

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2021 – 2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Veronika Ihnašková

Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE
BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2021 – 2022

BACHELOR THESIS

Veