poruchy. Každý klient, který projevil zájem zúčastnit se reminiscenčních setkání, podepsal informovaný souhlas. Před každým setkáním byla klientovi předána pozvánka (viz. přílohy), kde bylo uvedeno místo, datum, čas a název, téma reminiscenčního setkání. Na konci každého reminiscenčního setkání klienti obdrželi diplom (viz. přílohy).

Personální zajištění

Pro vedení kvalitní reminiscence je potřeba dobré personální zajištění. Hlavním facilitátorem při reminiscenčních setkání jsem byla já. Ve stacionáři jsem zaměstnána jako všeobecná sestra, tudíž pracovní náplň je úplně jiná, pro účely této diplomové práce jsem organizovala a vedla reminiscence většinou ve svém osobním volnu. Pracovníci stacionáře byli osloveni skrze dotazník, kde se mohli vyjádřit, zda by měli zájem a chuť podílet se na reminiscenci. Bylo osloveno 18 pracovníků, z toho projevilo zájem 10 pracovníků. Rozložení denní směny ve stacionáři neumožňovalo vést kvalitní a odpovídající reminiscenci. Zaměstnanci ve stacionáři jsou dlouhodobě přetížení. Denní směna je zajištěna jednou všeobecnou sestrou a jednou pracovnící v přímé péči, což je pro organizaci reminiscence nevyhovující. Důležitým krokem byla žádost z mé strany na vedení stacionáře o navýšení personálu na denní směnu v čase realizace reminiscencí.

Ředitel stacionáře žádosti vyhověl a posílil denní směnu o jednoho pracovníka vyškoleného v reminiscenci na dny realizace reminiscencí, tedy pondělí a čtvrtek.

Volba témat

Pro tvorbu této práce bylo stanoveno šest základních témat: *moje dětství, moje záliby, významné dny, svatební den, moje škola, moje zaměstnání*. Dalšími tématy byly *porody, vaření, Vánoce, zábavy, školní léta, móda, námluvy, filmy a herci atd.* Na konci každého setkání bylo klientům oznámeno téma pro příští reminiscenční setkání. O dalším téma bylo ve skupině většinou diskutováno. Některá setkání probíhala bez stanovení tématu, vzpomínalo se spontánně.

Zajištění prostorů a prostředí

Nejvíce preferovaná byla společenská místnost v 1. patře, kde je klid a soukromí. Tato místnost byla nejčastěji udávána jako nejvhodnější, jak ze strany klientů, tak ze strany personálu. Tato místnost je vybavena pohodlnou sedací soupravou, konferenčním stolem, televizorem, promítacím plátnem, rádiem, jídelním stolem a židlemi. Několikrát probíhalo reminiscenční setkání na zahradě stacionáře. Několikrát byla zrealizována reminiscenční vycházka či výlet do Týniště nad Orlicí, do kavárny, která je vybavena v duchu reminiscence.

Teoretická příprava a praktický nácvik personálu v oblasti reminiscence

Část personálu se s pojmem reminiscence setkala již v minulosti, ale velká část personálu neznala pojem reminiscence vůbec. Pracovníci, kteří projevíli zájem podílet se na reminiscenčních setkáních, měli většinou znalosti, někteří i zkušenosti s reminiscencí. Pro pracovníky stacionáře, kteří se budou aktivně podílet na reminiscenci, byl zrealizován kurz „Úvod do reminiscence“, vedený Hankou Janečkovou. Kurzu se zúčastnili 3 aktivizační pracovníci, 4 pracovníci v přímé péči, sociální pracovnice a já. Pracovníkům byla dopředu zakoupena kniha *Reminiscence, využití vzpomínek při práci se seniory, Janečková, Vacková, 2010*. Dále byla k dispozici prezentace s obsahem teoretické části školení, pro uvolnění prostoru pro praktický nácvik. První praktický nácvik personálu v reminiscenci proběhl již na školení, kde právě druhá část školení byla věnována praxi. V průběhu realizace reminiscencí se jednotliví zaměstnanci účastnili a podíleli na jednotlivých setkáních jako asistenti. Postupem času byly role otočeny, kdy jsem byla na místě reminiscenčního asistenta já. Já sama jsem navíc absolvovala kurz reminiscence v Brně. Dále jsem absolvovala stáž v geriatrickém centru v Týništi nad Orlicí, kde se reminiscenci věnují již dlouhodobě.

3.6 Analýza dotazníků

Výsledky jsou prezentovány pomocí grafů a tabulek, u některých otázek je uveden pouze slovní popis, někde pro lepší názornost a přehlednost pouze graf či tabulka. Dle vhodnosti byly použity relativní a absolutní četnosti. Data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel Office.

3.6.1 Dotazník pro zaměstnance

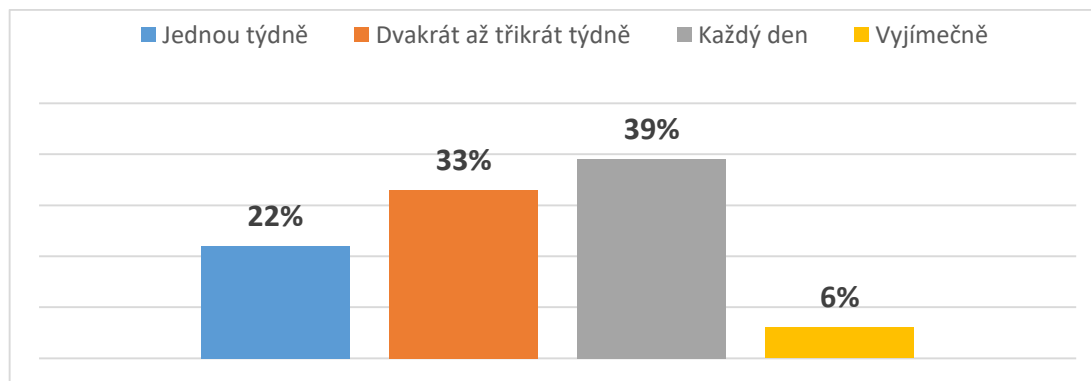
Pro zjištění zájmu zaměstnanců o zavedení reminiscence byl rozdán krátký dotazník. V dotazníku směřovaly otázky ke zjištění, zda zaměstnanci mají pouze zájem o zavedení reminiscence bez toho, aniž by se aktivně podíleli, či zda mají zájem se reminiscenčních setkání aktivně účastnit. V dotazníku byly položeny otázky vztahující se ke zjištění povědomí o pojmu reminiscence.

Celkem bylo osloveno 18 zaměstnanců, kteří se podílejí na péči o klienty. Většina oslovených zaměstnanců, bylo ženského pohlaví, pouze 1 zaměstnanec byl muž. Polovina, tedy 9 respondentů mělo úplné střední vzdělání, 3 z respondentů odborné učiliště, 2 vyšší odbornou školu a 4 respondenti vysokoškolské vzdělání. Soubor oslovených zaměstnanců byl tvořen 6 všeobecnými sestrami, 7 pracovníky v přímé péči, 1 sociální pracovnící, 3 aktivizačními pracovníky a panem ředitelem. Návratnost dotazníků byla 100 %.

1) Jaké aktivizační činnosti provádíte v tomto zařízení?

Mezi nejčastější odpovědi patří: *cvičení, keramika, malování, zpěv, předčítání, trénování paměti a deskové hry*. U této otázky mne trochu zarazilo, z pohledu zdravotní sestry, která tam pracuje, že zaměstnanci neuvodli promítání filmů, vycházky či výlety.

2) Jak často provádíte aktivizační činnosti v tomto zařízení?



Graf 1 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 2

22 % zaměstnanců uvedlo odpověď jednou týdně, 33 % zaměstnanců dvakrát až třikrát týdně, 39 % zaměstnanců odpovědělo každý den a 6 % uvedlo odpověď výjimečně.

3) Obrací se na Vás klienti (senioři) často se svými vzpomínkami a příběhy?

Tabulka 1 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 3

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	9	50
Ano, velká část klientů	4	22
Ano, někteří klienti	5	28
Ne	0	0
Celkem	18	100

50 % zaměstnanců uvedlo odpověď ano. 22 % odpovědělo ano, velká část klientů. 28 % uvedlo odpověď ano, někteří klienti a odpověď ne neuvedl žádný ze zaměstnanců.

4) Vzpomínáte s klienty?

Tabulka 2 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 4

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, snažím se co nejvíce	10	56
Ano, když mi to čas umožní	8	44
Ne, nemám zájem	0	0
Ne, z důvodu pracovních povinností	0	0
Celkem	18	100

Odpověď ano, snažím se co nejvíce, uvedlo 56 % zaměstnanců. 44 % zaměstnanců uvedlo odpověď ano, když mi to čas umožní. Odpovědi ne, nemám zájem a ne, z důvodu pracovních povinností neuvedl žádný ze zaměstnanců.

5) Na co klienti nejčastěji vzpomínají?

Nejčastější odpovědi: *dětství, mládí, zaměstnání, narození dětí, škola atd.*

6) Myslíte si, že má vzpomínání pozitivní vliv na klienty?

Všech 18 zaměstnanců uvedlo odpověď ano. Nejčastější důvody: *připomenutí hezkých vzpomínek, útek od reality, pro lepší náladu, urovnání myšlenek, cvičení paměti, předání „něčeho“ mladší generaci, vyrovnání se s minulostí.*

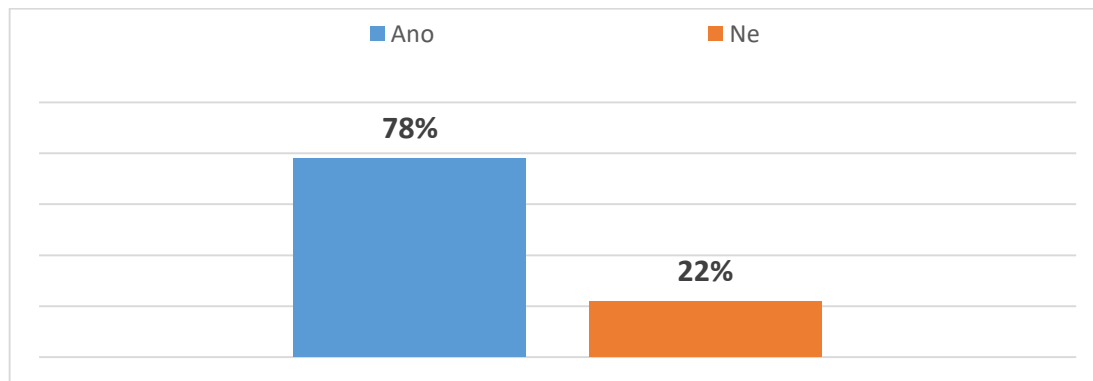
7) Slyšel/a jste někdy pojem „reminiscence“?

14 zaměstnanců uvedlo odpověď ano, jako zdroj uvedli: *školení, školu či knihy.* Zbytek o reminiscenci neslyšeli.

8) Měl/a byste zájem o zavedení reminiscence, tedy terapie vzpomínáním do pravidelného programu aktivizačních činností klientů?

Všech 18 zaměstnanců uvedlo odpověď ano.

9) Pro zájemce o reminiscenci jsou pořádány kurzy, měl/a byste zájem se tohoto kurzu zúčastnit?



Graf 2 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 9

Odpověď ano uvedlo 78 % zaměstnanců. Ne uvedlo 22 % zaměstnanců. Nejčastěji projevíli zájem aktivizační pracovníci a pracovníci v přímé péči.

10) Měl/a byste zájem sám/sama vést reminiscenční sezení?

Zde 10 zaměstnanců odpovědělo, že ano. 8 zaměstnanců uvedlo, že ne, nejčastější důvody byly: *nedostatek času, nedostatečná kvalifikace a nedostatek zkušeností.*

11) Reminiscence může probíhat skupinově či individuálně. Jaká forma je podle Vás vhodnější? Uved'te důvod.

12 zaměstnanců uvedlo, že skupinovou, důvody: *zapojení více klientů, předání zkušeností, není soustředěna pozornost přímo na daného klienta, tudíž ho to tak nestresuje*. 6 zaměstnanců uvedlo, že individuální, důvody: *volba pro uzavřené klienty, vzpomínání je emotivní záležitost*.

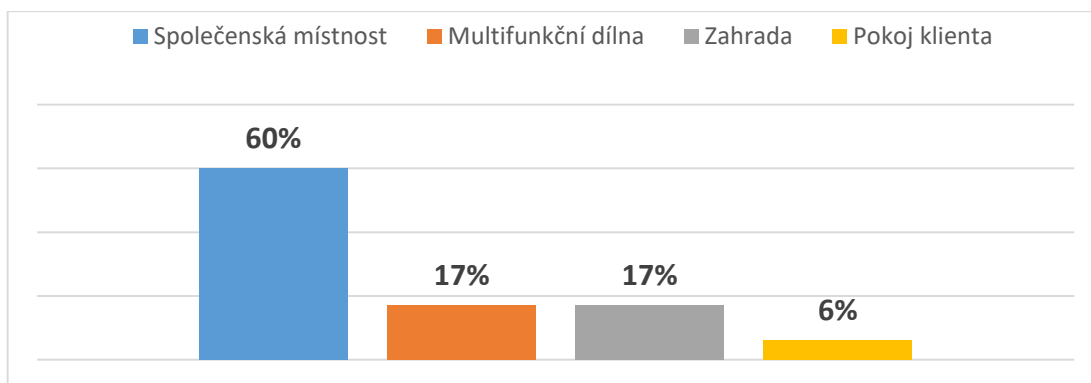
12) Domníváte se, že by klienti měli zájem o reminiscenční terapii?

Tabulka 3 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 12

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	13	72
Ne	0	0
Nevím	5	28
Celkem	18	100

72 % zaměstnanců uvedlo odpověď ano. Ne neodpověděl žádný zaměstnanec. 28 % zaměstnanců uvedlo odpověď nevím.

13) Jaká místnost je podle Vás zde v tomto zařízení nejvhodnější pro reminiscenci?



Graf 3 – Dotazník pro zaměstnance, otázka č. 13

60 % zaměstnanců uvedlo odpověď společenská místnost. 17 % zaměstnanců odpovědělo multifunkční dílnu. 17 % uvedlo zahradu a 6 % pokoj klienta.

14) Myslíte si, že by vedení tohoto zařízení poskytlo podmínky pro realizaci reminiscenční terapie (prostory, čas, pomůcky atd.)?

Většina, tedy 16 zaměstnanců uvedlo odpověď ano, zbylí 2 nevědí.

3.6.2 Dotazník pro klienty

Aby bylo zjištěno, do jaké míry mají klienti zájem o provádění reminiscence, byl jim rozdan dotazník, kde se mohli vyjádřit, zda mají zájem o vzpomínání či nikoliv. V případě zájmu byly dále kladeny otázky vztahující se k reminiscenci (viz. kapitola 3.6). Klienti byli často dotazováni i osobně při všedních činnostech či běžných úkonech. Celkem bylo osloveno **70 klientů**. Byli vybíráni klienti, u kterých byl předpoklad, že by pro ně bylo vzpomínání přínosné a že budou spolupracovat. Z dotazovaných 70 klientů, **12 klientů projevilo nezájem o reminiscenci**, na otázku, zda rádi vzpomínají, odpověděli, že ne. Byla jim položena dodatečná otázka, zda by měli zájem o aktivitu, kde se vzpomíná, odpověď byla u těchto klientů ne. Tito klienti nebyli dále dotazováni a byli vyřazeni. Samotným otázkám vztahujícím se k reminiscenci předcházely dvě položky. První položka se týkala klientových onemocnění, kde byly uvedeny základní diagnózy. **Nejčastěji zastoupené choroby byly:** *arteriální hypertenze, artróza, diabetes mellitus II. typu, ICHS, dyslipidémie, hypotyreóza, stav po CMP, Alzheimerova choroba, anémie, osteoporóza, stav po TEP kyčle, hyperplazie prostaty, Parkinsonova choroba, nefropatie atd.*

Druhou položkou byly **dva kognitivní testy:** MMSE a Test hodin. Tyto testy umožnily zařadit klienta do příslušné skupiny, tedy s či bez kognitivního deficitu.

Z **58 klientů** mělo 23 klientů ve své anamnéze diagnózu demence, z toho 17 klientů přímo Alzheimerovu chorobu. Test hodin byl proveden plošně **u všech klientů**, z nichž pouze **14 klientů** jej provedlo správně. Zbytek dotazovaných mělo s testem problémy, což ukazovalo na kognitivní deficit. U těchto klientů byl dále proveden test MMSE, který určil, jak závažný je kognitivní deficit.

Na základě výsledků bylo zjištěno, že u **zbylých 44 klientů** byla 13 klientům prokázána lehká kognitivní porucha, 11 klientům středně těžká kognitivní porucha, 6 klientům těžká kognitivní porucha a u 14 klientů byly výsledky v rozmezí 24-30 bodů, což značilo pro absenci kognitivní poruchy, ale 3 klienti z této kategorie byli zařazeni do skupiny s kognitivním deficitem, jelikož úbytek kognice byl zjevný, a protože test MMSE je málo senzitivní k odhalení mírné kognitivní poruchy.

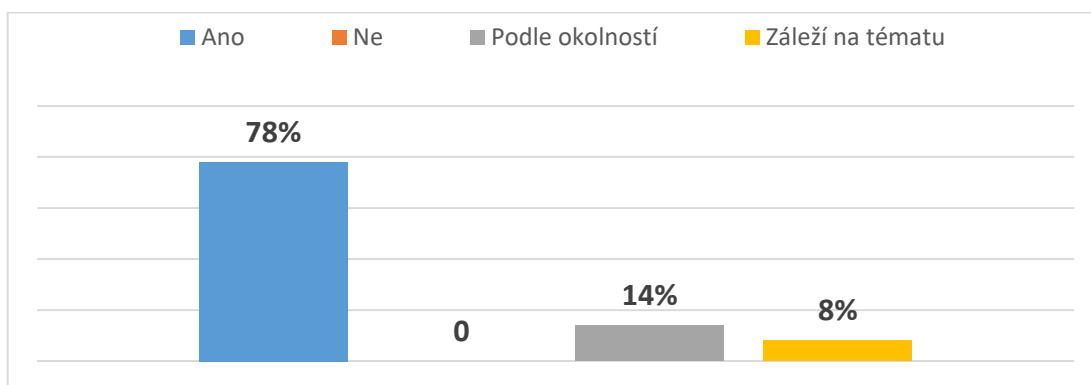
Z celkového počtu 58 klientů bylo tedy **33 klientů s kognitivním deficitem a 25 klientů bez kognitivního deficitu**. Soubor respondentů tvořil 36 mužů a 22 žen. Nejčastěji byla zastoupena věková skupina lidí v rozmezí 75–90 let. Deset klientů bylo mladších 75 let.

Devět klientů bylo starších 90 let. Návratnost dotazníků byla 100 %, dotazníky byly vyplněny mnou.

Tabulka 4 – Dotazník pro klienty: výsledky MMSE

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Těžká kognitivní porucha (0-10 bodů)	6	14
Středně těžká kognitivní porucha (11-20 bodů)	11	25
Lehká kognitivní porucha (21-23 bodů)	13	29
Žádná kognitivní porucha (24-30 bodů)	14	32
Celkem	44	100

1) Vzpomínáte rád/a?



Graf 4 – Dotazník pro klienty, otázka č. 1

78 % klientů uvedlo odpověď ano. Ne neuvedl žádný z klientů. 14 % klientů uvedlo odpověď podle okolností. 8 % klientů odpovědělo záleží na tématu.

2) Na jaké období vzpomínáte nejraději?

Nejčastější odpovědi: *zaměstnání, rodiče, zábavy, když byly děti malé, škola, dětství, narození dětí, svatba, Vánoce atd.*

3) Je nějaké období, na které nerad/a vzpomínáte?

46 klientů uvedlo, že ne. 12 klientů ano, nejčastější odpovědi byly: *onemocnění manžela/ky, ztráta dítěte, úmrtí manžela/ky, ztráta zaměstnání, chudoba, rozvod, válka, zatčení manžela, chudoba atd.*

4) Jste spokojen/a s aktivizačními činnostmi v našem zařízení?

Tabulka 5 – Dotazník pro klienty, otázka č. 4

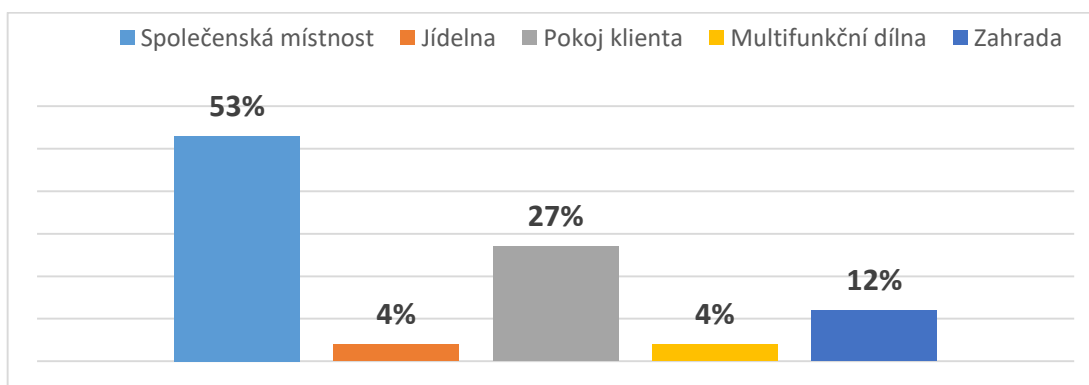
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	36	62
Spíše ano	14	24
Spíše ne	4	7
Ne	4	7
Celkem	58	100

Odpověď ano uvedlo 62 %, spíše ano 24 %, 7 % spíše ne a odpověď ne uvedlo 7 % klientů. Nejčastějším důvodem bylo, že jich je málo a že se velmi často opakují ty samé aktivity, nejčastěji deskové hry a povídání či že se jim pracovníci nevěnují naplno.

5) Přejete si, aby byla do tohoto zařízení zavedena nějaká nová aktivizační činnost?

Odpověď ano uvedlo 17 klientů, nejčastější odpovědi: *cokoliv, vyšívání, cvičení, výlety, vycházky*. Zbytek, tedy 41 klientů uvedlo odpověď ne.

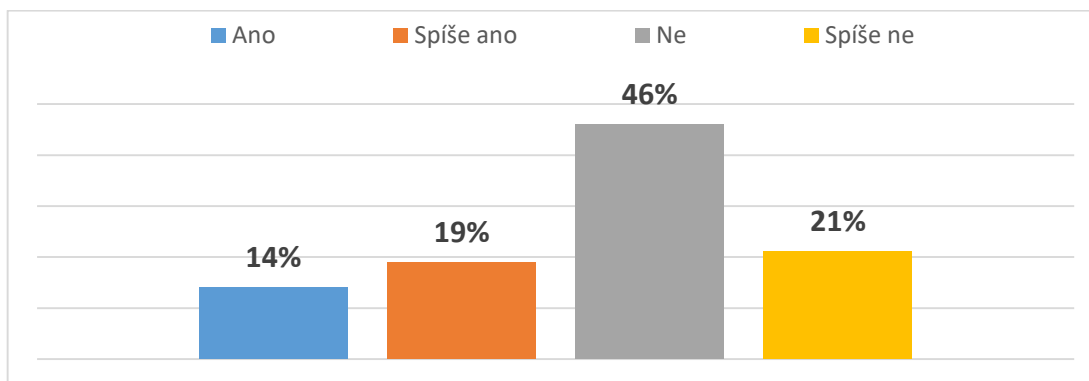
6) Ve které části našeho zařízení se cítíte nejlépe?



Graf 5 – Dotazník pro klienty, otázka č. 6

53 % klientů uvedlo společenskou místnost. 4 % klientů odpovědělo jídelna, 27 % pokoj klienta, 4 % odpovědělo multifunkční dílnu a 12 % uvedlo odpověď zahrada.

7) Je pro Vás obtížné svěřovat své vzpomínky před ostatními lidmi, ve skupině?



Graf 6 – Dotazník pro klienty, otázka č. 7

14 % klientů uvedlo odpověď ano, 19 % klientů spíše ano. 46 % klientů odpovědělo ne a 21 % spíše ne.

8) Uvítal/a byste raději terapii vzpomínáním, která bude pouze mezi Vámi a pracovníkem?

Tabulka 6 – Dotazník pro klienty, otázka č. 8

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	14	24
Spíše ano	2	3
Spíše ne	19	33
Ne	23	40
Celkem	58	100

Odpověď ano uvedlo 24 % klientů, nejčastějšími důvody byly: *stud a neochota svěřovat se ve skupině*. 3 % klientů uvedlo odpověď spíše ano. 33 % klientů odpovědělo spíše ne a 40 % klientů ne.

9) Při terapii vzpomínáním lze využívat různé tvůrčí činnosti (např. tvorba koláží, rodokmenů, časové osy, vzpomínkových krabic atd.), měl/a byste zájem tyto činnosti využít?

Ano odpovědělo 27 klientů – nejčastěji byl projevem zájem o tvorbu rodokmenu, časové osy a koláže z fotografií. Ne odpovědělo 31 klientů.

10) Při terapii lze využít Vaše osobní předměty, např. fotografie či jiné další věci, které Vám v minulosti patřily. Měl/a byste zájem tyto předměty využít?

Ano uvedlo 45 klientů, kdy nejčastěji uváděli fotografie a osobní věci. Ne uvedlo 13 klientů.

11) Při terapii vzpomínáním lze využít i další aktivity, jako např. poslech hudby, čtení, zpěv, povídání atd. Měl/a byste zájem tyto aktivity využít?

Ano odpovědělo 54 klientů. Nejčastější odpovědi byly: *povídání a zpěv*. Dalšími odpověďmi bylo *malování, tanec a sledování filmů*.

3.6.3 Dotazník pro rodiny klientů

Pro zhodnocení efektivity reminiscencí a získání zpětné vazby od rodinných příslušníků, byly rozdány post-reminiscenční dotazníky.

Dotazníky byly rozdány pouze rodinám klientů, kteří se zúčastnili více reminiscencí. Byli osloveni pouze rodinní příslušníci, kteří spolupracují a aktivně se podílí na péči o seniora. Dotazník byl rozdán 20ti rodinám, zpět jich bylo vráceno 17.

1) Vyrobil/a jste svému rodinnému příslušníkovi nějaký vzpomínkový materiál?

Tabulka 7 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 1

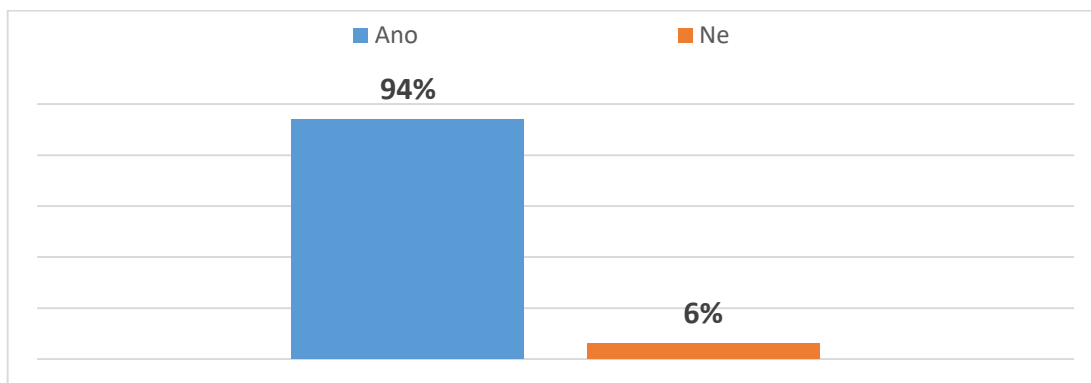
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano – rodokmen	2	12
Ano – kalendář ze starých fotek	1	6
Ano – kronika	1	6
Ne	13	76
Celkem	17	100

24 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano, vyrobeným materiálem byl: *dvakrát rodokmen a kalendář ze starých fotek klienta a kroniku*. 76 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ne.

2) Přinesl/a jste svému rodinnému příslušníkovi jeho osobní věci z minulosti, např. fotografie?

Odpověď ano uvedlo 13 rodinných příslušníků, nejčastěji odpovídali: *fotografie, hračka, zrcátko, hřeben, vysvědčení, šátek, hodinky, kabelka, kniha, sešit s recepty, památník, rádio, lampička atd*. Zbylí 4 rodinní příslušníci uvedli odpověď ne.

3) Považujete reminiscenční terapii za přínosnou?



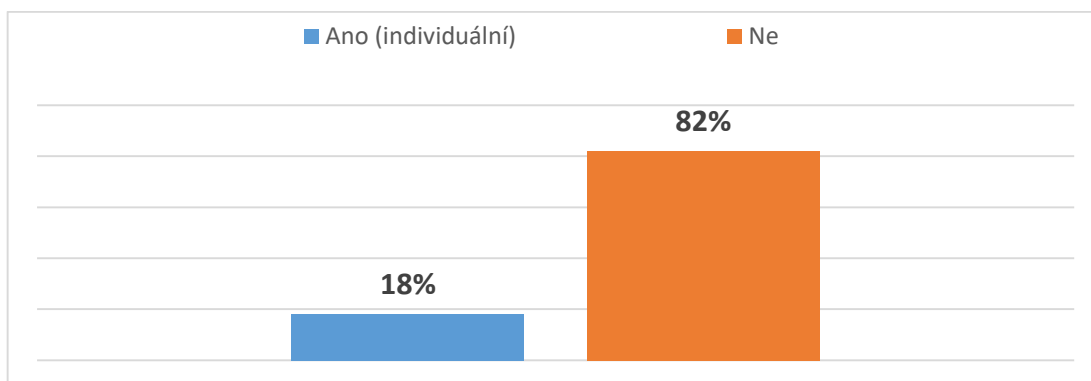
Graf 7 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 3

94 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano a 6 % ne.

4) Měl/a byste zájem o zavedení reminiscenční terapie do pravidelného programu aktivit?

Všech 17 rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano.

5) Měl/a byste zájem se zúčastnit reminiscenčního sezení? Pokud ano, jakého?



Graf 8 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 5

18 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano, všichni měli zájem zúčastnit se individuální formy reminiscence. 82 % rodinných příslušníků odpovědělo ne.

6) Pozorujete u svého rodinného příslušníka pozitivní změny po absolvování reminiscenčních setkání?

Tabulka 8 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 6

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	11	65

Nevím	4	23
Ne	2	12
Celkem	17	100

65 % klientů uvedlo odpověď ano. Rodinní příslušníci, kteří odpověděli ano, nejčastěji uváděli: *zlepšení nálady, paměti a myšlení*. 23 % rodinných příslušníků odpovědělo nevíím a 12 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ne.

7) Považujete reminiscenční terapii za důležitou součást poskytované péče u nás?

Tabulka 9 – Dotazník pro rodiny klientů, otázka č. 7

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	16	94
Ne	1	6
Celkem	17	100

Odpověď ano uvedla většina rodinných příslušníků, 94 %. Odpověď ne uvedlo 6 % rodinných příslušníků.

8) Máte nějaké další dotazy či připomínky? Prosím napište.

Dotazníky žádné dotazy či připomínky neobsahovaly, ale byla jsem několikrát osobně kontaktována, zdali by bylo možné daného klienta dovážet za účelem reminiscence. Těmto zájemcům bylo doporučeno umístit klienta do denního stacionáře vždy v pondělí a ve čtvrtek, aby se mohl této aktivity zúčastnit.

3.7 Průběh reminiscenčních setkání

Pro účely této práce byl vybrán **blok prvních šesti reminiscenčních setkání**. Byli vybíráni ti samí klienti, ale i tak se složení lehce měnilo, kdy stálými členy byli 4 klienti. Každé setkání obsahuje vyplněný reminiscenční záznam, kde jsou zmapovány reakce a chování v průběhu setkání. Každému klientovi byla dopředu předána pozvánka, kde bylo uvedeno následující téma, čas setkání a místo. Na začátek každého setkání byla uvedena pravidla, jako je vzájemný respekt, důvěra, zachování mlčenlivosti. Všichni účastníci byli požádáni a upozorněni, aby si neskákali do řeči a poskytli prostor pro vyjádření všem účastníkům. Pro každé setkání bylo nachystáno občerstvení. V závěru každého setkání následovalo rozloučení, poděkování účastníkům a předání diplomů.

3.7.1 Setkání na téma „moje dětství“

Představení účastníků:

Klient FF (72 let) – klient využívá v našem zařízení denní stacionář dvakrát do týdne. Tento klient se snaží chodit s francouzskými holemi, ale někdy je nutné použít vozík. Klient je velmi sebestředný, s některými klienty nevychází nejlépe. Je velmi fixován na svou rodinu a svůj domov. U klienta není patrný kognitivní deficit.

Klientka MCH (82 let) – jedná se o stálou klientku, která využívá týdenní stacionář v tomto zařízení. Tato klientka trpí Parkinsonovou chorobou, je u ní patrný třes a porušená schopnost chodit, především je narušena rovnováha. I vzhledem k této chorobě se jedná o klientku komunikativní s dobrou kognitivní kondicí.

Klientka JJ (85 let) – jedná se o dlouhodobou klientku, která využívá týdenního stacionáře, jezdí na víkendy domů, k synovi. Jedná se o klientku, která je velice komunikativní, především když může mluvit o svých zážitcích. Pohybově je na tom dobře, chodí si s chodítkem, klientka je bez kognitivního deficitu.

Klientka AV (92 let) – tato klientka využívá odlehčovacích služeb jen na přechodnou dobu, krátkodobě. Bydlí se synem a se snachou v rodinném domě. Klientka je po CMP, trpí vaskulární demencí, těžší formou, pracovala jako zdravotní sestra. Jedná se o klientku ne příliš komunikativní, chodící. U této klientky je zjevný kognitivní deficit.

Klientka LN (77 let) – tato klientka je ve stacionáři relativně nová, bude využívat odlehčovacích služeb. Klientka do našeho zařízení přešla z LDN Jaroměř, jedná se o klientku velice depresivní, málo komunikativní a úzkostlivou, avšak projevila zájem zúčastnit se skupinové reminiscence. Tato klientka je polymorbidní, dokáže stát nebo kousek přejít s chodítkem, většinu času celého dne tráví na svém pokoji v lůžku.

Klientka JD (88 let) – klientka z týdenního stacionáře. U klientky rozvinuta těžká demence. Jsou narušeny verbální schopnosti, klientka je fyzicky zdatná, chodící, hodná, přátelská. Má tendence pomáhat a pečovat o druhé lidi, avšak není schopna vykonávat běžné denní aktivity.

REMINISCENČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.: 1

Typ reminiscence: formální, skupinová

Téma: moje dětství

Délka trvání: 100 minut

Počet účastníků: 6

Pomůcky: staré fotografie, plyšové hračky, staré karty, káča, dřevěné kostky, knihy se říkanky, knížka pro vzpomínání a procvičování paměti (Cingrošová Klára, Dvořáková Klára, 2014)

Datum: 2. 7. 2018

Vedl: Šírová Petra

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):		FF	MCH	JJ	AV	LN	JD		
	✓ x								
Pasivita		x	x	x	✓	✓	x		
Nezájem		x	x	x	x	✓	x		
Agresivita		x	x	x	x	x	x		
Radost		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Smích		✓	✓	✓	✓	x	✓		
Stud		x	x	x	✓	✓	x		
Úzkost		x	x	x	x	✓	x		
Hněv		x	x	x	x	x	✓		
Pláč		x	x	✓	x	x	x		
Nervozita		x	✓	✓	x	✓	x		
Sebestřednost		✓	x	✓	x	x	x		

Účastníci (iniciály):									
	✓ x								
Expresse převážně negativních vzpomínek		x	x	✓	x	x	x		
Expresse převážně pozitivních vzpomínek		✓	✓	x	✓	✓	✓		
Nemožnost vyjádřit se		x	x	x	✓	✓	✓		
Odbíhání od tématu		x	✓	✓	x	x	x		
Skákání do řeči ostatním účastníkům		✓	✓	✓	x	x	x		
Oporhování ostatními členy skupiny		✓	x	x	x	x	x		
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)		x	✓	x	x	✓	✓		

Účastníci (iniciály):									
	1-4								
Ochota zúčastnit se setkání		4	3	4	2	3	3		
Pozornost		3	2	4	2	4	2		
Spontánnost		4	3	4	1	1	2		
Smysluplnost vyjadřování		3	4	4	2	3	1		
Angažovanost		3	4	4	2	1	2		

Škála 1-4: 1 = žádná 2 = lehká 3 = střední 4 = velká

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky: pro klientku LN bude vhodnější individuální reminiscence

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Projevy negativních reakcí: Nejčastějšími negativními reakcemi bylo skákání do řeči a odbíhání od tématu, kdy především klientka JJ byla velmi upovídaná a bylo nutné ji několikrát přerušit, aby byl prostor i pro ostatní členy skupiny. Dále klientka MCH neustále obracela pozornost ke svým dětem, o kterých měla tendence mluvit po celou dobu setkání. Klienti FF, MCH a JJ velmi často odbíhali od tématu a obraceli se k přítomnosti. U klientky LN byla patrná úzkost a diskomfort po celou dobu setkání, klientka se nezapojovala do komunikace, odpovídala jen na přímo položený dotaz, byla pasivní, byl zjevný neklid a nervozita. S klientkou jsme se domluvili na individuální formě reminiscence. Další negativní reakcí byla sebestřednost některých klientů, kdy především klientka MCH upínala mou pozornost na sebe, několikrát se klientka v průběhu setkání i rozplakala, ale pláč je u této klientky běžnou reakcí i v běžné komunikaci, upíná tím na sebe pozornost. Dále byly přítomny projevy sebestřednosti u klientů FF a JJ. Dále lze k negativním reakcím zařadit opovrhování ostatními členy skupiny, především ze strany klienta FF. Dále je nutné zmínit pasivitu některých z klientů. Klientka AV byla po celou dobu setkání spíše pasivní, bez zájmu, styděla se, její vyjadřování bylo nesrozumitelné, ale někdy reagovala přiléhavě. Nicméně se klientka po celou dobu setkání usmívala a byla spokojená.

Projevy pozitivních reakcí: I přes výskyt negativních reakcí převládaly reakce pozitivního charakteru. Nejčastěji přítomné reakce v průběhu setkání byly radost a smích. Celkově byli klienti dobře naladěni i po skončení reminiscence. V rámci tohoto setkání převažovala exprese pozitivních vzpomínek a s tím projevy radosti a spokojenosti.

Problémy, překážky, nedostatky: chybějící facilitátor, měl být přítomen ještě jeden zaměstnanec, ale z pracovních důvodů se nemohl zúčastnit, příprava na setkání a celkově organizace reminiscence byla tak velice obtížná, nebylo možné splnit délku trvání setkání, která byla původně naplánována na 60 minut. Problémem bylo, že zvolené téma je velice široké a nebylo možné rozebrat všechny naplánované body a aktivity. Na vše bylo velmi málo času a klienti tak neměli dostatečný prostor.

Postřehy, nápady pro příště: Pro příště by bylo vhodné specifikovat takto široké téma, jako např. „prázdniny u babičky“ či „lumpárny a tresty“.

Samotný průběh setkání:

Setkání probíhalo ve společenské místnosti stacionáře v 1. patře. Pro klienty byl vytvořen zasedací pořádek. Klienti s kognitivním deficitem byli posazeni vedle mě, ostatní klienti byli usazeni kolem stolu na zbylá místa. Pro klienty bylo nachystáno lehké občerstvení a čaj. Na začátek byla uvedena pravidla pro setkání, jako je vzájemný respekt, důvěra, zachování mlčenlivosti. Poprosila jsem všechny účastníky, aby si neskákali do řeči a poskytli prostor pro vyjádření všem účastníkům. Na úvod každý klient řekl odkud pochází a jak se jmenuje. Pro lepší navození vzpomínek jsem donesla několik pomůcek, např. staré karty, hračky (plyšáky, káča, dřevěné kostky), knihy se říkadly atd. Na úvod jsem požádala každého klienta, aby řekli odkud pochází a jak vzniklo jejich jméno. Dále jsme si povídali, kde klienti žili, kde se narodili, zda na vesnici či ve městě. Klientům jsem rozdala staré fotografie částí města Rychnova nad Kněžnou a měli poznávat, o jaké části se jedná. Do této aktivity se zapojili téměř všichni účastníci až na jednu klientku, která pochází z jiného města, nicméně se klientka usmívala a vypadala spokojeně. Klientka JJ se velmi rozpovídala, až jsem ji musela zarazit, aby dala prostor i dalším účastníkům. Dále klientka MCH začala zcela nesmyslně mluvit o svých dětech, o kterých měla tendenci mluvit po celou dobu setkání, několikrát jsem ji musela přerušit a upozornit ji, aby dala prostor ostatním a držela se tématu. Dále jsme si povídali o oblíbených místech v dětství, kdy každý dostal zhruba 3 minuty na to, aby nám řekl, kde nejraději trávil své dětství. Většina klientů se shodla na tom, že u babičky. Dalším tématem byly tedy prázdniny u babičky, u tohoto tématu jsme strávili celkem dlouhou dobu, klienti, jeden po druhém vypravovali, kam jezdili na prázdniny a co vše dělali u babiček. Skoro všichni klienti vyprávěli, co jedli u babičky, jak tam slavili Vánoce, s čím si tam hráli atd., nechala jsem tomu volný průběh, protože vše se týkalo tématu dětství. Pozvolna jsme najeli na

téma čas spánku, rituály před spánkem, kdy se každý z klientů podělil o to, jak jako děti usínali, zde byly odpovědi velice různorodé, někdo usínal sám po tmě, někomu četla pohádky maminka, někomu sourozenec, klientka JJ se svěřila, že před usnutím musela sníst něco sladkého a hlavně, že musela mít rozsvícenou lampičku a otevřené dveře. Na toto téma celkem dobře reagovali všichni klienti. Dalšími tématy, která jsme probírali, byly oblíbené pohádky, zvyky při jídle a hry v dětství. Dále jsme probírali téma oblíbené hračky, kdy jsem klientům poslala kolovat staré hračky, plyšáky, káču hrkačku. Dále, bez mé režie, začali klienti mluvit o oblíbených jídlech, kdy každý řekl, jaké jídlo měl v dětství nejraději, téměř všichni se shodli na krupicové kaši. Dalším velkým tématem byly domácí práce, které museli doma zastávat. Nejdéle jsme se zdrželi u „lumpáren a trestů“, kdy se snad každý z klientů velmi rozpovídal. Další témata, která jsme stihli probát, byly oblíbené dětské hry a říkadla. Při vzpomínání na známá říkadla, jsem klientům přečetla začátek textu známé říkanky a oni ji dokončili. Vzhledem k velkému zájmu všech členů skupiny jsme si na závěr zahráli zelenou louku. Toto setkání trvalo přes 90 minut. Klienti FF, MCH, JJ velmi odbíhali od tématu, neustále své vzpomínky prokládali přítomností, nadávali na dnešní dobu. Klientka LN se během společného setkání téměř nezapojovala, odpovídala na dotazy, ale spontánní reakce zcela chyběly, klientka působila úzkostlivě, s klientkou jsme se pro příště domluvily na individuální reminiscenci. Klientka AV vzhledem ke stávající kondici kognitivních funkcí reagovala neadekvátně, na některá témata reagovala přiléhavě, ale u některých témat byla velice zmatená a neustále opakovala to samé, nicméně tvářila se spokojeně a vše pozorně poslouchala. Klientka MCH upínala svou pozornost především na mě, ale později se zapojila do kolektivu. Problémem u této klientky bylo, že vždy velice dlouho mluvila o sobě, odbíhala od tématu, a dokonce velice často přecházela do přítomnosti. Patrný byl u klientky i pláč, který byl vždy jen přechodný, klientka tím na sebe upozorňuje, tento jev je u ní přítomný i v běžné komunikaci. Jinak se jedná o klientku velmi slušnou a inteligentní. Klientka JD měla problém s expresí svých myšlenek vzhledem ke své diagnóze, než něco řekla, velice to trvalo a bylo jí hůře rozumět, ale ostatní členové byli relativně tolerantní. U klientky MCH byl zpočátku problém, že neustále směřovala pozornost a debatu na své děti, neustále je vychvalovala, jak jsou chytré a jak bylo těžké je vychovat, ke konci setkání se klientka umírnila a zapojovala se více do diskuze. Na konci setkání jsem se se všemi rozloučila a poděkovala jim za účast. Všichni klienti obdrželi diplomy a zároveň pozvánku na další setkání.

3.7.2 Setkání na téma „moje záliby“

Složení klientů bylo shodné z minulého setkání, akorát s klientkou LN jsme se domluvily na individuální reminiscenci. Klientka JD se též nezúčastnila, důvodem byl pád klientky a následná hospitalizace v nemocnici. Místo klientky LN byla vybrána nová klientka.

Klientka TF (69 let) – klientka využívá odlehčovacích služeb. Klientka je na invalidním vozíku. Má roztroušenou sklerózu, je bez kognitivního deficitu. Zájem o reminiscenci projevila sama.

REMINISCENČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.: 2

Typ reminiscence: formální, skupinová

Téma: moje záliby

Délka trvání: 80 minut

Počet účastníků: 5

Pomůcky: časopisy (např. Praktická žena), jehlice na pletení, klubka vlny, knihy, staré rádio, knížka pro vzpomínání a procvičování paměti (Cingrošová Klára, Dvořáková Klára, 2014)

Datum: 5. 7. 2018

Vedl: Šírová Petra + 1 pracovník v přímé péči

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):		FF	MCH	JJ	AV	TF			
	✓ x								
Pasivita		x	x	x	✓	x			
Nezájem		x	x	x	x	x			
Agresivita		x	x	x	x	x			
Radost		✓	✓	✓	✓	✓			
Smích		✓	✓	✓	✓	x			
Stud		x	x	x	x	✓			
Úzkost		x	x	x	x	x			
Hněv		x	✓	x	x	x			
Pláč		x	x	x	x	x			
Nervozita		x	x	✓	x	x			
Sebestřednost		✓	x	✓	x	x			

Účastníci (iniciály):									
	✓ x								
Expresse převážně negativních vzpomínek		x	x	x	x	x			
Expresse převážně pozitivních vzpomínek		✓	✓	✓	✓	✓			
Nemožnost vyjádřit se		x	x	x	✓	x			
Odbíhání od tématu		✓	x	✓	x	x			
Skákání do řeči ostatním účastníkům		✓	x	✓	x	x			
Opovrhování ostatními členy skupiny		x	x	x	x	x			
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)		x	✓	x	✓	x			

Účastníci (iniciály):									
	1-4								
Ochota zúčastnit se setkání		4	4	3	3	4			
Pozornost		4	3	2	3	3			
Spontánnost		4	3	4	1	3			
Smysluplnost vyjadřování		3	4	4	1	3			
Angažovanost		4	3	4	2	4			

Škála 1-4: 1 = žádná 2 = lehká 3 = střední 4 = velká

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky:

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Projevy negativních reakcí: Klientka AV byla spíše pasivní, ale několikrát v průběhu setkání „procitla“ a barvitě vypravovala, vyjadřovala se zcela adekvátně a k tématu. Trochu obtížné bylo klientu udržet na své pozici, neustále chtěla odbíhat a „trhat růže“. Klientka TF se styděla a byla též spíše pasivní, avšak v průběhu setkání se rozpovídala. Klientka MCH působila po celou dobu setkání naštvane a uraženě. Klienti FF a JJ měli tendence skákat do řeči ostatním klientům a přebírat neustále slovo. Dále velice často odbíhali od tématu, museli být několikrát na své chování upozorněni.

Projevy pozitivních reakcí: Všichni klienti byli zapojeni do diskuze, byli spokojeni a měli dobrou náladu. Dokonce i klienti JJ a FF byli pokornější a ohleduplnější k ostatním členům skupiny. Byla patrná jakási soudružnost, pospolitost a týmovost ve skupině.

Problémy, překážky, nedostatky: Trochu problematické bylo odbíhání na toaletu klientky MCH, kdy byla nutná dopomoc druhého facilitátora. Chod skupiny narušovalo i časté zvedání klientky AV a její chůze po zahradě. Toto setkání bylo první, kde jsem nebyla jako facilitátorka sama, bylo obtížné se synchronizovat, nebyly dopředu jasně rozděleny funkce a úkoly každého z facilitátorů.

Postřehy, nápady pro příště: Pro příště bude vhodné předem jasně stanovit a naplánovat činnosti pro daného facilitátora. Dále by bylo vhodné utvořit jmenovky pro každého klienta, na kterých by bylo uvedeno jméno každého z klientů ve tvaru, jaký je jim příjemný pro oslovování.

Samotný průběh setkání:

Začátek setkání probíhal v duchu toho předešlého, akorát byl nově vytvořen zasedací pořádek, klienti byli usazeni dokola. Poprosila jsem každého z klientů, aby nám sdělil, co měl dříve za záliby a koníčky. Nejdříve začala mluvit klientka JJ, vyprávěla o zahradničení, jak měla velkou zahradu a že měla své zahradnictví. Do diskuze se přidala klientka AV, která se rozhovořila, jak miluje růže, že jich měla dříve plnou zahradu, několikrát se zvedla ze svého místa a chtěla „trhat růže“. Dále se k diskuzi připojili i ostatní klienti. Dalším velkým tématem bylo vaření a recepty, dále se otevřela diskuze na téma oblíbené knihy. Pro zpestření jsem nechala kolovat různé předměty, jako např. časopisy, knihy, jehlice na pletení, klubka vlny, rádio atd. Nejdéle jsme se zdrželi u vaření. Do diskuze se horlivě zapojil i klient FF, kdy jsme se dozvěděli, že dělal v minulosti chvíli kuchaře. Toto setkání trvalo zhruba 80 minut, bylo znát, že tam byl ještě jeden pracovník, který pomáhal minimalizovat negativní rušivé elementy, jako bylo např. časté zvedání ze židle klientky AV či odbíhání na WC klientky MCH, tato klientka působila našťvaně. Po skončení setkání jsem se klientky zeptala, zdali je našťvaná, odpověděla, že jí vadilo, že musí odbíhat na WC. Na závěr jsme si zazpívali známé písničky, jako je pec nám spadla, kočka leze dírou, skákal pes přes oves, okolo Frýdku cestička a holka modrooká. Závěr setkání probíhal jako předešlé.

3.7.3 Setkání na téma „významné dny“

Složení bylo shodné z minula, až na klientku TF, která odešla domů, na místo této klientky byl osloven jiný klient.

Klient LS (89 let) – nový klient s diagnózou demence s Lewyho tělísky. Klient je téměř imobilní, pohyb je možný pouze na invalidním vozíku, u klienta je vidět znatelný kognitivní deficit. Klient není moc komunikativní, ale jeví se jako přátelský, vhodný do skupiny.

REMINISCENČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.: 3

Typ reminiscence: formální, skupinová

Téma: významné dny

Délka trvání: 90 minut

Počet účastníků: 5

Pomůcky: staré fotografie, plesová výzdoba, brože, kabelka, sklenky na víno, boty, líčidla, knížka pro vzpomínání a procvičování paměti (Cingrošová Klára, Dvořáková Klára, 2014)

Datum: 9. 7. 2018

Vedl: Šírová Petra + sociální pracovnice

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):	FF	MCH	JJ	AV	LS			
	✓ x							
Pasivita		✓	x	x	✓	✓		
Nezájem		✓	x	x	✓	x		
Agresivita		x	x	x	x	x		
Radost		x	✓	✓	✓	✓		
Smích		x	x	✓	✓	✓		
Stud		x	x	x	✓	✓		
Úzkost		x	✓	x	x	x		
Hněv		x	x	x	x	x		
Pláč		x	✓	x	x	x		
Nervozita		x	x	x	x	x		
Sebestřednost		x	x	✓	x	x		

Účastníci (iniciály):								
	✓ x							
Expresse převážně negativních vzpomínek		x	x	x	x	x		
Expresse převážně pozitivních vzpomínek		✓	✓	✓	✓	✓		
Nemožnost vyjádřit se		x	x	x	✓	✓		
Odbíhání od tématu		x	x	✓	x	x		
Skákání do řeči ostatním účastníkům		x	x	✓	x	x		
Opovrhování ostatními členy skupiny		x	x	x	x	x		
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)		x	x	x	x	x		

Účastníci (iniciály):								
	1-4							
Ochota zúčastnit se setkání		3	4	4	3	3		
Pozornost		3	3	3	3	3		
Spontánnost		3	2	3	2	3		
Smysluplnost vyjadřování		3	4	3	1	3		
Angažovanost		2	3	4	2	3		

Škála 1-4: 1 = žádná 2 = lehká 3 = střední 4 = velká

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky:

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Projevy negativních reakcí: Klient FF byl i vzhledem ke své povaze po celou dobu smutný a zamklý. Též klientka AV se moc nezapojovala, vypadala velmi unaveně. Také klient LS byl zpočátku zamklý, příliš se neangažoval, ale později se zapojoval čím dál více. Klientka MCH v průběhu setkání několikrát plakala, ale dojetím. Klientka JJ opět upínala pozornost všech na sebe, odbíhala od tématu a skákala do řeči ostatním členům, ale nebylo potřeba ji upomínat, vždy si to vzápětí uvědomila sama a omluvila se.

Projevy pozitivních reakcí: Všichni klienti, až na klienta FF byli nadšení a velmi veselí. Celé setkání bylo v radostném duchu a atmosféra byla velmi příjemná.

Problémy, překážky, nedostatky: Široké téma, kdy v rámci tohoto setkání bylo v plánu probrat Vánoce, Velikonoce, MDŽ a svátek práce, což je časově nemožné a celé setkání bylo v duchu Vánoc, kdy si toto téma zvolilo většina klientů a průběh komunikace ve skupině k nim směřoval. Jelikož nebylo záměrem povídat o Vánocích, nebyly k nim nachystány skoro žádné pomůcky. Toto setkání muselo být ukončeno dříve, než by klienti chtěli.

Postřehy, nápady pro příště: Více specifikovat téma pro reminiscenci. Zkrátit délku trvání setkání, pro některé klienty může být 90 minut příliš dlouho.

Samotný průběh setkání:

Toto setkání začalo v duchu předchozích setkání. Nově klienti obdrželi jmenovky se svými jmény, uvedenými ve tvarech, jaké preferují při oslovování. Pro toto setkání bylo naplánováno probírat Vánoce, Velikonoce, MDŽ a svátek práce. Byť byly naplánovány okruhy, zdrželi jsme se u Vánoc. Klientka JJ začala vyprávět zvyky, které dodržovali, jak pouštěli kapra, rozkrajovali jablíčko, jak byli chudí, dávali si málo dárků, zpívali koledy. Snažily jsme se se sociální pracovnící odpoutat pozornost od tématu Vánoce, ale nepodařilo se. Dále jsme již nezasahovaly a podporovaly klienty ve vyprávění. Měli jsme nachystané předměty, jako jsou fotografie, plesová výzdoba, brože, kabelky, skleničky na víno, boty, ličidla. K tématu Vánoce, vzhledem k datu provedení reminiscence, jsme neměly nic. Klienti si pomůcky prohlédli a dál pokračovali v diskuzi na téma Vánoce. Zapojili se téměř všichni klienti, až na klienta FF, který se do konverzace vůbec nezapojoval. Celou dobu byl potichu a byl zamračený a chvílemi smutný. Po skončení setkání se mi svěřil, že mu o Vánocích zemřela žena a že je pro něj toto téma stále ještě citlivé. U klientky MCH byly vidět slzy, ale přesto se usmívala. Po skončení setkání jsem se klientky zeptala, co se stalo, říkala, že ronila slzy dojetím, že má na Vánoce krásné vzpomínky a mrzí ji, že už je vše pryč. Klientka AV byla příliš unavená, asi po 60 minutách šla na pokoj, odpočnout si. I přestože setkání probíhalo v červenci, jsme si na závěr zazpívali koledy. Setkání bylo zakončeno jako obvykle. Vzhledem k tématu dalšího setkání, byly pozvánky laděny do stylu svatebního oznámení.

3.7.4 Setkání na téma „můj svatební den“

Pro toto setkání byly záměrně vybírány pouze klientky. Setkání se zúčastnily klientky č. MCH, JJ, AV z předchozího setkání. Dále se zúčastnila klientka JD z prvního setkání. Navíc byla oslovena nová klientka.

Klientka BB 5 (91 let) – jedná se o novou klientku, která využívá denní stacionář jednou týdně. Klientka je fyzicky zdatná, soběstačná a velmi pozitivní, ale rodina u ní pozoruje úbytek kognitivních funkcí, což je vzhledem k věku fyziologické. Klientka nemá potvrzenou žádnou z forem demence.

REMINSIČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.: 4

Typ reminiscence: skupinová, formální

Téma: můj svatební den

Délka trvání: 100 minut

Počet účastníků: 5

Pomůcky: staré fotografie, svatební oznámení, oddací list, gratulace, brože do vlasů, šperky, knížka pro vzpomínání a procvičování paměti (Cingrošová Klára, Dvořáková Klára, 2014)

Datum: 12. 7. 2018

Vedl: Šírová Petra + 1 zdravotní sestra

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):	MCH	JJ	AV	JD	BB			
✓ x								
Pasivita	x	x	x	✓	x			
Nezájem	x	x	x	x	x			
Agresivita	x	x	x	x	x			
Radost	✓	✓	✓	✓	✓			
Smích	✓	✓	✓	✓	✓			
Stud	x	x	x	x	x			
Úzkost	x	x	x	x	x			
Hněv	x	x	x	x	x			
Pláč	x	x	x	x	x			
Nervozita	x	x	x	x	x			
Sebestřednost	x	x	✓	x	x			

Účastníci (iniciály):									
	✓ x								
Expresse převážně negativních vzpomínek		x	x	x	x	x			
Expresse převážně pozitivních vzpomínek		✓	✓	✓	✓	✓			
Nemožnost vyjádřit se		✓	x	x	✓	x			
Odbíhání od tématu		x	x	✓	x	x			
Skákání do řeči ostatním účastníkům		x	✓	✓	x	x			
Opovrhování ostatními členy skupiny		x	x	x	x	x			
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)		x	x	x	x	x			

Účastníci (iniciály):									
	1-4								
Ochota zúčastnit se setkání		3	4	4	3	4			
Pozornost		4	3	3	3	4			
Spontánnost		2	3	4	2	4			
Smysluplnost vyjadřování		1	4	4	1	4			
Angažovanost		2	3	4	2	4			

Škála 1-4: 1 = žádná 2 = lehká 3 = střední 4 = velká

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky:

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Projevy negativních reakcí: Klientka JD byla limitována svou diagnózou, ale i přesto se velmi snažila zapojovat. Nad očekávání, se klientka AV chvílemi chovala sebestředně, upozorňovala na sebe, velice často skákala do řeči, avšak většinou obsah jejího sdělení byl nesrozumitelný. Klientka JJ též občas skákala do řeči ostatním členům skupiny.

Projevy pozitivních reakcí: V průběhu tohoto setkání byly přítomny převážně pozitivní reakce klientek. Celé odpoledne bylo velice příjemné, klientky byly nadšené, byly plné dojmů. Dokonce i klientka AV, pro kterou je většinou setkání příliš dlouhé, vydržela a byla velmi zainteresovaná.

Problémy, překážky, nedostatky: Původně bylo naplánováno promítat na plátně ve společenské místnosti fotografie ze svatby a pustit hudbu, ale z technických důvodů to nebylo bohužel možné.

Postřehy, nápady pro příště: zkrátit délku trvání reminiscence. Vzít s sebou foťák a fotografovat, jelikož někteří klienti projeví zájem vyfotit se na památku.

Samotný průběh setkání:

Pro toto setkání byla zvolena společenská místnost stacionáře, tuto místnost jsme speciálně upravili, na stůl jsme navlékli bílý ubrus, do vázy dali květiny, nachystali skleničky s trochou vína, donesli svatební koláčky a jednohubky. S kolegyní jsme dorazily s časovým předstihem, jelikož jsme byly domluvené se třemi klientky, že je nalíčíme a učešeme. Požádaly jsme je, aby si vzaly slavnostní oblečení. Klientky se usadily dle zasedacího pořádku, každá měla svoji svatební jmenovku na stole. Na začátek jsme si decentně připily, slušně připomněly pravidla a účel setkání. Všechny klientky byly v dobré náladě. Jedna z klientek z legrace pronesla, že by se vdávala znova. Vyložily jsme na stůl různé pomůcky, jako jsou svatební fotografie, které nám půjčila klientka BB. Dále jsme využily stará svatební oznámení, oddací listy, gratulace, brože do vlasů, šperky atd. Na úvod jsem se zeptala klientek, ve kterém měsíci se vdávaly. Zajímavé bylo, že všechny klientky se vdávaly během května, června, akorát u klientky AV nevíme vzhledem k diagnóze, kdy se vdávala, nicméně, říkala celkem přesvědčivě, že v červnu. Dále se rozvinula diskuze na téma svatební zvyky, námluvy, svatební ráno, svatební tabule, svatební hostina, prsteny, jména za svobodna. Celé setkání bylo velmi pozitivní, zapojovaly se všechny klientky i klientka JD, která se sice nemohla moc verbálně vyjadřovat, ale bylo zjevné, že je jí dobře, ve výrazu byla spokojená. Dokonce i klientka AV byla velmi sdílná, veselá, velmi se angažovala. Na konci setkání nám všechny děkovaly za pěkné odpoledne. Klientka BB, která má smlouvu na denní stacionář, jednou za týden, projevila zájem účastnit se setkání pravidelně, že by ji vnuk dovážel. Konec setkání proběhl ve stejném duchu, jako ta předešlá.

3.7.5 Setkání na téma „moje škola“

Složení klientů bylo shodné z minule, až na klientku BB, která se nemohla, zúčastnit, protože nebyla přítomna ve stacionáři. Místo této klientky se zúčastnil klient FF z prvního setkání. Navíc byl vybrán nový klient.

Klient JO (88 let) – klient využívá odlehčovacích služeb dlouhodobě. Vždy je ve stacionáři na měsíc, pak jde zpět domů na měsíc. Klient je nekonfliktní, není moc komunikativní,

ale společnost lidí mu nevadí. Nemá potvrzenou diagnózu demence, ale je patrný úbytek kognitivních funkcí. Klient je soběstačný, pohybově je na tom dobře.

REMINSIČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.: 5

Typ reminiscence: formální, skupinová

Téma: moje škola

Délka trvání: 60 minut

Počet účastníků: 6

Pomůcky: stará aktovka, slabikář, žákovská knížka, vysvědčení, fotografie, pero, knížka pro vzpomínání a procvičování paměti (Cingrošová Klára, Dvořáková Klára, 2014)

Datum: 16. 7. 2018

Vedl: Šírová Petra + 1 pracovník v přímé péči

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):	MCH	JJ	AV	JD	FF	JO		
	✓ x							
Pasivita		x	x	x	✓	x	✓	
Nezájem		x	x	x	x	x	x	
Agresivita		x	x	x	x	x	x	
Radost		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Smích		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Stud		x	x	x	x	x	✓	
Úzkost		x	x	x	x	x	x	
Hněv		x	x	x	x	x	x	
Pláč		x	x	x	x	x	x	
Nervozita		x	x	x	x	x	x	
Sebestřednost		x	x	x	x	✓	x	

Účastníci (iniciály):									
	✓ x								
Expresse převážně negativních vzpomínek		x	x	x	x	x	x		
Expresse převážně pozitivních vzpomínek		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Nemožnost vyjádřit se		✓	x	x	✓	x	x		
Odbíhání od tématu		x	✓	✓	x	✓	x		
Skákání do řeči ostatním účastníkům		x	x	x	x	x	x		
Opovrhování ostatními členy skupiny		x	x	x	x	x	x		
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)		x	x	x	x	x	x		

Účastníci (iniciály):									
	1-4								
Ochota zúčastnit se setkání		3	4	4	3	4	3		
Pozornost		3	3	4	3	3	3		
Spontánnost		2	3	4	2	4	3		
Smysluplnost vyjadřování		2	4	4	2	4	3		
Angažovanost		2	4	4	2	4	2		

Škála 1-4: 1 = žádná 2 = lehká 3 = střední 4 = velká

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky:

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Projevy negativních reakcí: u tohoto setkání nebyly téměř žádné negativní projevy stran účastníků. Klient FF byl chvílemi trochu sebestředný a měl pár nemístných poznámek, ale nic hrozného. Klienti JJ, AV a FF měli trochu problém držet se tématu, ale vše bylo v rámci tolerance. Klient JO se trochu styděl, což je pochopitelné, protože to bylo jeho první reminiscenční setkání, po asi 20 minutách se klient rozkoukal a stud již nebyl patrný.

Projevy pozitivních reakcí: Všichni klienti reagovali převážně pozitivně. Dynamika skupiny se čím dál více zlepšuje. Klienti jsou vůči sobě ohleduplní, tolerantní a laskaví. Je patrné, že vztahy se čím dál více prohlubují a upevňují, někteří klienti mezi sebou navázali nová přátelství. V případě

klientů s kognitivním deficitem jsou účinky reminiscence asi nejvíce zjevné, především klientka AV je mnohem více komunikativní, aktivní a celkově spokojenější. I v případě tohoto setkání měla „světlou chvilku“ a reagovala přiléhavě, adekvátně a mluvila v souvislostech. S touto klientkou a její rodinou je spolupráce velice efektivní. Klientce rodina donesla celou řadu starých fotografií, rodokmen a spoustu dalších osobních předmětů z minulosti. Tato klientka se účastní i individuálních reminiscencí a pozitivní výsledky jsou u ní opravdu znatelné.

Problémy, překážky, nedostatky: Nestihli jsme vše, co bylo v plánu, důvodem toho bylo špatné počasí, začalo pršet, ale i tak setkání trvalo 60 minut, což je optimum. Na závěr bylo naplánováno společné focení, ale vzhledem k předčasnému zakončení nebylo focení možné. Venku docela foukalo, několik klientů požádalo o donesení dalšího oblečení, začátek setkání byl tímto zpozděn.

Postřehy, nápady pro příště: V případě realizace reminiscence venku je vhodné sledovat předpověď počasí. Ukázalo se, že vyhrazení času pro každého z klientů, kdy každý klient hovořil o daném předmětu, se ukázalo, jako velice efektivní, klient má tak v daný moment prostor pouze pro sebe a ostatní členové skupiny mu tak neskáčou do řeči. Také sdělování vzpomínek klienty bylo velmi různorodé a vzpomenout si na spojitost s daným předmětem z minulosti nutilo klienty přemýšlet, přičemž hmatatelný podnět, tedy konkrétní vzpomínková věc, napomáhá k lepší stimulaci a vybavování vzpomínek.

Samotný průběh setkání:

Začátek setkání proběhl tak jako ostatní. Pro každého byla nachystána „svačina“, rohlík s máslem a se šunkou, zabalený do ubrousku, navíc každý dostal lahev s pitím. Na úvod byla zopakována pravidla a účely setkání. Každý z klientů měl na svém místě nachystaný předmět, který se váže se školními léty. Každého z klientů jsem požádala, aby se na úvod představil a vybavil si nějakou vzpomínku spjatou s daným předmětem. Pro klientku JD byla nachystána žákovská knížka, vzhledem k diagnóze se klientka nemohla plynule vyjádřit, ale povídala, že měla žákovskou knížku stále pomačkanou, protože neměla obal. Klientka MCH dostala slabikář, klientka se celkem rozrušila, vyprávěla, jak jí mladší bratr přesně tento slabikář poničil a ona pak dostala poznámku. Klientka JJ měla nachystané vysvědčení z 1. třídy, klientka vyprávěla, jak se na vysvědčení strašně těšila, dostala nové šatičky a za samé jedničky dostala hadrovou panenku, kterou si strašně přála. Klientka AV měla nachystanou fotografii, na které je ona sama asi ve třetí třídě základní školy společně se svou sestrou, klientka se usmívala a říkala, že tu „dívku“ zná a že to byly dobré časy.

Klientce jsem řekla, že na fotografii je ona se svou sestrou, klientka mi odpověděla, že to ví, že to je její sestra Anna, která je o rok starší a učila se lépe. Klientka působila velice spokojeně. Klient FF dostal staré pero, klient se usmíval a říkal, že kdyby takové pero měl dříve, nemusel by psát inkoustem a nenosil by domů špatné známky, přiznal se, že psaní mu nikdy nešlo. Klient JO dostal starou aktovku, klient říkal, že si není jistý, ale že tuto tašku přesně měl a že byla hrozně nepohodlná, po třech letech nošení se mu prý utrhlo ucho a maminka mu to přišila, protože na novou aktovku neměli. Každý z klientů povídal asi 5 minut, zajímavé bylo, že si klienti vůbec neskákali do řeči, byli vůči sobě tolerantní. Dalšími tématy bylo zkoušení u tabule, oblíbené předměty, zasedací pořádek, známky atd. Na závěr následovalo poděkování a rozloučení. Diplomy a pozvánky byly doneseny klientům dodatečně, jelikož začalo pršet.

3.7.6 Setkání na téma „moje zaměstnání“

Pro toto setkání byl zvolen výlet do kavárny, která je vybavena dobovými předměty a nábytkem. Prostředí kavárny je velmi pěkné a stimulující. V kavárně byl dopředu rezervován zadní salonek pro 8 osob. Vzhledem k většímu počtu účastníků s námi jela ještě jedna pracovnice v přímé péči plus řidič, který nás vezl služebním vozem. Byli záměrně vybíráni klienti, kteří jsou pohybově zdatní. Zúčastnění klienti: JJ, AV, JD, BB, JO a byl osloven nový klient.

Klient DD (71 let) – klient využívá odlehčovací služby pravidelně. Jedná se o klienta velmi komunikativního, má potvrzenou demenci v počátečním stádiu. Klient působí velmi inteligentně, ale chvílemi je zmatený. Klient je fyzicky zdatný. O reminiscenci projevil sám zájem.

REMINISCENČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.: 6

Typ reminiscence: formální, skupinová, výlet

Téma: moje zaměstnání

Délka trvání: 150 minut

Počet účastníků: 6

Pomůcky: pracovní smlouvy, výplatní pásky, sada šroubováků, fotografie, vybavení v kavárně, knížka pro vzpomínání a procvičování paměti (Cingrošová Klára, Dvořáková Klára, 2014)

Datum: 23. 7. 2018

Vedl: Širová Petra + 1 pracovník v přímé péči

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):		JJ	AV	JD	BB	JO	DD		
	✓ x								
Pasivita		x	✓	x	x	✓	✓		
Nezájem		x	x	x	x	x	x		
Agresivita		x	x	x	x	x	x		
Radost		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Smích		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Stud		x	x	x	x	✓	✓		
Úzkost		x	x	x	x	x	x		
Hněv		x	x	x	x	x	x		
Pláč		x	x	x	x	x	x		
Nervozita		x	x	x	x	✓	✓		
Sebestřednost		x	x	x	x	x	x		

Účastníci (iniciály):									
	✓ x								
Expresse převážně negativních vzpomínek		x	x	x	x	x	x		
Expresse převážně pozitivních vzpomínek		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Nemožnost vyjádřit se		x	✓	✓	x	x	x		
Odbíhání od tématu		✓	x	x	x	x	x		
Skákání do řeči ostatním účastníkům		✓	x	x	x	x	x		
Opovrhování ostatními členy skupiny		x	x	x	x	x	x		
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)		x	x	x	x	x	x		

Účastníci (iniciály):									
	1-4								
Ochota zúčastnit se setkání		4	3	3	4	3	4		
Pozornost		3	3	3	4	3	4		
Spontánnost		3	2	2	4	3	3		
Smysluplnost vyjadřování		4	2	2	4	3	4		
Angažovanost		4	2	2	4	3	2		

Škála 1-4: 1 = žádná 2 = lehká 3 = střední 4 = velká

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky:

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Projevy negativních reakcí: Toto setkání probíhalo velice dobře, průběh nebyl nikým a ničím narušován. Někteří klienti se na začátku možná trochu styděli a byli nervózní, ale jednalo se především o ojedinělé projevy, které v dalším průběhu setkání zcela vymizely.

Projevy pozitivních reakcí: Celé setkání probíhalo v radostném a příjemném duchu. Klienti byli nadšení, prostředí kavárny a celý výlet hodnotili velmi pozitivně. Všichni klienti projevíli zájem o zopakování výletu. Dva klienti volali po příjezdu do stacionáře svým rodinným příslušníkům a velice si pochvalovali celou akci.

Problémy, překážky, nedostatky: Příliš velká skupina klientů, nebylo možné se každému z klientů věnovat dostatečně, tak jak by chtěli, prostředí v kavárně bylo velice stimulující a plné podnětů, nebylo možné plně zpracovat dojmy klientů v takové míře, jaká by byla adekvátní. Klienti si chtěli dál povídat, ale bohužel jsme museli setkání ukončit, abychom se zavčasu vrátili.

Postřehy, nápady pro příště: V případě výletu bude asi vhodnější volit menší počet klientů, zhruba 4 je optimální počet. Pokud bude skupina klientů bez členů s výraznějším kognitivním deficitem a budou fyzicky zdatní, je možné a akceptovatelné pojmout větší počet účastníků. Tento výlet se velmi osvědčil, určitě bude několikrát zopakován i na jiná místa, než je tato kavárna.

Samotný průběh setkání:

Výlet byl naplánován na odpolední hodiny, ze stacionáře se vyjízďelo ve 13:00, cesta trvala asi 25 minut. V kavárně bylo nachystáno lehké občerstvení v podobě zákusků z aktuální nabídky

kavárny. Dále si klienti měli možnost objednat kávu a čaj. Klienti se posadili dle vlastního uvážení, tentokrát nebyl zvolen zasedací pořádek. Nechali jsem pár minut na rozkoukání, kdy klienti obdivovali kavárnu. Po chvíli jsem zdvořile zopakovala pravidla a účel setkání. Na úvod jsem požádala klienty, aby se v krátkosti představili a řekli, co v minulosti vykonávali za povolání. Požádali jsme každého z klientů, aby si v místnosti vybrali daný předmět, který je nějak spjatý s jejich povoláním. Na stůl jsme ještě rozložili staré pracovní smlouvy, výplatní pásky či starou sadu šroubováků. Slova se ujala klientka JJ, rozpovídala se o časech, kdy pracovala v hospodářství, u dobytka. Vyprávěla, jak musela ráno vstávat ve 4 hodiny ráno, že to bylo náročné, ale ráda na to vzpomíná, z předmětů ji zaujalo staré kolo, říkala, že takové neměla, ale měla velmi podobné, na kterém jezdila do práce. Dále byla oslovena klientka AV, klientce jsem vložila do ruky fotografii, kde je ona v kroji, jako zdravotní sestra. Klientka se dojala, usmála se, na otázku, kde pracovala, odpověděla, že u dětiček, začala prý na dětském oddělení a taky tam skončila, že to byly krásné roky. Dále začal mluvit klient JO, dozvěděli jsme se, že pracoval celý život s auty, jako automechanik a že měl svoji autodílnu, kde pracoval s bratrem, do ruky si vzal starou sadu šroubováků a říkal, že by už dnes neopravil asi nic. Kolegyně oslovila klientku JD, klientka ukazovala prstem na jedno místo, pak se zvedla a šla ke starému šicímu stroji, zeptali jsme se klientky, zda pracovala jako švadlena, kývala hlavou a usmívala se. Vzali jsme židli a posadili ji blíže k šicímu stroji. Dále jsem se zeptala klientky BB, zda je v místnosti nějaký předmět, který je spjatý s jejím dřívějším povoláním. Chvíli se klientka rozhlížela a pak se zvedla a šla k psacímu stroji. Říkala nám, že celý život pracovala v kanceláři, většinou jako účetní a že s tímto strojem později také pracovala. Na konec se ujal slova klient DD, který v mládí pracoval v JZD jako traktorista-kombajnér, později pak pracoval v lesní správě, a nakonec podnikal v zemědělství. Vyprávěl, jak měli velké hospodářství, že podnikali s dobyt看kem, květinami, zeleninou, ovocem a spoustou dalšího. Po představení všech účastníků, jsme navrhli krátkou pauzu. Občerstvili jsme se, dali si kávu, dva klienty jsme doprovodili na WC. Po skončení pauzy jsme najeli na diskuzi, čím chtěli být klienti v minulosti, jaké měli mimopracovní aktivity s kolegy, jaké byly dříve platební podmínky, kolik měli dovolené, jaký byl jejich první pracovní den atd. Kousek po 15:00 na nás ťukal řidič, že bychom měli jet. Na závěr jsme poprosili obsluhu kavárny, aby nás společně vyfotografovala. Dále pak byly pořízeny fotografie menších skupinek na vyžádání klientů. Všechny fotografie byly pořízeny pro účely klientů, jako památka. Do stacionáře jsme dorazili kousek po 15:30. Na klientech bylo vidět, že jsou unavení, ale spokojení a plní dojmů.

3.8 Hodnocení provedených reminiscencí a praktická doporučení

Celkem bylo provedeno **80 reminiscenčních setkání**, z toho 65 skupinových a 15 individuálních. Deset reminiscencí bylo provedeno v rámci pilotáže, během které byly vycity všechny nejasnosti a drobnosti. I přes nabyté zkušenosti v rámci pilotáže se objevily drobné problémy v průběhu dalších setkání.

Jako první problém se jevil *velký počet účastníků*, kdy hlavně ze začátku bylo pro skupinové setkání vybráno až 8 účastníků, kdy 3 účastníci byli ve fázi pokročilé demence. Toto se jevílo jako nemožné a bylo potřeba to změnit, kdy se jako optimální počet účastníků pro skupinovou reminiscenci osvědčilo max. 6 klientů, optimum je 5.

Další potíže byly s naplánovanou *délkou průběhu setkání*, která byla původně stanovena na 45 minut, což je nereálné. Každé ze setkání trvalo minimálně 60 minut. Dále je nutno připomenout, že obtížné bylo i včas reminiscenci ukončit. Některá setkání trvala i přes 90 minut, což také není ideální, někteří klienti, zejména ti schopnější, to uvítali, ale na některé to bylo příliš dlouhé.

Problematicky se jevílo *načasování začátku průběhu setkání*. Původně bylo reminiscenční setkání naplánováno na ráno, na 9:45, ale ukázalo se, že tento čas je nevhodný, neboť dopoledne jsou u klientů plněny různé ordinace, rehabilitují či navštěvují lékaře či jiná zdravotnická zařízení. Jako vyhovující se jevíla doba po obědě, avšak ne bezprostředně po obědě, kdy klienti odpočívají, tudíž byl zvolen čas 13:00, v případě více klientů závislých na druhé osobě či klientů s výrazně narušenou kognicí, bylo potřeba počítat s časovou rezervou či začátek setkání lehce zpozdít.

S tímto souvisí problém v podobě *široce uchopených témat*. Během výzkumu bylo zjištěno, že jsou lepší specifitější témata, jako je např. móda, zábavy, porody atd. Úzce stanovená témata umožní lépe dodržet časový rámeček, zhruba 60 minut. Pozitivně lze také hodnotit typ neformální reminiscence, která vzniká spontánně, neplánovaně, může se připojit kdokoliv, téma není stanoveno. Tento typ se v praxi velmi osvědčil.

Zkraje byl problematický *zasedací pořádek*, kdy klienti byli zmatení a nevěděli, kam si mají sednout, osvědčilo se, posadit klienty s hlubším kognitivním deficitem blíže k facilitátorovi.

Jako obtížné se jevílo *větší zastoupení klientů s hlubším kognitivním deficitem*. Ideální je pro skupinu šesti účastníků vybrat maximálně 2 klienty s demencí či jiným kognitivním

deficitem. Důležitý byl i střídmý *výběr klientů s omezeným pohybem či jiným limitujícím onemocněním*. V případě, že jsou pro skupinové setkání vybráni klienti méně soběstační, je vhodné si udělat časovou rezervu či přizvat další personál. Celkově se jeví jako žádoucí vést skupinovou reminiscenci ve dvou, napomáhá to k lepšímu udržení dynamiky skupiny.

Všechny výše popsané problémy souvisí spíše s organizací reminiscencí, avšak problémy a překážky se objevily i v průběhu setkání. Zpočátku bylo velmi obtížné řídit a vést skupinu, zejména v momentě, kdy se ve skupině nacházeli *klienti upovídaní a sebestřední*. Klienti velmi často skákali do řeči ostatním účastníkům, měli tendence odbíhat od tématu a konfrontovat s přítomností. Nezbytným krokem bylo nastavení pravidel, která byla vždy na začátku reminiscence zopakována. Bohužel bylo nutné, občas některé účastníky opakovaně napomenout a upozornit na jejich chování.

Problematické bylo i *rozptylování klientů okolím*. Zpočátku byla reminiscence realizována ve společenské místnosti ve 2. patře, kde je většina klientů, tudíž průběh reminiscenčního setkání byl velmi často rušen okolními vlivy. Pro klienty, zejména s demencí, bylo obtížné soustředit se. Reminiscenční setkání byla později realizována ve společenské místnosti v 1. patře či na zahradě stacionáře.

Častým problémem bylo *odbíhání na WC či únava některých klientů* před koncem reminiscenčního setkání. Bylo nutné upravit délku trvání setkání a zvážit účast některých klientů, kteří nejsou natolik zdatní a absolvování setkání je pro ně obtížné, náročné.

Občas bylo nutné řešit *nevoli stran některých účastníků* k jiným účastníkům, zejména těm znevýhodněným, s demencí či jiným kognitivním deficitem. Někdy bylo problematické zařadit klienta s pokročilou demencí do skupiny. Někteří klienti byli neohleduplní a nerespektovali tyto klienty. Žádoucím krokem bylo stanovit zasedací pořádek a tyto klienty posadit v blízkosti facilitátora. Vhodné bylo přizvat dalšího pracovníka, který pomohl eliminovat všechny negativní vlivy, zejména v případě většího zastoupení klientů s výraznějším narušením kognice či jiným znevýhodněním.

Je nutné i zmínit *konfrontaci s bolestivými vzpomínkami*, což je do jisté míry žádoucí, přeje-li si klient tyto vzpomínky sdělovat. V praxi se osvědčilo nechat tyto klienty podělit se i o ty méně šťastné, někdy traumatizující vzpomínky s ostatními členy skupiny. Většinou ostatní klienti daného

klienta utěšovali, chlácholili a povzbuzovali. Je však nutné pohlídat, aby se nenarušila celková atmosféra ve skupině.

Občas byla tendence klientů *zveličovat a překrucovat své vzpomínky*. Pokud tím nebyl narušen chod skupiny, nepozastavovali jsme se nad tím. Není důležité, zdali klient říká pravdu, ale je důležité, jak chce a potřebuje být vnímán okolím.

Zřídka bylo nutné řešit *konflikty ve skupině*, kdy se účastníci nepohodli. Důležité je utnout konflikt hned v počátku, aby nebyl narušen chod reminiscence.

3.9 Zavedení reminiscence do stacionáře sledovaného zařízení

Ve stacionáři se reminiscenci věnoval již tehdejší personál v rámci aktivizačních činností, ale s odchodem a výměnou personálu byla iniciativa ze strany personálu v rámci reminiscence téměř nulová.

S myšlenkou znova zavést reminiscenci do pravidelných aktivizačních činností přišla tehdejší ředitelka stacionáře. Při zavádění reminiscence mi byla nápomocná, ale hlavní kroky k zavedení reminiscence byly realizovány za vedení stávajícího ředitele.

Zavedení reminiscenční terapie do rámce aktivizačních činností nebylo zpočátku vůbec lehké, objevila se celá řada překážek, především personální změny. Dalším úskalím byla časová náročnost, kdy většina reminiscenčních setkání probíhala v mém osobním volnu, a sladit denní režim klientů v omezeném počtu personálu bylo náročné. Jako velká překážka se zpočátku jevil nedostatek financí a s tím spojený nedostatek pomůcek. I samotná organizace a průběh reminiscencí nebyl lehký, především při zapojení klientů s těžším stupněm demence byla spolupráce náročná a někdy nemožná.

Reminiscenci se podařilo zavést do pravidelného aktivizačního programu klientů. Byl utvořen **metodický pokyn** k poskytování této aktivity, který bude v budoucnu aktualizován a doplňován dle potřeb. Reminiscence bude pravidelně prováděna dvakrát do týdne, v **pondělí a ve čtvrtek** od 13:00 do 14:00. Čas se může samozřejmě měnit, dle aktuální situace a režimu stacionáře. Na dny, kdy bude probíhat reminiscence, je **posílena denní směna o vyškoleného pracovníka**, který se bude reminiscenci věnovat, většinou je to aktivizační pracovník. V rámci možností bylo **vybaveno prostředí stacionáře**, které by stimulovalo klienty ke vzpomínání. Na pokoje klientů byly ke každému lůžku zakoupeny sady rámečků, do kterých může rodina přinést osobní fotografie

daného klienta, je to vhodné spíše pro klienty, kteří jsou ve stacionáři dlouhodobě. Dále byla vyzdobena chodba stacionáře, kdy byly na zeď vystaveny fotografie starých známých osobností. Také byly nashromážděny dobové předměty pro skupinová, ale i individuální setkání. Pro individuální reminiscenci byly osloveny rodiny klientů, aby donesli pomůcky, věci, patřící v minulosti danému klientovi. Pro klienty jsou naplánovány kulturní akce, tedy **speciální reminiscenční setkání** v rámci významných dnů, jako je např. *1. květen aneb lásky čas*, *2. listopad aneb ať žijí duchové* či *5. prosince aneb s čerty nejsou žerty* atd. Do budoucna je vize uspořádat reminiscenční setkání ve **spolupráci s jiným zařízením** pro seniory.

Přes všechny nedokonalosti a překážky byly nastoleny **dobré podmínky** pro vedení kvalitních reminiscencí. Veškeré překážky bránící či narušení vedení reminiscencí byly minimalizovány či odstraněny.

3.10 Reflexe, sebereflexe

Tvorba této diplomové práce mě přivedla k nové zkušenosti, a to roli facilitátora při reminiscencích. Nikdy předtím jsem žádnou skupinu nevedla a ani se na reminiscenci nepodílela. Zpočátku se mi tato funkce zdála snadná, měla jsem pocit, že se na tuto roli hodím, ale s příchodem prvního reminiscenčního setkání, v rámci pilotáže, jsem nabyla zcela jiného dojmu. První reminiscence vedená mnou jako facilitátorkou, byla řekla bych zmatená. Objevilo se hned několik problémů, které se však s přibývajícimi zkušenostmi minimalizovaly.

Zpočátku jsem byla velice *nervózní a zbytečně moc řídila klienty* a narušovala tím pohodu, měla jsem tendence neustále *vyplňovat chvíle ticha*. Velice obtížné pro mě bylo jasně *nastavit pravidla*, kdy hlavně ze začátku jsem nechala skupinu volně plynout, ale brzy se ukázalo, že bez nastavení jasných hranic a pravidel se chod skupiny neobejde. Nesnadným úkolem pro mě bylo podporovat *vyjadřování bolestivých vzpomínek* a adekvátně na ně reagovat. Při prvních reminiscencích jsem často *zapomínala na svou roli* a stala se jedním z účastníků, sdělovala své vzpomínky a ubírala tím čas a prostor pro ostatní členy skupiny. Zásadním problémem bylo, že jsem neuměla jasně nastavit a *vymezit strukturu setkání*, jako je uvítání na začátku, drobné občerstvení pro účastníky, představení účastníků, zasedací pořádek, záměr skupiny, rozloučení atd.

Obtížné či možná nepříjemné pro mě byla *edukace personálu v oblasti reminiscence*, kdy jsem byla pověřena vedením stacionáře, abych zasvětila pracovníky podílející se do budoucna na reminiscencích. Postupně jsem pracovníky v průběhu reminiscenčních setkání přibírala sebou,

jako reminiscenční asistenty. Časem, jak již bylo výše uvedeno, přebrali funkci facilitátorů oni a já byla na místě asistenta. Časem, jsem byla spíše pozorovatelem, ale reminiscencím se snažím věnovat do teď, někdy v osobním volnu, občas v rámci pracovní doby, umožní-li mi to pracovní povinnosti. Pracovníci se do vedení reminiscencí pustili s velkou chutí a odhodláním. Jediné, co jim bylo vytknuto, že *vybírají pro reminiscenci pouze „myslíci“ klienty*, se kterými se bude dobře povídat. Připomněla jsem jim a upozornila je, ať více zapojují klienty s kognitivním deficitem, s demencí, kdy právě pro ně je reminiscence velice přínosná.

Všechny tyto mezery a nedokonalosti byly v průběhu realizací reminiscencí doladěny. S nabývajícimi zkušenostmi jsem se i já jako facilitátorka, zdokonalila a naučila se vést kvalitní a odpovídající reminiscence. Realizace praktické části této diplomové práce mě přivedla k řadě nových zkušeností. Největším přínosem je možnost vidět klienty pomocí reminiscence jinak, z jiné perspektivy a snadněji, lépe je tak pochopit. Díky tomu jim mohu a snažím se poskytovat lepší, ohleduplnější péči s ohledem na jejich potřeby a přání.

4 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá využitím reminiscence u seniorů. Jedním z hlavních cílů bylo zjistit zájem o reminiscenci stran zaměstnanců, klientů a jejich rodin, v případě pozitivních výsledků realizovat reminiscenční setkání a zhodnotit tak její vliv a využití u seniorů sledovaného zařízení. Dalším cílem bylo zjistit, zda je sledované zařízení vhodné pro zařazení reminiscence jako pravidelné aktivizační činnosti. V případě pozitivních výsledků, podniknout patřičné kroky k jejímu zavedení a utvořit metodický pokyn.

Výzkum probíhal ve sledovaném zařízení pro seniory. Do výzkumu bylo zařazeno *58 klientů, 18 zaměstnanců a 17 rodinných příslušníků*. Informace byly získávány pomocí rozhovorů, dotazníků a pozorování. Pro účely této práce byly vybírány *2 skupiny klientů*, s kognitivním deficitem, nejčastěji Alzheimerovou demencí a bez kognitivního deficitu. Součástí dotazníkového šetření u klientů byly dva kognitivní testy, konkrétně Test hodin a MMSE, které umožnily zařadit seniora do patřičné skupiny. Celkem bylo zahrnuto *33 klientů s kognitivním deficitem a 25 bez kognitivního deficitu*. Záměrem hodnocení kognitivních funkcí byla integrace osob s demencí či jiným kognitivním deficitem mezi ostatní členy při skupinové reminiscenci.

Výsledky práce byly porovnávány s těmito výzkumy:

S výzkumem autorů Güler Duru Aşiret a Sevgisun Kapucu (2014), s názvem *The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease*. Tato studie byla zaměřena na prozkoumání vlivu reminiscence na kognici, deprese a aktivity denního života seniorů v institucích s mírnou či středně závažnou Alzheimerovou chorobou. Výzkumný vzorek byl tvořen 62 účastníky. Výzkum proběhl od 1. července 2013 do 20. prosince 2014, v Turecku, ve městě Ankara.

S výzkumem autorů Nilay Ercan-Sahin a Oya Nuran Emiroglu (2018), s názvem *Quality of life of nursing home residents before and after reminiscence therapy*. Tento výzkum proběhl v roce 2018. Tato studie byla zaměřena na účinky reminiscence na kvalitu života seniorů v domovech s pečovatelskou službou v Ankaře, v Turecku. Výzkumný vzorek tvořil 32 účastníků. Sběr dat proběhl od 1. února do 6. září 2018, včetně pilotní studie.

S diplomovou prací Blažičkové Jany (2012) na téma *Využití reminiscence při práci se seniory*. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2011 do března 2012. Výzkum byl zaměřen na překážky a vlivy, bránící v realizaci reminiscence.

S diplomovou prací Machové Kateřiny (2012) na téma *Zavedení reminiscenční terapie v domově pro seniory, Tachov, U Penzionu 1711*. Autorka zde realizovala reminiscenci v rámci pilotního projektu, poté sestavila metodiku pro zavedení reminiscence do sledovaného zařízení. V této práci nebylo uvedeno období realizace výzkumu.

S bakalářskou prací Vitoulové Marie (2010) na téma *Metody práce se seniory s prvky reminiscence*. Cílem tohoto výzkumu bylo sestavení aktivizačního programu s prvky reminiscence na celý rok v podobě „reminiscenčního kalendáře“. V této práci nebylo uvedeno období realizace výzkumu.

S diplomovou prací Merunkové Kristýna (2011) na téma *Využití reminiscence v rámci aktivizace klientů v domově pro seniory*. Cílem tohoto výzkumu bylo popsat skupinovou reminiscenci z pohledu reminiscenčního asistenta, zachytit vývoj skupiny a popsat nastalé situace. V této práci nebylo uvedeno období realizace výzkumu.

S bakalářskou prací Kodadové Zuzany (2014) na téma *Možnosti využití reminiscenční terapie při práci se seniory v Jihočeském kraji*. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2013 do května 2014. Autorka zkoumala využití reminiscence ve čtyřech domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

S absolventskou prací Řezáčové Pavlíně (2013) na téma *Využití reminiscenční terapie v kontextu sociální práce v Domově seniorů POHODA Chválkovice*. Autorčím cílem bylo zmapovat využití reminiscence ve sledovaném zařízení a zjistit postoj klientů k reminiscenci, jakou mají motivaci a co pro ně reminiscence znamená. Nebyl zjištěn období provedení výzkumu.

Dále byly výsledky práce porovnávány s odbornými články a publikacemi.

Bylo stanoveno 10 výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: **Má reminiscence pozitivní vliv u sledovaných klientů?**

Reminiscence je vhodnou aktivitou pro všechny klienty, avšak největší přínos má pro klienty s kognitivním deficitem, přesněji demencí.

Výzkumy ukazují, že reminiscenční terapie má pozitivní vliv především u klientů s kognitivní poruchou, kdy u těchto osob došlo k mírnému zlepšení MMSE. Čím je demence hlubší, tím jsou výsledky reminiscence větší a nápadnější. (Janečková, Vacková, 2010, s. 35-36) Duru Aşiret, Kapucu (2015) v rámci svého výzkumu uvádějí, že reminiscence má pozitivní vliv na kognitivní stav a depresi u lidí s mírnou a střední Alzheimerovou chorobou. Dále byl zachycen příznivý vliv na komunikaci, spolupráci, socializaci a neklid. (Duru Aşiret, Kapucu, 2015, s. 36)

Lidé s demencí jsou podle Janečkové a Vackové často sociálně izolováni, jsou osamělí, mají problém s komunikací a tím ztížené sociální začlenění. Začleňování klientů s demencí do reminiscenčních skupin má pro ně pozitivní význam. (Janečková, Vacková, 2010, s. 100) Reminiscence je jedna z metod k udržení a zvyšování kvality života seniorů, včetně těch se specifickými potřebami, např. s demencí. (Salivarová, Veteška, 2014, s. 63)

Do výzkumného šetření bylo zařazeno 33 klientů s kognitivním deficitem z nichž 23 klientů mělo *diagnózu demence*. Převažovala skupina lidí s lehkým či středním kognitivním deficitem, avšak 6 klientů bylo ve fázi pokročilé, těžké demence, kdy interakce s nimi byla výrazně narušena, u těchto klientů byly narušeny sebeobslužné funkce v plném rozsahu, komunikace s těmito lidmi představovala do jisté míry problém. U některých klientů byly též rozvinuty BPSD, což výrazně narušovalo a komplikovalo péči o ně. Pro tyto klienty je interakce s okolím, ať ostatními klienty či personálem velice obtížná. Bohužel i ostatní klienti vnímají tyto lidi spíše negativně a interakci s nimi se vyhýbají, protože je pro ně nepříjemná.

Klienti, nejčastěji s demencí, mají narušenou krátkodobou paměť, ale ta dlouhodobá bývá zachována, proto je užitečné vést klienty k používání zpravidla dlouhodobé paměti, stimulovat je ke vzpomínání. Tito klienti nám neřeknou, co měli včera k večeři, ale co večeřeli na své svatbě před 50 lety, nám řeknou téměř jistě.

Lidé s demencí mohou při práci se vzpomínkami ukázat své silné stránky, protože mají zachovalou dlouhodobou paměť. (Janečková, Vacková, 2010, s. 100) Jak uvádí Siverová a Bužgová, reminiscence nám může pomoci pochopit, kým ten starý člověk s demencí byl, vidět ho v jeho celistvosti a úplnosti. (Siverová, Bužgová, 2014)

U všech 23 klientů, kteří mají diagnostikovanou demenci, ale nejen u těch, byla reminiscence vyhodnocena jako efektivní, kdy především klienti s BPSD vykazovali výrazné zlepšení jejich

stavu. Personál pozoroval tyto pozitivní změny a účinky: *zlepšení spánku, chuti k jídlu, zmírnění agrese, lepší komunikace* a u některých klientů bylo zpozorováno *zmírnění příznaků deprese*. Pozitivně hodnocena byla reminiscence i rodinnými příslušníky, kdy největší přínos hodnotili jako *zlepšení nálady, myšlení a paměti*. Mnohdy spolupráce s klienty s touto diagnózou nebyla lehká, někdy i nemožná. U některých klientů byla preferována spíše individuální reminiscence, ale pokud to šlo, byli tito klienti integrováni mezi klienty s normální kognicí v rámci skupinové reminiscence, kdy organizace a průběh jim byl maximálně přizpůsoben s ohledem na jejich možnosti a potřeby.

Müller (2013) si myslí, že reminiscenční terapie je velkou výzvou v péči o klienty s demencí. Tato metoda u nás existuje, ale zdaleka ne v takové míře, která odpovídá jejím možnostem. (Müller, 2013, s. 86) Výsledky výzkumu autorů Duru Aşiret a Kapucu (2015) poukazují na potřebu širšího využití reminiscence u seniorů s demencí a vhodnost vzdělání zdravotnického personálu v oblasti reminiscence. (Duru Aşiret, Kapucu, 2015, s. 36)

V rámci dotazníkového šetření u zaměstnanců byla položena otázka, zda si myslí, že má vzpomínání pozitivní vliv na klienty. Všech 18 zaměstnanců uvedlo odpověď ano. Nejčastější důvody: *připomenutí hezkých vzpomínek, útek od reality, pro lepší náladu, urovnání myšlenek, cvičení paměti, předání „něčeho“ mladší generaci, vyrovnání se s minulostí*.

Obecně lze konstatovat, že reminiscence má pozitivní vliv na chování klientů. Minimálním účinkem je dobrá nálada, posílení lidské důstojnosti a sebeúcty u klientů. Za nejčastěji pozorovatelný pozitivní vliv na klienty lze považovat zlepšení spolupráce mezi klienty a personálem, celkově zlepšení mezilidských vztahů v rámci sledovaného zařízení. Také Blažíčková (2012) ve své práci uvádí, že v rámci jejího výzkumu pracovnice často pozorují zlepšení chování klientů ve vztahu k jim samotným a k ostatním klientům. (Blažíčková, 2012, s. 65)

Výzkumná otázka č. 2: Je sledovaný stacionář vhodné zařízení pro zavedení reminiscenční terapie?

Dle WHO je celkem u 47,5 milionu lidí diagnostikována demence a ročně přibude 7,7 milionu nových případů. Demence postihuje především starší jedince. (Zhang, Ho, 2017, s. 154) Vzhledem k rostoucímu počtu lidí s demencí a stále zvyšujícím se nákladům na péči vzniká

významná pobídka po rozvoji a výzkumu účinných, ale málo nákladných metodách. (Siverová, Bužgová, 2014)

Ercan- Sahin, Nuran Emiroglu (2018) ve svém výzkumu zjistili, že lidi žijící v domově pro seniory potřebují činnosti, které zvýší jejich emoční pohodu, zlepší kognitivní a fyzickou kondici, zmírní problémové chování a pomůžou seniorům přizpůsobit se prostředí domova. (Ercan-Sahin, Nuran Emiroglu, 2018, s. 99)

Aktivizace seniorů disponuje celou řadou možností, metod a forem, jako je např. reminiscence. Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory. (Salivarová, Veteška, 2014, s. 62-63) Při reminiscenci jsou využívány vzpomínky seniorů v rámci rozhovoru terapeuta (sestry) se starším člověkem či skupinou seniorů o jejich dosavadním životě. Jedná se tedy o techniku záměrného vybavování vzpomínek. (Procházková, 2014, s. 26-27) Podle Ercan-Sahina a Nurana Emiroglu se nejedná pouze o vzpomínání na minulé události a zkušenosti, ale je to konstruovaný proces zahrnující přehodnocení současnosti, tím že se člověk zaměří na zkušenosti z řešení problémů v minulosti. (Ercan-Sahin, Nuran Emiroglu, 2018, s. 99)

Nástup klienta do instituce je velice významná a mnohdy traumatizující událost, která vyžaduje obrovské adaptační schopnosti. Klienti ztrácejí nezávislost a kontrolu nad sebou samým a vlastním prostředím, mají pocit zbytečnosti, musí sdílet prostor s dalšími klienty, často se objevují příznaky deprese, kdy prevalence lidí s depresemi se uvádí až kolem 46,5 % u starších institucionalizovaných osob. (Meléndez-Moral et al., 2013, s. 319) Machová (2012) ve své práci uvádí, že reminiscence může usnadnit začlenění nově příchozího seniora mezi stávající klienty. (Machová, 2012, s. 51)

Podmínky života v institucích nejsou obvykle uzpůsobeny pro přirozené potřeby vzpomínat. Staří lidé se v zařízeních pro ně, cítí často osamělí i přestože žijí uprostřed velkého množství lidí, senioři mají často problémy s komunikací a poruchy paměti vyvolávající úzkost. Sdílení životních příběhů s ostatními sblížuje a buduje vztahy. (Janečková, Vacková, 2010, s. 57)

Meléndez-Moral et al. ve svém výzkumu zjistil, že důležité je udržení či obnovení smyslu života. Dle tohoto výzkumu má reminiscence vliv na depresivní příznaky, sebevědomí, sociální chování, integritu a životní spokojenost klientů v instituci. (Meléndez-Moral et al., 2013, s. 320)

Podmínkou uplatnění reminiscence v péči o seniora v instituci je akceptace principů péče orientované na člověka. Jde o pozitivní přístup k práci s jedincem, který spočívá ve využívání všech dostupných možností, tak aby byla poskytnuta podpora a byla posilována kontrola v každodenních situacích a interakcích. (Janečková, Vacková, 2010, s. 50)

Reminiscence představuje terapeutickou aktivitu, která je stimulem a impulsem pro tvůrčí činnost. V instituci je kořenem a podnětem společenské aktivity a sociální interakce, důležitým článkem pro výměnu informací a zároveň edukačním procesem pro personál v instituci. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 24) Vitoulová ve své práci píše, že než je reminiscence zařazena do pravidelných aktivit, je nutné zvážit některé faktory, jako je zájem klientů či možnosti zařízení z hlediska finančního a personálního. (Vitoulová, 2010, s. 57)

Reminiscence je levná, snadno dostupná a efektivní metoda práce se seniory, kdy její vykonávání není nijak zvlášť omezeno. Reminiscence nevyžaduje velké finanční investice, vyžaduje trpělivost a zájem. Pro její realizaci není nezbytně nutné mít speciální vybavení a prostory, avšak pro vedení kvalitních a odpovídajících reminiscencí je to vhodné. Merunková (2011) ve své práci uvádí, že správný výběr a výzdoba prostředí, kde se reminiscence koná, hraje důležitou roli. Celkové prostředí a atmosféra místnosti může být sama osobě velmi nápomocná při stimulování vzpomínek, kdy i malé detaily mohou vyvolat významné vzpomínky. (Merunková, 2011, s. 77)

Stacionář sledovaného zařízení je určen pro všechny klienty starší 65 let, jsou zde velmi často umístěováni i klienti s diagnózou demence, u kterých je reminiscence obzvlášť vhodná. Jako problém pro využití reminiscencí se může jevit využívání služeb v tomto zařízení na přechodnou dobu, kdy část klientů využívá tohoto zařízení jen po určitou dobu, která se liší v návaznosti na využívanou službu ze tří nabízených. Stávajících klientů, tedy klientů, kteří využívají týdenní stacionář a odjíždí na víkendy domů a pravidelně se vrací, je méně. Ukázalo se však, že tento fakt nikterak nenarušuje uplatnění a využití reminiscence v tomto zařízení. V rámci dotazníkového šetření u rodinných příslušníků byla položena otázka, zda by měli zájem o zavedení reminiscence do pravidelných aktivizačních činností, kdy všech 17 rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano.

V minulosti byla již věnována pozornost reminiscenci v tomto zařízení, kdy byly na tuto metodu velmi pozitivní ohlasy. Klienty je tato metoda přijímána velmi kladně, v rámci aktivit se jedná

o jednu z nejoblíbenějších metod, při které je, v případě skupinové reminiscence, možné zapojit několik seniorů a podpořit tím pozitivní vztahy a celkovou pohodu mezi klienty.

Největším přínosem reminiscence je podle Špatenkové, Bolomské (2011) vytvoření prostoru pro to, aby se seniorům v institucích více naslouchalo. Reminiscence může přispět k postupně přeměně stávající atmosféry v institucích, k větší otevřenosti a lidštvějšímu přístupu k seniorům, který bude maximálně orientovaný na jejich potřeby. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 99)

Výzkumná otázka č. 3: Je u klientů s demencí vhodná skupinová reminiscence či individuální?

Ve skupině lidí se člověk s demencí mnohdy setkává s negativní zpětnou vazbou, odmítáním či posměchem ostatních. Skupina by měla být uzpůsobena, tak aby vyhovovala potřebám všech účastníků. Je vhodnější menší skupina, zhruba 2–4 osob, společný úkol by měl být co nejkonkrétnější. (Janečková, Vacková, 2010, s. 100-101) Také Duru Aşiret a Kapucu (2015) v rámci svého výzkumu volili skupiny se 4–5ti klienty. (Duru Aşiret, Kapucu, 2015, s. 32)

Aby byla skupinová reminiscence co nejefektivnější, musí být připraven známý, útulný a klidný prostor. Je důležité, aby člověk s demencí měl své místo, které pozná. Měly by být dodržovány zavedené rituály, jako je např. zpěv, společné jídlo atd. Tyto rituály usnadní adaptaci jedince ve skupině. Je vhodné využívat neverbální komunikaci, nejefektivnější je řeč těla, která zůstává dlouho zachována, proto je vhodné ji u klientů s demencí maximálně využít. (Janečková, Vacková, 2010, s. 103) Radost ze společné činnosti mohou prožít i klienti s demencí i přesto, že jsou jejich možnosti často omezené a limitované. Pro lepší spolupráci je žádoucí volit činnosti odpovídající možnostem daného klienta. (Janečková, Vacková, 2010, s. 103)

Diagnóza demence nikterak nenarušuje či neznemožňuje zařadit klienta do skupinové reminiscence. Spíše než na přítomnosti či nepřítomnosti demence záleží na osobnostních rysech daného klienta. Reminiscence umožňuje klientovi s demencí začlenit se a lépe se adaptovat v zařízení mezi své vrstevníky. Je důležité vždy zhodnotit, zda účast na skupinové reminiscenci bude mít pro danou osobu přínos či nikoliv. Vhodné je uzpůsobit podmínky ve skupině, tak aby se tento klient cítil bezpečně a dobře a reminiscence tak byla efektivní. Jak již bylo výše uvedeno, je žádoucí, aby pro tyto účely byla skupina menší a podíleli se na ní dva pracovníci. Pokud zařadíme klienty s demencí do skupiny ostatních účastníků, je dobré zřídit zasedací pořádek. Optimálně volíme v rámci skupiny pěti až šesti účastníků, maximálně dva klienty s kognitivním

deficitem. V případě, že je však demence natolik pokročilá, je v některých případech vhodnější volit formu individuální reminiscence. Během výzkumu bylo zjištěno, že integrace osob s demencí do skupiny účastníků s normální kognicí se jeví jako velmi efektivní a přínosná.

Výzkumná otázka č. 4: **Mají klienti stacionáře zájem o reminiscenci?**

Nástup klienta do instituce je velice významná a mnohdy traumatizující událost, která vyžaduje obrovské adaptační schopnosti. Klienti ztrácejí nezávislost a kontrolu nad sebou samým a vlastním prostředím, mají pocit zbytečnosti, musí sdílet prostor s dalšími klienty, často se objevují příznaky deprese, kdy prevalence lidí s depresemi se uvádí až kolem 46,5 % u starších institucionalizovaných osob. (Meléndez-Moral et al., 2013, s. 319)

Důležité je udržení či obnovení smyslu života. Reminiscence má pozitivní účinky zejména u seniorů. Dle výzkumů má reminiscence vliv na depresivní příznaky, sebevědomí, sociální chování, integritu a životní spokojenost klientů v instituci. (Meléndez-Moral et al., 2013, s. 320)

Suchá et al. (2013) uvádí, že než je klient zařazen do reminiscenční aktivity, měl by s ním být, klidně i s rodinou, proveden vstupní rozhovor, výhodné může být také vyplnění dotazníku. Na základě toho je pak možné klienta zařadit do skupinové či individuální reminiscenční aktivity. (Suchá et al., 2013, s. 94)

Někdy mohou klienti na pozvání k nové aktivitě reagovat negativně. Je důležité zjistit, z čeho pramení jejich nezájem. Také Kodadová (2014) ve své práci uvádí, že někteří klienti mohou ze začátku přistupovat s obavami, strachem, ale i zvědavostí. (Kodadová, 2014, s. 55) Může se jednat o projev pasivity či negativismu, ale může se jednat i o snahu o něčem ve svém životě rozhodovat, kdy takových příležitostí v instituci příliš není. Někdy se klienti mohou i bát, zda by účast na něčem novém, nepoznaném zvládli. Příčinou odmítnutí může být i milná představa o reminiscenci či předchozí negativní zkušenosti buď přímo s reminiscencí, nebo s jinou aktivitou. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 74) Merunková (2011) ve své práci uvádí dále tyto důvody, jako je zhoršený zdravotní stav, únava, špatná nálada či očekávaná návštěva. (Merunková, 2011, s. 71) Příčin je mnoho a je vhodné, než klienta zavrhneme a nezapojíme jej do aktivity, zjistit z čeho jeho nesouhlas vyplývá, neboť spoustu důvodů lze eliminovat. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 74)

Klienti byli osloveni skrze krátký dotazník vztahující se ke stávajícím aktivizačním činnostem, postoji ke vzpomínání a reminiscenci, jako potenciální aktivizační činnosti. Celkem bylo osloveno 70 klientů, kdy 12 klientů projevilo nezájem o vzpomínání a reminiscenci, jako takovou. Byli oslovováni klienti, u kterých byl předpoklad, že by pro ně měla reminiscence přínos a že by o reminiscenci měli zájem. Každý klient, který se rozhodl zúčastnit se reminiscenční terapie, podepsal informovaný souhlas. Z celkového počtu 58 klientů, vzpomíná rádo celkem 78 % klientů. V rámci dotazníkového šetření u zaměstnanců bylo zjištěno, že 72 % zaměstnanců si myslí, že by klienti měli zájem o reminiscenční terapii.

Přístup klientů k aktivizačním činnostem byl doposud velmi negativní a pasivní, ale s příchodem této nové aktivity se jejich pohled velmi změnil. Většina klientů byla ráda, reagovali pozitivně a cítili se výjimeční. Někteří klienti byli ze začátku, při oslovení, lehce zaskočení a na rozpacích, ale po absolvování reminiscenčního setkání byli nadšení a byli rádi, že se zúčastnili. Reminiscence se velmi osvědčila a lze ji považovat za jednu z nejoblíbenějších aktivit. Reminiscenci lze možná považovat za jakýsi nástroj či prostředek k navození motivace klientů k účastnění se i dalších aktivizačních činností.

Výzkumná otázka č. 5: **Jaká forma reminiscence bude preferována více?**

Při individuální reminiscenci je výhodou možnost věnovat se konkrétnímu člověku, zapojit lidi introvertní či s nějakým handicapem. (Suchá et al., 2013, s. 94) Machová (2012) ve své práci uvádí, že při individuální reminiscenci je větší prostor pro rozebírání traumatických událostí ze života seniora. Ne všichni senioři se o tyto vzpomínky chtějí dělit s lidmi ve skupině. (Machová, 2012, s. 70) Dále Machová ve své práci uvádí, že pro vykonávání individuální reminiscence není potřeba speciální místnosti, může být realizována v přirozeném prostředí klienta, na pokoji. (Machová, 2012, s. 78) Jako nevýhoda individuální reminiscence se jeví větší časová náročnost. V rámci skupinové reminiscence lze využít dynamiky skupiny, kdy vzpomínky jednoho seniora mohou vyvolat vzpomínky u dalších seniorů, čímž se zlepšuje komunikace ve skupině. Výhodou je menší časová náročnost. (Suchá et al., 2013, s. 94)

Podle Müllera (2013) mohou být skupiny vytvářeny dle různých klíčů, např. uzavřené, otevřené. Jsou pořádány alespoň jednou týdně. Zahrnují činnosti, při které jsou účastníci vyzýváni a stimulováni ke vzpomínání. Je tím podporována osobní identita a kontinuita jejich společenského života. (Müller, 2013, s. 87)

Na otázku, zda klientům vadí svěřovat své vzpomínky před ostatními lidmi ve skupině, odpovědělo 14 % klientů ano, 19 % klientů spíše ano, 46 % klientů ne a 21 % klientů spíše ne. Na otázku, zda by klienti uvítali individuální reminiscenci, uvedlo 24 % klientů odpověď ano, nejčastějším důvodem byl stud a neochota svěřovat se ve skupině. Odpověď spíše ano, uvedla 3 % klientů, zbytek uvedlo odpověď ne či spíše ne. V rámci dotazníkového šetření u zaměstnanců bylo zjištěno, že 67 % zaměstnanců si myslí, že bude vhodnější *skupinová forma reminiscence*.

Preferovanější byla *skupinová reminiscence*. Někteří klienti, kteří projevili v rámci dotazníku zájem o individuální reminiscenci, časem změnili názor a zúčastnili se skupinového setkání, a naopak někteří klienti, kteří si zvolili skupinovou reminiscenci, časem zjistili, že individuální jim bude vyhovovat více, přesto převážná většina klientů preferovala skupinovou reminiscenci, část klientů tyto dvě formy kombinovala, někdy se zúčastnili skupinové reminiscence a někdy požádali o individuální. Využívanější byla *formální reminiscence*, kdy byl předem stanoven čas, počet účastníků a téma. Časem se však osvědčila i neformální reminiscence, kdy se vzpomínalo spontánně, mohl se kdokoliv připojit, téma nebylo jasně stanovené, většinou se vzpomínalo na „staré dobré časy“.

Výzkumná otázka č. 6: **Bude mít personál stacionáře zájem o zavedení reminiscence?**

Salivarová a Veteška (2014) ve své publikaci uvádí, že reminiscence není doménou profesionálů, kteří jsou proškoleni. Reminiscenčním aktivitám se může věnovat každý, kdo se podílí na aktivizačních činnostech. Osobnostní vlastnosti jsou mnohdy důležitější než formální vzdělání. (Salivarová, Veteška, 2014, s. 64) Pracovník by měl být vybaven empatií a měl by mít schopnost aktivně naslouchat, na místě je určitá osobní zralost. (Suchá et al., 2013, s. 95)

Podle Špatenkové (2013) je úkolem pracovníka provádějícího reminiscenci především stimulování a korigování interakce klientů, podporování účastníků. Zásadní funkcí je motivace a usnadnění hladkého průběhu reminiscenčního setkání. Žádoucí je také dodávání podnětů a citlivé usměrňování reakcí účastníků na ně. (Špatenková, 2013, s. 69) Merunková (2011) ve své práci uvádí, že nejnáročnější bývá první setkání reminiscenční skupiny. Postupně se ale pracovníci provádějící reminiscenci dostávají spíše do role pozorovatelů a poskytovatelů podpory v momentech, kdy je to zapotřebí. Reminiscenční asistent by proto měl umět reagovat na měnící se potřeby skupiny. Je vhodné, aby se skupinové reminiscence účastnili dva asistenti, měli by

se předem domluvit na svých rolích ve skupině, naučit se vzájemně kooperovat a poskytovat si vzájemnou podporu. (Merunková, 2011, s. 77)

Suchá (2013) ve své knize píše, že reminiscence umožňuje seznámit personál s pre-morbidní osobností seniora, což je klíčové k pochopení jeho chování a jednání. Reminiscence napomáhá zlepšit komunikaci mezi seniory a personálem. Pomocí reminiscence docílíme lepší spolupráce se seniory, např. při sestavování individuálního plánu. Potřeby klienta s kognitivní poruchou snadněji pochopíme a poznáme, jestliže známe jeho životní příběh. (Suchá et al., 2013, s. 93-94)

Vitoulová (2010) ve své práci píše, že v jejím sledovaném stacionáři zaměstnanci často vzpomínají s klienty na staré časy, jen netušili, že se tomu říká reminiscence. (Vitoulová, 2010, s. 46)

Aby bylo zjištěno, do jaké míry mají zaměstnanci stacionáře zájem o reminiscenci, byl jim rozdán krátký dotazník, celkem byl rozdán 18ti zaměstnancům. Osloveni byli pouze zaměstnanci, kteří se aktivně podílí na péči o klienty a jejich aktivizačních činnostech v rozsahu odpovídajícímu jejich pracovní pozici a náplni.

Nad očekávání byl zájem o reminiscenci stran personálu obrovský. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že všichni oslovení zaměstnanci by měli zájem o zavedení reminiscence do pravidelných aktivizačních činností. 78 % zaměstnanců by se rádo zúčastnilo kurzu či školení v oblasti reminiscence, 56 % zaměstnanců by mělo zájem vést reminiscenční sezení. Převážně se jednalo o aktivizační pracovníky a pracovníky v přímé péči. Mimo dotazník byl projevem zájem o reminiscenci i z řad všeobecných sester, ale vzhledem k jejich náplni práce a vytíženosti bylo usouzeno, že jejich participace na reminiscencích není do budoucna uskutečnitelná. Bylo navrženo, že se zdravotnický personál může dle svých časových rezerv účastnit reminiscencí příležitostně, bez aktivního vedení.

Výzkumná otázka č. 7: **Budou rodinní příslušníci hodnotit kladně provedenou reminiscenci?**

Siverová a Bužgová (2014) uvádí, že reminiscence může být zdrojem radosti a potěšení nejenom pro samotné seniory, ale i pro jejich pečovatele. (Siverová, Bužgová, 2014) Reminiscence může pomoci upevnit vztahy v rodině. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 80)

Aby bylo zjištěno, jak hodnotí provedenou reminiscenci rodinní příslušníci a zda ji považují za efektivní, byl jim rozdán krátký dotazník, kde se mohli k provádění reminiscencí vyjádřit. Dotazník byl rozdán pouze rodinám klientů, kteří jsou v zařízení dlouhodobě či se pravidelně vrací

a byla tak jejich účast na reminiscencích čtenější a dlouhodobější. Osloveny byly především rodiny, které spolupracují a podílí se aktivně na péči o klienta. Dotazník obdrželo celkem 20 rodin, avšak navraceno zpět jich bylo 17. Důležitou položkou v dotazníku byla otázka, zda rodinní příslušníci považují reminiscenci za přínosnou, zde byly odpovědi téměř jednoznačné, 94 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano. Všech 17 rodinných příslušníků by mělo zájem o zavedení reminiscence do pravidelných aktivizačních činností. Další položkou v dotazníku byla otázka, zda rodinní příslušníci pozorují pozitivní změny u klientů po provedených reminiscencích, 65 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ano, 23 % neví a 12 % rodinných příslušníků uvedlo odpověď ne. Nejčastěji uváděné změny byly: *zlepšení nálady, paměti a myšlení*. Většina, tedy 94 % rodinných příslušníků považuje reminiscenci za důležitou součást poskytované péče. Z výzkumného šetření lze konstatovat, že rodinní příslušníci hodnotí provedené reminiscence velmi příznivě a jejich postoj k ní je více než kladný. Rodiny zaznamenaly po provedených reminiscencích pozitivní změny u svých rodinných příslušníků. Reminiscence je z jejich strany považována za důležitou součást poskytované péče a měli by zájem o její zařazení do pravidelných aktivizačních činností, někteří rodinní příslušníci by se dokonce rádi reminiscence zúčastnili.

Výzkumná otázka č. 8: **Jaké budou reakce klientů v průběhu reminiscencí?**

Cílem reminiscencí není pouze vyvolávat radostné vzpomínky a navodit tím příjemné pocity. Někdy je vhodné konfrontovat i s méně radostnými či možná traumatizujícími vzpomínkami, což může danému klientovi pomoci ulevit si, vyřešit nedořešené problémy z minulosti a vyrovnat se tak s přítomností. Vzpomínání při reminiscenci sebou přináší celou řadu emocí a reakcí od úsměvu přes pláč až po hněv. Je dobré si uvědomit, že jakákoliv reakce daného klienta je žádoucí a zcela v pořádku. Pro skupinovou reminiscenci je vhodné udržovat pozitivní ladění nálady ve skupině a stimulovat klienty ke vzpomínání na radostné události. Vybavování, vzpomínání na negativní zkušenosti z minulosti může narušit atmosféru ve skupině a změnit celkové ladění klientů. Proto je vhodné zvolit ke konfrontaci s negativními vzpomínkami spíše individuální formu reminiscence. I přes snahu vést skupinová setkání v radostném duchu, byla někdy nevyhnutelná konfrontace se špatnými vzpomínkami. V průběhu reminiscenčních setkání byly zaznamenávány reakce klientů do záznamového archu. Obecně lze říci, že převažovaly většinou pozitivní reakce. K nejčastěji vyskytovaným pozitivním reakcím lze zařadit radost a smích. Mezi nejčastější negativní projevy lze uvést *skákání do řeči ostatním účastníkům*

či odbíhání od tématu, dále pak sebestřednost, nervozitu a hněv. Občas byl u některých klientů přítomen i pláč, však pouze ojedinele či ve spojitosti s radostí. Mezi častěji přítomnou reakcí lze považovat stud, který byl patrný u velké části klientů. Stud u některých klientů v průběhu reminiscence či dalších reminiscencí opadl, ale u některých přetrvával. Bylo důležité sledovat i další doprovodné reakce, především nervozitu, pasivitu či úzkost, kdy tyto znaky ukazovaly na diskomfort klienta při skupinové reminiscenci. Při zaznamenání těchto reakcí byli klienti po skončení reminiscence dotazováni, zda se chtějí další reminiscence zúčastnit, popřípadě jim byla doporučena individuální forma setkání.

Například Řezáčová (2013) ve své práci píše, že její respondenti měli z reminiscenčního setkání radost, rádi vzpomínali na svůj život a atmosféra ve skupině byla příjemná. (Řezáčová, 2013, s. 51) Dále Blažíčková (2012) ve své práci uvádí, že v rámci jejího výzkumu se snažily pracovnice udržovat příjemnou atmosféru, navozující příjemné vzpomínky, vyslechly však i vzpomínky nepříjemné. Dále uvádí, že pro klienty je důležité vyrovnávat se i s negativními vzpomínkami a plakat či projevit další negativní emoce, které je očistí. (Blažíčková, 2012, s. 66)

Výzkumná otázka č. 9: Poskytne vedení stacionáře vhodné podmínky k zavedení reminiscence?

S nápadem zavést reminiscenci do pravidelných aktivizačních činností přišla tehdejší ředitelka stacionáře. V minulosti se reminiscenci věnoval tehdejší personál. Avšak personální změny tuto aktivitu narušily. Myšlenka znova zařadit reminiscenci do pravidelných aktivit byla přednesena stávajícímu vedení stacionáře. Byl jim předložen plán s veškerými požadavky a nároky pro úspěšné zavedení odpovídajících reminiscencí. Vedení k tomuto nápadu přistoupilo velice kladně a otevřeně. Všechny patřičné kroky k zavedení reminiscence byly ponechány na mé osobě. Prvním velkým krokem bylo personální zajištění, tedy posílení denní směny o vyškoleného pracovníka na dny, kdy bude realizována reminiscence. Dále bylo zrealizováno školení pro zaměstnance, kteří projeví zájem podílet se na reminiscencích. Dalším nezbytným krokem bylo uzpůsobení prostor stacionáře, kde by mohla být reminiscenční setkání uskutečňována. V návaznosti na to bylo potřeba nashromáždit dobové předměty a pomůcky pro efektivnější stimulaci vzpomínek. Pro úplnost byl vytvořen teoretický rámec v podobě metodického pokynu k vykonávání této aktivity. Tento pokyn byl schválen vedením a založen k ostatním metodickým pokynům stejné kategorie.

V rámci dotazníkového šetření u zaměstnanců byla položena otázka, zda si zaměstnanci myslí, že by vedení stacionáře poskytlo podmínky pro realizaci reminiscenční terapie, kdy odpověď ano uvedlo 89 % zaměstnanců, zbylých 11 % zaměstnanců neví. Reminiscence se jako pravidelná aktivita velmi osvědčila a její provádění nadchlo i vedení stacionáře. S jejich pomocí jsou v plánu různé reminiscenční aktivity, setkání a akce i ve spolupráci s okolními zařízeními pro seniory.

Výzkumná otázka č. 10: **Jaké téma pro reminiscenci bude preferováno nejvíce?**

Machová (2012) ve své práci píše, že k reminiscenci lze zvolit celou škálu témat a že volba témat je v kompetenci terapeuta, který zjišťuje od klientů libost/nelibost k danému tématu. (Machová, 2012, s. 80) Vitoulová (2010) ve své práci uvádí, že pracovnice v jejím sledovaném zařízení často volily témata příjemná, která by neranila seniory, v návaznosti na kalendář. (Vitoulová, 2010, s. 54-55) Merunková (2011) ve své práci píše, že dopředu zvolená a naplánovaná témata se mohou v průběhu setkání měnit s ohledem na přání a potřeby seniorů či mohou některá témata vyplynout v návaznosti na předešlé téma. Dále uvádí, že je vhodné stanovit s klienty další téma na konci setkání, aby bylo všem klientům známo. (Merunková, 2011, s. 61)

Pro účely této práce bylo zvoleno šest základních témat: *moje dětství, moje záliby, významné dny, svatební den, moje škola a moje zaměstnání*. Dalšími tématy byly *vaření, Vánoce, zábavy, školní léta, móda, námluvy, porody atd.* Vždy na konci reminiscenčního setkání bylo klientům oznámeno další téma, které bylo následně diskutováno. Při některých setkání nebylo téma zvoleno a vzpomínalo se spontánně. Některá, především ta oblíbená a osvědčená témata, se opakovala. Někdy bylo téma zvoleno v souvislosti s nějakým významným dnem, ročním obdobím, ale někdy probíhala setkání bez návaznosti na kalendář. Občas se stalo, že bylo dopředu stanoveno konkrétní téma, ale při setkání bylo odběhnuto k tématu jinému.

Na otázku v dotazníku pro zaměstnance, na co klienti nejraději vzpomínají, byly nejčastěji uváděny tyto odpovědi: *dětství, mládí, zaměstnání, narození dětí, škola*. Dále v rámci dotazníku pro klienty, byla položena otázka, na jaké období vzpomínají nejraději, nejčastěji uváděli: *zaměstnání, rodiče, zábavy, když byly děti malé, škola, dětství, narození dětí, svatba, Vánoce*. Naopak neradi vzpomínají na: *onemocnění manžela/ky, ztráta dítěte, úmrtí manžela/ky, zaměstnání, chudoba, rozvod, válka, zatčení manžela*. Mezi nejvíce preferovaná témata lze zařadit: *dětství, školní léta, Vánoce, zaměstnání a záliby*. Nejvíce se opakovala témata *dětství a záliby*. Též se velmi osvědčilo téma neurčovat, vzpomínat „jen tak“, spontánně, bez osnovy.

5 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá tématem *Využití reminiscence u seniorů*. Celá práce je členěna do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část shrnuje poznatky o stáří a seniorské populaci, demencích, vzpomínání a s ním spjaté reminiscenci.

Výzkumná část se zabývá aplikací reminiscence do praxe. Záměrem a hlavním cílem této práce je porovnat využití reminiscence u skupiny klientů s kognitivním deficitem a skupiny klientů bez kognitivního deficitu. Na základě výsledků vyhodnotit a definovat, zda je sledované zařízení vhodné pro zařazení reminiscence do programu pravidelných aktivizačních činností. V případě pozitivních výsledků podniknout patřičné kroky pro její úspěšné zavedení. Dále pak vytvořit metodický pokyn pro realizaci reminiscenční terapie.

Vzhledem k neustále se navyšujícímu počtu seniorů s demencí, je potřeba hledat způsob, jak s těmito lidmi pracovat a udržet jim co možná nejdéle kvalitu života. Při práci s lidmi s demencí či jinými kognitivními poruchami je čím dál populárnější využívat nefarmakologických metod a přístupů. Jedním takovým přístupem či metodou při práci se seniory je reminiscenční terapie. Tato metoda je vhodná pro všechny skupiny seniorů, ale své uplatnění nachází především u klientů s demencí, u kterých vykazuje dobrých výsledků. Reminiscence disponuje řadou příznivých účinků na seniory, jako je např. posílení sebeúcty, lidské důstojnosti, navození příjemných pocitů a pohody či kognitivní stimulace. Z této metody neprofitují pouze senioři, ale čerpat z ní může i personál pečující o klienty či rodinní příslušníci. Reminiscence je velice populární a efektivní metoda, která je i přes všechny své kvality, doposud málo využívaná.

V současnosti je objasněna či odhalena jen část účinků reminiscence. Reminiscence, její vliv a využití je stále předmětem zkoumání. V současnosti je ve výzkumu pozornost směřována např. na hodnocení vlivu reminiscence na poruchy spánku a deprese, její využití u mladší populace či mezigenerační reminiscence.

Na základě výsledků získaných v rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že reminiscenční terapie je efektivní a přínosnou metodou právě u klientů s demencí či jiným kognitivním deficitem.

Sledovaný stacionář se jeví, jako vhodné pracoviště pro využívání reminiscence při práci se seniory. Reminiscenční terapii se podařilo zavést do pravidelných aktivizačních činností pro seniory. Byly vytvořeny dobré podmínky pro vedení kvalitních a efektivních reminiscencí,

byli vyškoleni zaměstnanci, kteří se budou reminiscencím věnovat, vybaveno prostředí stacionáře, utvořen metodický pokyn pro vykonávání této metody. Zařazení reminiscence do programu aktivit navýší standard poskytovaných služeb a zefektivní péči o seniory v daném zařízení.

Výstupem této diplomové práce je zavedení reminiscence do pravidelných aktivit prováděných ve sledovaném zařízení, soupis praxí ověřených praktických doporučení pro realizaci reminiscence a utvoření metodického pokynu pro její vykonávání ve sledovaném zařízení. Je předpoklad, že metodika bude v budoucnu upravována, aktualizována a doplňována o nové poznatky a zkušenosti, které vyplynou v průběhu další realizace reminiscencí.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Knihy:

- 1) Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů, 2018. Praha: Verlag Dashöfer. ISBN 978-80-87963-75-3.
- 2) BRYDEN, Christine, 2013. *Jaká budu umírat?* Přeložil Václav PETR. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-641-8.
- 3) ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
- 4) HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří.* Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 5) HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi.* Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- 6) HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
- 7) HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
- 8) HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- 9) HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- 10) HOLMEROVÁ, Iva, 2018b. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka.* Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 9788075710314.
- 11) HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele.* Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- 12) HULÍN, Ivan, 2019. *PATOFYZIOLOGIE.* 9. vydání. Bratislava: ProLitera, 732 s. ISBN 978-80-89668-06-9.
- 13) JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.

- 14) JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.
- 15) JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
- 16) JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- 17) KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. Care. ISBN 80-7262-455-5.
- 18) KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 19) KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přeprac. vyd. Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.
- 20) KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rouš. vyd. Praha: Grada, 174 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5580-9.
- 21) KOPECKÝ, Miroslav, Jitka TOMANOVÁ a Kateřina KIKALOVÁ, 2014. *Základní charakteristiky ontogenetického vývoje*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3982-2.
- 22) KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPIČKA a Zoltán SZABÓ, 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0054-5.
- 23) KULIŠŤÁK, Petr, 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.
- 24) LEČBYCH, Martin a Kristýna HOSÁKOVÁ, 2014. *Neuropsychologická rehabilitace kognitivních funkcí: učební texty pro studenty FF UP*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4334-8.
- 25) LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH, 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-88064-23-7.
- 26) LUKASOVÁ, Marie a Adéla HRADILOVÁ, 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. ISBN 978-80-87949-03-0.

- 27) MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS, 2018. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Přeložil Daniel MICKA. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-583-2.
- 28) MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- 29) MARKOVÁ, Kamila a Martina JEDLINSKÁ, 2013. Postoje seniorů ke stáří a význam reminiscenčních aktivit. *Florence*. Roč. 9, č. 10, s. 23-25. ISSN 1801-464X.
- 30) MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Svatopluk BÝMA, 2018. *Demence: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-00-2.
- 31) MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 32) MIKYŠKA, Jozef, 2018. *Starnutie spoločnosti v kontexte zvyšovania kvality života seniorov: vedecká monografia*. Brno: Tribun. Librix.eu. ISBN 978-80-263-1413-4.
- 33) MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-436-4.
- 34) MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 35) MÜHLPACHR, Pavel, 2017. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3.
- 36) MÜLLER, Oldřich, 2013. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3688-3.
- 37) *Na pomoc pečujícím rodinám*, 2016. 11. vydání. Přeložil Iva HOLMEROVÁ, přeložil Hana JANEČKOVÁ, přeložil Dagmar NIKLOVÁ. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-49-5.
- 38) PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 39) POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

- 40) PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 133 s. Sestra. ISBN 978-80-204-3186-8.
- 41) PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- 42) REKTOROVÁ, Irena, 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-017-1.
- 43) SALIVAROVÁ, Jarmila a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Edukace seniorů v evropském kontextu: teoretická a aplikační východiska*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 120 s. ISBN 978-80-7452-102-7.
- 44) SUCHÁ, Jitka a Eva JAROLÍMOVÁ, 2017. *Trénink paměti pro seniory: prevence Alzheimerovy choroby a dalších závažných onemocnění*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0570-6.
- 45) SUCHÁ, Jitka a Iva HOLMEROVÁ, 2019. *Praktický rádce pro život seniora: trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...* Brno: Edika. ISBN 978-80-264-2709-4.
- 46) SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 173 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-262-0335-3.
- 47) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
- 48) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
- 49) ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 83 s. ISBN 978-80-244-3653-1.
- 50) VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.
- 51) WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
- 52) ZGOLA, Jitka M, 2013. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří. ISBN 978-80-254-9338-0.
- 53) *Zpráva o stavu demence*, 2014. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-50-1.

- 54) ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: GRADA. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.
- 55) ŽUMÁROVÁ, Monika, 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. [1. vyd.]. Prešov: Pavol Šidelský - Akcent Print. ISBN 978-80-89295-43-2.
- 56) HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

Periodika:

- 57) Co dnes znamená stáří a jakou péči opravdu potřebuje? *Medical tribune*. 2017, roč. 13, č. 22, s. B5. ISSN 1214-8911.
- 58) ČELEDOVÁ, Libuše, Radek PTÁČEK, Rostislav ČEVELA a Hana PTÁČKOVÁ, 2017. Adaptace ve stáří ve vztahu ke zdravotnímu stavu a stupni závislosti a etické hodnoty při posuzování stupně závislosti. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 20, č. 2, s. 51-59. ISSN 1214-3170.
- 59) HOLMEROVÁ, Iva, 2018a. Syndrom demence v praxi. *Farmakoterapeutická revue*. Č. 5, s. 490-493. ISSN 2533-6878.
- 60) HOŠKOVÁ, Květoslava, 2012. Kognitivní aktivizace seniorů. *Florence*. 8(2), 5.-6.. ISSN 1801-464X.
- 61) JANEČKOVÁ Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, 2015a. Reminiscence v konceptech péče o starého člověka. *Sociální služby: odborný časopis*. Roč. 17, č. 3, s. 24-26. ISSN 1803-7348.
- 62) JANEČKOVÁ Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, 2015b. Využití vzpomínek v pečujících rodinách a komunitě. *Sociální služby: odborný časopis*. Roč. 17, č. 4, s. 16-19. ISSN 1803-7348.
- 63) JANEČKOVÁ Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, 2015c. Život vzpomínek v domovech—od jednotlivce ke komunitě (Reminiscenční terapie, 3. část). *Sociální služby: odborný časopis*. Roč. 17, č. 5, s. 14-16. ISSN 1803-7348.
- 64) JANEČKOVÁ Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, 2015d. Život vzpomínek v domovech - od jednotlivce ke komunitě (2. část). *Sociální služby: odborný časopis*. Roč. 17, č. 6-7, s. 36-38. ISSN 1803-7348.
- 65) KELNAROVÁ, Lenka a Jitka TOMANOVÁ, 2012. Výzkum, diagnostika a terapie Alzheimerovy nemoci. *Sestra*, 22(9), 56-57. ISSN 1210-0404.

- 66) MARKOVÁ, Kamila a Martina JEDLINSKÁ, 2013. Postoje seniorů ke stáří a význam reminiscenčních aktivit. *Florence*. Roč. 9, č. 10, s. 23-25. ISSN 1801-464X.
- 67) SEDLÁKOVÁ, Miroslava a Marcela MATÚŠŮ, 2013. Rok reminiscence. Zkušenosti terapeutek s individuální a skupinovou reminiscenční terapií. *Ošetrovatelská péče*. Č. 5-6, s. 22-23.
- 68) SIVEROVÁ, Jarmila a Radka BUŽGOVÁ, 2014. Vliv reminiscenční terapie na kvalitu života pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Roč. 5, č. 1, s. 21-28. ISSN 1804-2740.
- 69) 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.
- 70) SIVEROVÁ, Jarmila, Radka BUŽGOVÁ a Radka POLÁKOVÁ, 2016. Vliv reminiscenční terapie na depresivitu a kognitivní funkce u seniorů v dlouhodobé péči. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 5, č. 1, s. 15-18. ISSN 1805-4684.
- 71) STARÁ, Š. a Radka BUŽGOVÁ, 2012. Měření kvality života u seniorů s demencí. *Praktický lékař*. **92**(8), 460-464. ISSN 0032-6739.
- 72) STOLIČKA, Milan a Radka BUŽGOVÁ, 2014. Hodnocení kvality života u pacientů s demencí. *Geriatric a gerontologie*. **3**(4), 153-158. ISSN 1805-4684.
- 73) VAŠÍŘOVÁ, Zuzana, 2012. Poruchy paměti u seniorů. *Farmi News*, **9**(1), 24-25. ISSN 1214-5017.

Elektronické zdroje:

- 74) ARMSTRONG, Catherine, 2017. Combining reminiscence therapy with oral history to intervene in the lives of isolated older people. *Counselling Psychology Review* [online]. Vol. 32, issue 1, p. 26-32 [cit. 2018-05-10]. ISSN 0269-6975.
- 75) BEJAN, Alexander et al., 2018. Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [online]. Vol. 51, issue 1, p. 9-15 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1007/s00391-017-1347-7. ISSN 0948-6704.
- 76) COHEN-MANSFIELD, Jiska, 2018. The impact of group activities and their content on persons with dementia attending them. *Alzheimer's Research & Therapy* [online]. Vol. 10, issue 1 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1186/s13195-018-0357-z. ISSN 1758-9193.

- 77) ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Výroční zpráva za rok 2018* [online]. [8] s. [cit. 2019-10-30]. Dostupné z:
<http://www.alzheimer.cz/res/archive/005/000676.pdf?seek=1561919332>
- 78) DURU AŞİRET, Güler, 2018. Effect of reminiscence therapy on the sleep quality of the elderly living in nursing homes: A randomized clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine* [online]. Vol. 20, p. 1-5 [cit. 2018-05-11]. DOI: 10.1016/j.eujim.2018.03.007. ISSN 1876-3820.
- 79) HALLFORD, David a David MELLOR, 2013. Reminiscence-Based Therapies for Depression: Should They Be Used Only With Older Adults?. *Clinical Psychology: Science & Practice* [online]. Vol. 20, issue 4, p. 452-468 [cit. 2018-05-10]. DOI: 10.1111/cpsp.12043. ISSN 0969-5893.
- 80) HOFER, Jan, Holger BUSCH, Iva POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ a Peter TAVEL, 2017. 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. *Journal of Happiness Studies* [online]. Vol. 18, issue 2, p. 389-407 [cit. 2018-05-10]. DOI: 10.1007/s10902-016-9731-3. ISSN 1389-4978.
- 81) LAI, Claudia K. Y., Ayumi IGARASHI, Clare T. K. YU a Kenny C. W. CHIN, 2018. Does life story work improve psychosocial well-being for older adults in the community? A quasi-experimental study. *BMC Geriatrics* [online]. Vol. 18, issue 1 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1186/s12877-018-0797-0. ISSN 1471-2318.
- 82) LIN, Hsiu-ching, Ya-ping YANG, Wen-yun CHENG a Jing-jy WANG, 2018. Distinctive effects between cognitive stimulation and reminiscence therapy on cognitive function and quality of life for different types of behavioural problems in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. Vol. 32, issue 2, p. 594-602 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1111/scs.12484. ISSN 0283-9318.
- 83) MAHENDRAN, Rathi et al., 2018. Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual

- care. *Trials* [online]. Vol. 19, issue 1 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1186/s13063-018-2988-6. ISSN 1745-6215.
- 84) MELÉNDEZ-MORAL, Juan Carlos, Laura CHARCO-RUIZ, Teresa MAYORDOMO-RODRÍGUEZ a Alicia SALES-GALÁN, 2013. Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema* [online]. Vol. 25, issue 3, p. 319-323 [cit. 2018-05-10]. DOI: 10.7334/psicothema2012.253. ISSN 0214-9915.
- 85) MÜLLER, Oldřich, 2012. The significance of reminiscences in the life and support of seniors. *Journal of exceptional people*. Vol. 1, issue 1, p. 119-132. ISSN 1805-4978.
- 86) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. *Proměny věkového složení obyvatelstva ČR 2001-2050* [online]. Praha: Český statistický úřad, [cit. 2020-02-04]. Dostupné z:
https://www.czso.cz/documents/10180/92011146/13015819a.pdf/1ef6814b-50bc-47d2-a63b-4781849d9e83?version=1.2&fbclid=IwAR0VDVjy9ztH3NriA6kgmnFLV_FF4IR0qG7FsQ7_M0iYA9yS3e69yJeHhMw
- 87) SATORRES, E., P. VIGUER, F. B. FORTUNA a J. C. MELÉNDEZ, 2018. Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healthy older adults. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* [online]. Vol. 34, issue 2, p. 227-234 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1002/smi.2776. ISSN 1532-3005.
- 88) YU, Fang, Michelle A. MATHIASON, Kari JOHNSON, Joseph E. GAUGLER a Dan KLASSEN, 2019. Memory matters in dementia: Efficacy of a mobile reminiscing therapy app. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* [online]. Vol. 5, p. 644-651 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1016/j.trci.2019.09.002. ISSN 2352-8737.
- 89) ZHANG, Melvyn W. B. a Roger C.M. HO, 2017. Personalized reminiscence therapy M-health application for patients living with dementia: Innovating using open source code repository. *Technology & Health Care* [online]. Vol. 25, issue 1, p. 153-156 [cit. 2018-05-10]. DOI: 10.3233/THC-161253. ISSN 0928-7329.
- 90) ERCAN-SAHIN, Nilay a Oya NURAN EMIROGLU, 2018. Quality of life of nursing home residents before and after reminiscence therapy. *Educational Gerontology* [online]. Vol. 44, issue 2/3, p. 99-107 [cit. 2019-10-30]. DOI: 10.1080/03601277.2017.1415115. ISSN 0360-1277.

91) DURU AŞİRET, Güler a Sevgisun KAPUCU, 2015. The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* [online]. **29**(1), 31-37 [cit. 2020-03-08]. DOI: 10.1177/0891988715598233. ISSN 0891-9887.

Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891988715598233>

92) VLČKOVÁ, Kateřina, 2011. Smíšený výzkum: Jedná se o nové a závažné téma? In: *Smíšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* [online]. Masaryk University Press, s. 1-6 [cit. 2020-03-07]. DOI: 10.5817/PdF.P210-CAPV-2012-84. ISBN 9788021057746. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/vlckova.pdf>

Akademické práce:

93) KODADOVÁ, Zuzana, 2014. *Možnosti využití reminiscenční terapie při práci se seniory v Jihočeském kraji*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

94) MACHOVÁ, Kateřina, 2012. *Zavedení reminiscenční terapie v domově pro seniory Tachov, U penzionu 1711*. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta pedagogická.

95) MERUNKOVÁ, Kristýna, 2011. *Využití reminiscence v rámci aktivizace klientů v domově pro seniory*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, filozofická fakulta, katedra sociální práce.

96) VITOULOVÁ, Marie, 2010. *Metody práce se seniory s prvky reminiscence*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.


97) ŘEZÁČOVÁ, Pavlína, 2013. *Využití reminiscenční terapie v kontextu sociální práce v Domově seniorů POHODA Chválkovice*. Olomouc. Absolventská práce. VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA SOCIÁLNÍ A TEOLOGICKÁ – DORKAS Obor: Sociální a diakonická práce. Vedoucí práce Bc. Lubomír Vraj.

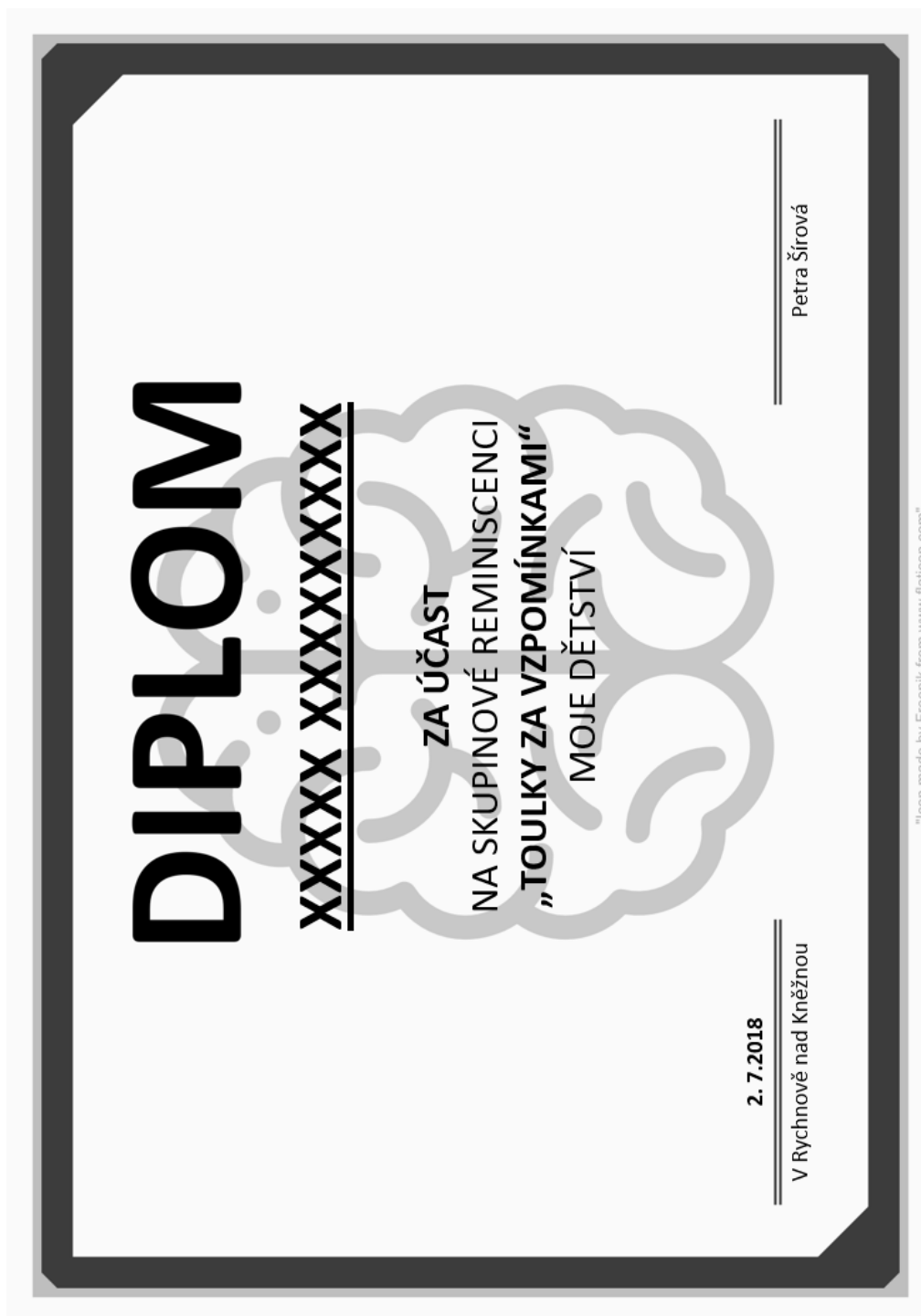
98) BLAŽÍČKOVÁ, Jana, 2012. *Využití reminiscenční terapie při práci se seniory*. Brno. Diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA, PEDAGOGICKÁ FAKULTA, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Lenka Slepíčková Ph.D.

7 PŘÍLOHY


Příloha 1: MMSE dotazník	112
Příloha 2: Diplom.....	113
Příloha 3: Pozvánka	114
Příloha 4: Dotazník pro zaměstnance	115
Příloha 5: Pre-reminiscenční dotazník pro klienty	116
Příloha 6: Post-reminiscenční dotazník pro rodiny.....	117
Příloha 7: Reminiscenční záznam.....	118
Příloha 8 Žádost o spolupráci při sběru osobních věcí	120
Příloha 9 Informovaný souhlas	121
Příloha 10 Chodba stacionář, 2. patro.....	122
Příloha 11 Společenská místnost stacionáře, 2. patro	122
Příloha 12 Společenská místnost stacionáře, 1. patro	123
Příloha 13 Metodický pokyn.....	125
Příloha 14 Test hodin u klienta bez kognitivního deficitu.....	126
Příloha 15 Test hodin u klienta s těžkou demencí	127
Příloha 16 Reminiscenční kavárna	128

PŘÍLOHA Č. 3: – MINI MENTAL STATE EXAMINATION – MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)	
Oblast hodnocení:	Max. skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí? (pokojí?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2.)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému tříступňový příkaz: „ Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s napsísem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl. Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 3 1 1 1
	
Hodnocení: 00–10 bodů těžká kognitivní porucha 11–20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21–23 bodů lehká kognitivní porucha 24–30 bodů pásmo normálu	



Zdroj: vlastní



TOULKY ZA VZPOMÍNKAMI MOJE ZÁLIBY

5. 7. 2018
13:00

5. 7. 2018
13:00

Budeme společně vzpomínat na Vaše záliby či koníčky, kterým jste se v minulosti s radostí věnovali (vaření, pletení, četba, zahrádkaření, sběratelství atd.).

Sejdeme se v malé skupině, zhruba šesti lidí. Je důležité, aby se všichni dostali ke slovu (všichni ti, kteří o to mají zájem). Každý má možnost kdykoliv odejít, případně skupinu opustit. Každý má možnost a právo mlčet nechce-li se vyjadřovat k tématu. Naše společné vzpomínání je dobrovolné, je pouze na Vás, které vzpomínky budete chtít sdělit okolí a které nikoliv.

Děkuji Vám tímto za účast a těším se na naše společné setkání!

Další informace: PETRA ŠÍROVÁ (Sesterna, 2. P)

Icon made by Smashicons from www.flaticon.com

Zdroj: vlastní

DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE

VYUŽITÍ REMISENCE U SENIORŮ

Milí kolegyně a kolegové,

jmenuji se Petra Šírová a pracuji zde ve Farní charitě, jako všeobecná sestra. Studuji dálkově na Univerzitě Pardubice, obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech a píši diplomovou práci na téma „ Využití remiseence u seniorů“ .

Tímto Vás žádám o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Níže uvedené otázky poslouží k tomu, abych zjistila, do jaké míry máte zájem o zavedení remiseence do pravidelného programu v našem zařízení.

Tento dotazník je zcela anonymní a bude využit pouze pro studijní účely.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu při vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Petra Šírová, DiS.

1) Jaké aktivizační činnosti provádíte v tomto zařízení?

.....

2) Jak často provádíte aktivizační činnosti Vašim klientům?

- a) Jednou týdně
- b) Dvakrát až třikrát týdně
- c) Každý den
- d) Vyjimečně

3) Obrací se na Vás klienti (senioři) často se svými vzpomínkami a příběhy?

- a) Ano
- b) Ano, velká část klientů
- c) Ano, někteří klienti
- d) Ne

4) Vzpomínáte s klienty?

- a) Ano, snažím se co nejvíce
- b) Ano, když mi to čas umožní
- c) Ne, nemám zájem
- d) Ne, z důvodu pracovních povinností

5) Na co klienti nejčastěji vzpomínají?

.....

6) Myslíte si, že má vzpomínání pozitivní vliv na klienty?

- a) Ano, proč:
- b) Ne

7) Slyšel/a jste někdy pojem „remiseence“?

- a) Ano, kde:
- b) Ne

8) Měl/a byste zájem o zavedení remiseence, tedy terapie vzpomínáním do pravidelného programu aktivizačních činností klientů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9) Pro zájemce o remiseenci jsou pořádány kurzy, měl/a byste zájem se tohoto kurzu zúčastnit?

- a) Ano
- b) Ne

10) Měl/a byste zájem sám/sama vést remiseenční sezení?

- a) Ano
- b) Ne, proč:

11) Remiseence může probíhat skupinově či individuálně. Jaká forma je podle Vás vhodnější? Uveďte důvod.

- a) Skupinová, proč:
- b) Individuální, proč:

12) Domníváte se, že by klienti měli zájem o remiseenční terapii?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13) Jaká místnost je podle Vás zde v tomto zařízení nejvhodnější pro remiseenci?

.....

14) Myslíte si, že by vedení tohoto zařízení poskytl podmínky pro realizační remiseenční terapie (prostory, čas, pomůcky atd.)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15) Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

16) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Odborné učiliště
- c) Úplně střední
- d) Vyšší
- e) Vysokoškolské

17) Pracovní pozice:

- a) Všeobecná sestra
- b) Pracovník v sociálních službách
- c) Sociální pracovník
- d) Aktivizační pracovník
- e) Jméno:

DOTAZNÍK PRO KLIENY

VYUŽITÍ REMISNENCE U SENIORŮ

Výběr klientů pro remisnenci

Onemocnění, která klient má:

.....

Hodnocení kognitivních funkcí:

Minimální test:

- a) 0 – 10 bodů: těžká kognitivní porucha
- b) 11 – 20 bodů: středně těžká kognitivní porucha
- c) 21 – 23 bodů: lehká kognitivní porucha
- d) 24 – 30 bodů: žádná kognitivní porucha

Test hodin

.....

1) Vzpomínáte rád/a?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Podle okolností
- d) Záleží na tématu

2) Na jaké období vzpomínáte nejraději?

.....

3) Je nějaké období, na které nerad/a vzpomínáte?

- a) Ano, jaké:
- b) Ne

4) Jste spokojen/a s aktivizačními činnostmi v našem zařízení?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, proč:

Zdroj: vlastní

5) Přál/a byste si aby byla do tohoto zařízení zavedena nějaká nová aktivizační činnost?

- a) Ano, jaká:
- b) Ne

6) Ve které části našeho zařízení se cítíte nejlépe?

- a) Společenská místnost
- b) Jídelna
- c) Pokoj klienta
- d) Multifunkční dílna
- e) Zahrada

7) Je pro Vás obtížné svěřovat své vzpomínky před ostatními lidmi, ve skupině?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

8) Uvítal/a byste raději terapii vzpomínáním, která bude pouze mezi Vámi a pracovníkem?

- a) Ano, proč:
- b) Ne

9) Při terapii vzpomínáním lze využívat různé tvůrčí činnosti (např. tvorba koláží, rodokmenů, časové osy, vzpomínkových krabic atd.), měl/a byste zájem tyto činnosti využít?

- a) Ano, jakou:
- b) Ne

10) Při terapii lze využít Vaše osobní předměty, např. fotografie či jiné další věci, které Vám v minulosti patřily. Měl/a byste zájem tyto předměty využít?

- a) Ano, jaké:
- b) Ne

11) Při terapii vzpomínáním lze využít i další aktivity, jako např. poslech hudby, čtení, zpěv, povídání atd. Měl/a byste zájem tyto aktivity využít?

- a) Ano, jaké:
- b) Ne

12) Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

13) Věk:

POSTREMISCENČNÍ DOTAZNÍK PRO RODINY KLIENTŮ

VYUŽITÍ REMISCENCE U SENIORŮ

Dobrý den,

Váš rodinný příslušník se zúčastnil remiscenčních setkání, buď ve formě individuální či skupinové. Klient si rozhodl sám, na základě krátkého dotazníku, o jakou formu remiscence má zájem.

Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který mi poskytne zpětnou vazbu. Můžete zde zhodnotit, zda považujete provedenou remiscenci u klienta za efektivní či nikoliv. Budu ráda za jakékoliv připomínky, názory či nápady k této aktivitě.

Dotazník je zcela anonymní a bude využit pro studijní účely. Prosím o zakroužkování vždy jen jedné odpovědi.

Děkuji Vám za Váš čas při vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Petra Šírová, DiS.

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

6) Pozorujete u svého rodinného příslušníka pozitivní změny po absolvování remiscenčních setkání?

- a) Ano, jaké:
- b) Ne
- c) Nevím

7) Považujete remiscenční terapii za důležitou součást poskytované péče u nás?

- a) Ano
- b) Ne

8) Máte nějaké další dotazy či připomínky? Prosím napište.
.....

1) Vyrobil/a jste svému rodinnému příslušníkovi nějaký vzpomínkový materiál?

- a) Ano, jaký:
- b) Ne

2) Přinesl/a jste svému rodinnému příslušníkovi jeho osobní věci z minulosti, např. fotografie?

- a) Ano, jaké:
- b) Ne

3) Považujete remiscenční terapii za přínosnou?

- a) Ano
- b) Ne, proč:

4) Měl/a byste zájem o zavedení remiscenční terapie do pravidelného programu aktivit?

- a) Ano
- b) Ne, proč:

5) Měl/a byste zájem se zúčastnit remiscenčního sezení? Pokud ano, jakého? (nehodící se škrtněte)

- a) Ano SKUPINOVÉHO INDIVIDUÁLNÍHO
- b) Ne

Zdroj: vlastní

REMINISCENČNÍ ZÁZNAM

Setkání č.:

Typ reminiscence:

Téma:

Délka trvání:

Počet účastníků:

Pomůcky:

Datum:

Vedl:

HODNOCENÍ

Účastníci (iniciály):								
	✓ x							
Pasivita								
Nezájem								
Agresivita								
Radost								
Smích								
Stud								
Úzkost								
Hněv								
Pláč								
Nervozita								
Sebestřednost								

Účastníci (iniciály):								
	✓ x							
Expresa převážně negativních vzpomínek								
Expresa převážně pozitivních vzpomínek								
Nemožnost vyjádřit se								
Odbíhání od tématu								
Skákání do řeči ostatním účastníkům								
Opovrhování ostatními členy skupiny								
Fyzický neklid (časté odbíhání na wc...)								

Účastníci (iniciály):								
	1-4							
Ochota zúčastnit se setkání								
Pozornost								
Spontánnost								
Smysluplnost vyjadřování								
Angažovanost								

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

Jiné doprovodné znaky:

Poznámky:

(Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

ŽÁDOST O SPOLUPRÁCI

rodin při sběru osobních věcí klientů

Klient, poskytl souhlas s účastí ve výzkumu v rámci diplomové práce na téma „Využití reminiscence u seniorů“.

Tímto Vás žádám o spolupráci, tím že donesete jakékoliv „staré“ věci, předměty související s klientem.

Tyto předměty budou pak využity při reminiscenci, podpoří a zefektivní tak její průběh. Veškeré věci či předměty Vám budou po skončení výzkumu vráceny. Budu ráda za donesení čehokoliv, co souvisí s minulostí klienta.

Příklady předmětů (věci vztahující se k šesti tématům reminiscenčních setkání):

- 1) Moje dětství – veškeré věci z dětství, hračky, fotografie, rodokmen, památník...
- 2) Moje záliby – kuchařka, nádobí, jehlice na pletení, oblíbené knihy, fotografie...
- 3) Významné dny (Vánoce, MDŽ, Velikonoce, svátek práce) – fotografie...
- 4) Svatební den – boty, šaty, svatební fotografie, ozdoby, svatební gratulace, oddací list, svatební oznámení...
- 5) Moje škola – vysvědčení, sešity, učebnice, knihy, pastelky, tužky, pravítka, taška...
- 6) Moje zaměstnání – pracovní smlouva, uniforma, fotografie, různé předměty související s danou profesí, např. šroubovák, vařečka, hrnec...

Děkuji Vám tímto za spolupráci a hlavně za ochotu!

Bc. Petra Šírová, DiS.

Zdroj: vlastní

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Dobrý den,

jmenuji se Petra Šírová a studuji dálkově magisterský obor ošetrovatelství na Univerzitě Pardubice.

Obracím se na Vás s prosbou o účast v malém výzkumu v rámci diplomové práce, kterou píšete na téma „Využití reminiscence u seniorů“.

Vaše účast na výzkumu bude dobrovolná a Vaše identita zůstane v plně anonymitě. Z výzkumu máte možnost kdykoliv odstoupit.

Vaše spolupráce spočívá v účasti na reminiscenčních setkáních, která se budou týkat určitých témat, např. rodina, Vánoce, místo odkud pocházím atd. Přesné znění témat Vám bude vždy dopředu upřesněno.

Budete mít možnost, na základě krátkého dotazníku, se rozhodnout, o jakou formu reminiscence máte zájem, zda o skupinovou či individuální. Dále si budete moci zvolit, zda je nějaká nepříjemná událost, na kterou byste nerad/a vzpomínal/a. Budete zde moci projevit přání či jiné preference.

Reminiscence = vzpomínání, rozhovor se starším člověkem nebo skupinou seniorů o jejich dosavadním životě, prožitých událostech a zkušenostech s využitím různých pomůcek (fotografie, staré předměty, nástroje atd.) spojených s jejich minulostí. (JANEČKOVÁ Hana, VACKOVÁ Marie, 2010 s. 21-22)

Děkuji Vám za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Petra Šírová, DiS.

Klient souhlasí s účastí na výzkumu k diplomové práci na téma „Využití reminiscence u seniorů“.

Dávám své svolení výzkumníci, aby informace, které získá, použila za účelem sepsání diplomové práce, prezentaci anonymizovaných dat v dalších výstupech (konference, články).

Datum..... Podpis.....

Konec dokumentu ■

Příloha 10 Chodba stacionář, 2. patro

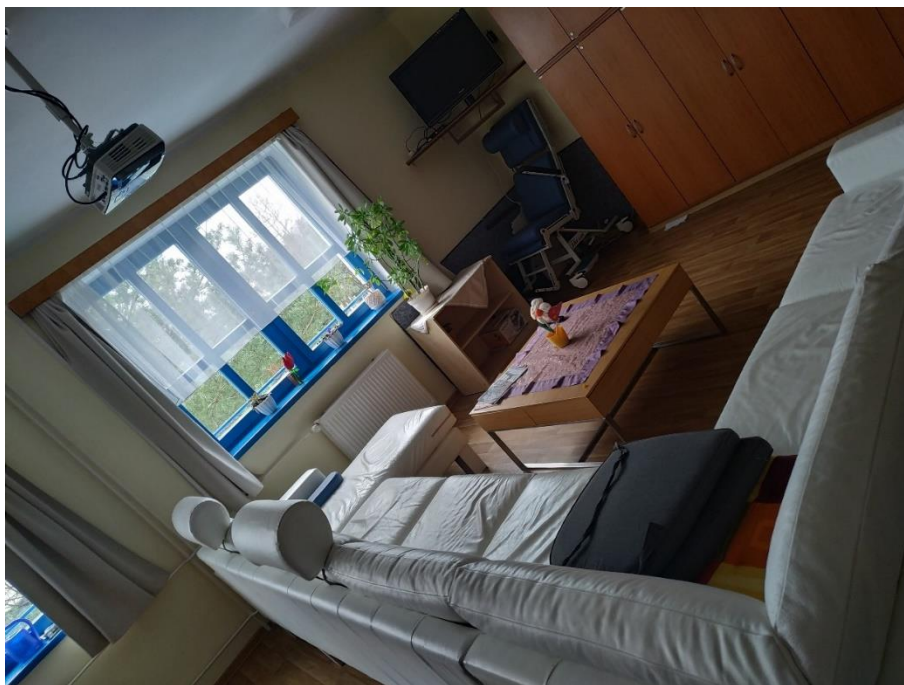


Zdroj: vlastní

Příloha 11 Společenská místnost stacionáře, 2. patro



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

METODICKÝ POKYN Č. 8

Název: Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti – Reminiscenční terapie

Číslo předpisu:	Metodický pokyn (MP 8 OS, TS, DS)		
Platnost od:	2. 3. 2020		
Zpracoval:	Bc. Petra Šírová, DiS.	Dne:	10. 2. 2020
Schválil:	Mgr. Ondřej Barabáš	Dne:	17. 2. 2020
		Podpis:	
		Podpis:	

CHARAKTERISTIKA

Reminiscenci lze vysvětlit, jako terapii vzpomínkami. Jedná se u účelovou aktivitu během, které si povídá terapeut (sestra, aktivizační pracovník, pracovník v přímé péči) se seniorem o jeho dosavadním životě. Při reminiscenci jsou využívány různé předměty a pomůcky z minulosti seniory, např. fotografie.

Základním terapeutickým prvkem reminiscence je vyprávění si příjemných vzpomínek z dětství a mládí, navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti a potěšení a kognitivní stimulace. Vyvolání příjemných vzpomínek má pozitivní vliv na celkové zdraví člověka, především na jeho psychický stav.

Reminiscence může probíhat *individuálně*, kdy je věnována pozornost pouze jednomu klientovi. Většinou individuální reminiscence probíhá na pokojí a je vhodná pro klienty, kteří jsou úzkostliví, oslýchaví a čti; jim potíže mluvit o své minulosti před ostatními lidmi.

Skupinová reminiscence probíhá ve skupině, napomáhá sblížit klienty. Tato forma je vhodná pro klienty, kteří jsou otevřenější a rádi se podělí o své vzpomínky s dalšími seniory. Klienti si zde mohou vyměnit své názory a zkušenosti. Skupinová reminiscence by měla probíhat v místnosti pro ni určenou či vhodnou.

Dále můžeme reminiscenci rozdělit na *obecnou a specifickou*. Obecná reminiscence bývá dopředu naplánována a využívá se při ní celá řada vzpomínkových předmětů, které se snadno získávají. Při specifické reminiscenci je využíváno konkrétních předmětů, které souvisí s minulostí daného klienta.

Reminiscence může mít podobu *formální a neformální*. Formální je dopředu naplánována, má určitý cíl a počet účastníků je omezený. Neformální reminiscence probíhá sponádně, neplánovaně. Atmosféra je uvolněná, zábavní. Do této reminiscence se může kdokoli zapojit.

Základním principem reminiscence je, že bychom měli na každého klienta nahlížet, jako na individualitu, jedinečnou a neopakovatelnou osobnost. Reminiscence umožňuje vidět člověka v celistvosti, úplnosti. Průběh reminiscence by měl být vždy v souladu s možnostmi klienta, jednotlivé činnosti při reminiscenci by měly být přizpůsobeny konkrétním vzpomínkám, aby se probíhající aktivity dočkali konkrétní osoby a měli pro ne nějaký smysl. Je důležité zvažet, zda je vzpomínání pro klienta vůbec vhodné, zda nebude mít negativní dopad. Dále by mělo být respektováno soukromí klienta, klient by nikdy neměl být nucen k reminiscenčním aktivitám.

Zdroj: vlastní

CÍLE

Základním cílem reminiscence je vyplnění volného času seniory, sociální začlenění, kognitivní simulace, navození důstojnosti, posílení sebevědomí a sebevyjádření. Dále reminiscence napomáhá posilovat lidskou důstojnost, rozvíjet aktivní přístup k životu a zlepšit vztah mezi klienty a personálem.

CÍLOVÁ SKUPINA

Reminiscence je vhodná pro všechny seniory, ale zvláště vhodná je pro klienty s demencí.

PŘÍPRAVA A PRŮBĚH REMINISCENCE

Formální reminiscence probíhá dvakrát týdně, vždy v pondělí a ve čtvrtek od 13:00 do 14:00. Časy jsou orientační, řídí se aktuální situací v zařízení. Neformální reminiscence je uskutečňována kdykoliv během týdne dle možností a situace v zařízení. Reminiscenci se věnuje *vyskořelený personál* (všeobecná sestra, aktivizační pracovník, pracovník v přímé péči) kdykoliv během týdne, dle časových možností personálu a klientů.

Klienti jsou vždy před začátkem reminiscence osloveni, zda se chtějí zúčastnit reminiscence či nikoliv. Pro skupinovou reminiscenci je vybíráno 6–8 klientů. Skupinová reminiscence probíhá většinou ve *společenské místnosti* v 1. či v 2. patře zařízení. V případě příznivého počasí je alternativou zahrada.

Klienti jsou vždy před začátkem reminiscence osloveni, zda se chtějí zúčastnit reminiscence či nikoliv. Pro skupinovou reminiscenci je vybíráno 6–8 klientů. Skupinová reminiscence probíhá většinou ve *společenské místnosti* v 1. či v 2. patře zařízení. V případě příznivého počasí je alternativou zahrada.

Klienti jsou usazeni, většinou kolem stolu, aby na sebe všichni dobře viděli. Při reminiscenci je využívána celá škála předmětů z minulosti klientů, jedná se např. o fotografie či osobní věci související s jejich minulostí.

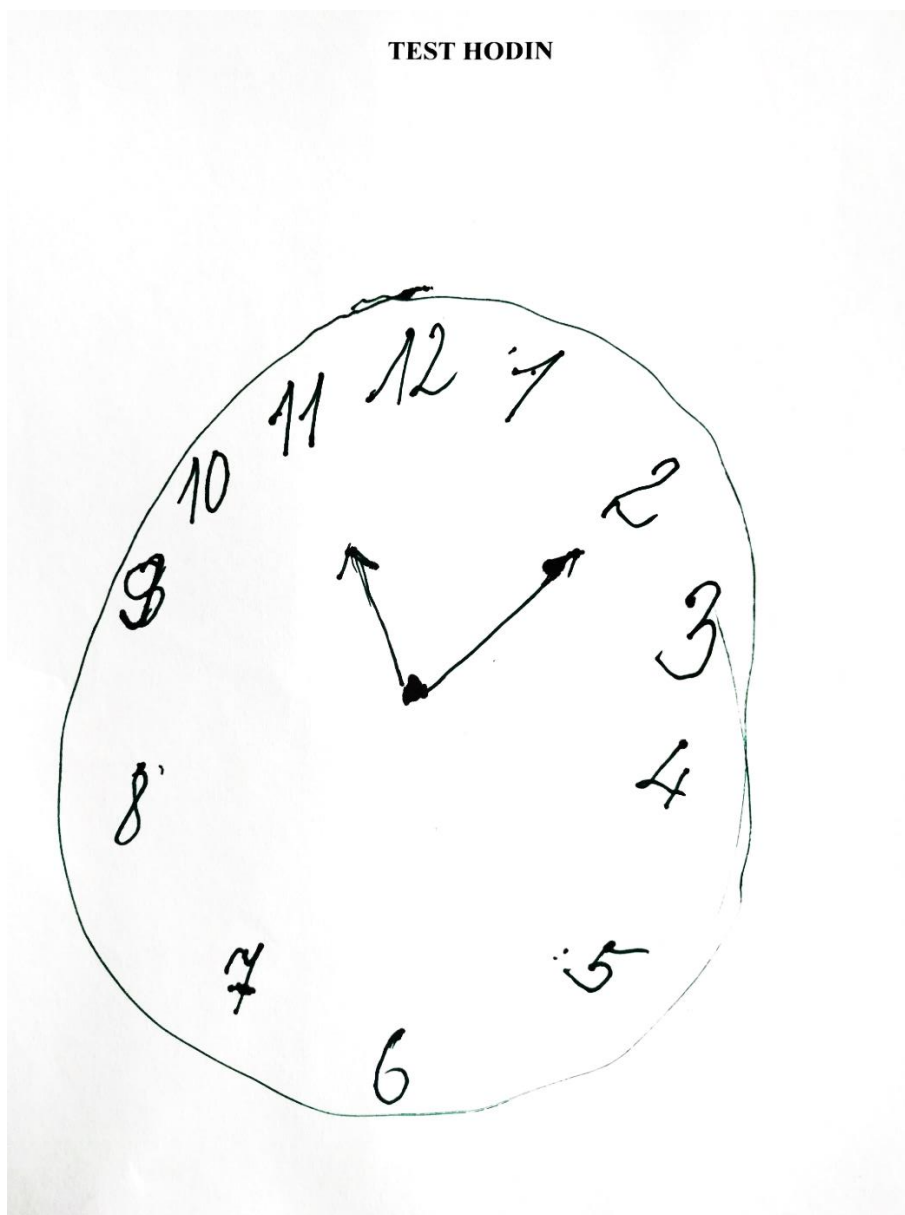
Pro reminiscenci jsou volena různá témata, ta by měla připomínat např. různá stádia životního cyklu, významné životní i společenské události, svátky či slavnosti. Okruh témat se může průběžně měnit a připravovat spolu s účastníky.

Při reminiscenci lze využít různé činnosti (stříhání, molání, vaření, vykrajovalí, psaní atd.) či zapojit celé tělo (při práci, cvičení, sportu, tanci či hrani rolí), lze zpívat, hrát na nástroj, poslouchat hudbu atd. Dále mohou vzniknout různé výtvary, např. knihy života, koláže, časové osy, vzpomínkové krabice atd.

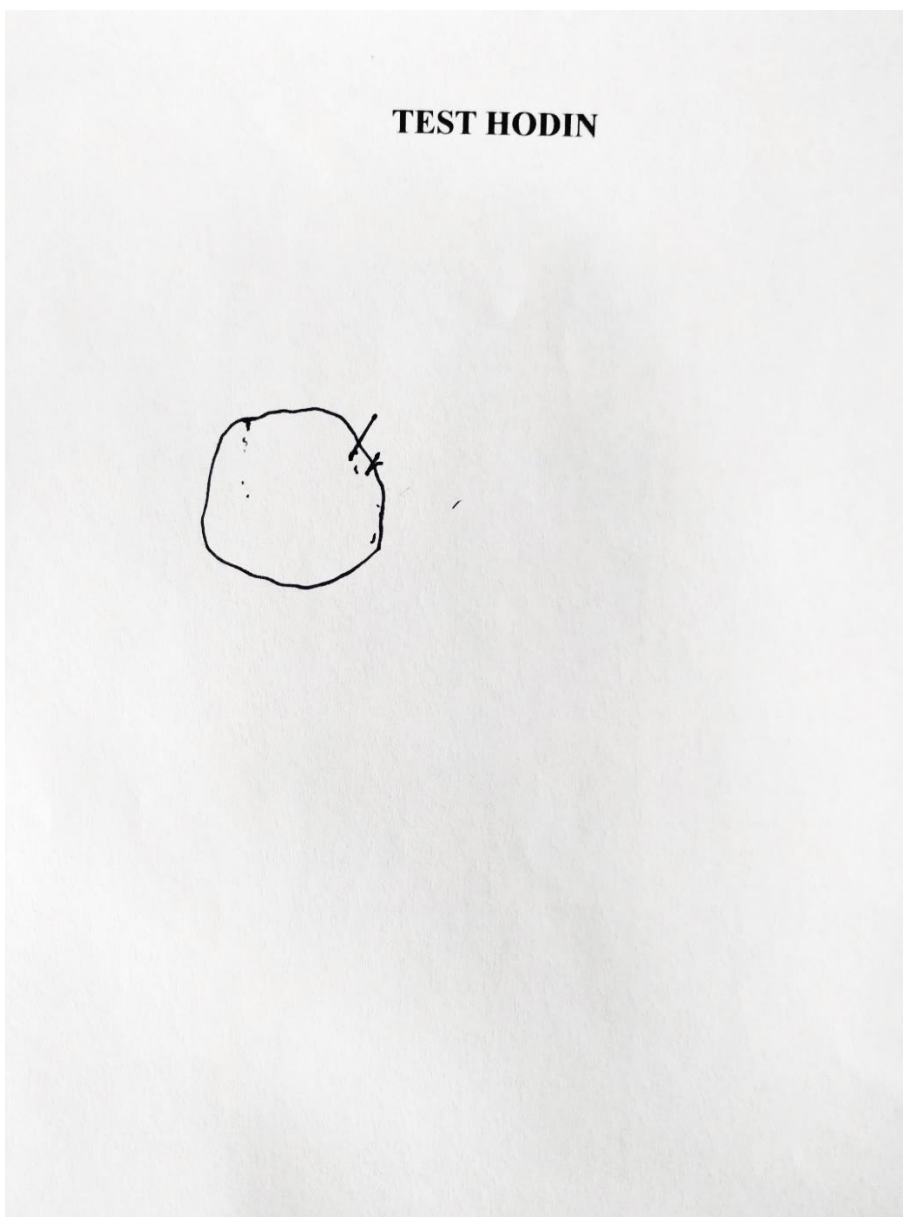
Délka reminiscence je 60 minut, ale čas je pouze orientační, délka tváří reminiscence se odvíjí od aktuální situace ve skupině.

Bc. Petra Šírová, DiS.

10. 2. 2020



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Příloha 16 Reminiscenční kavárna



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní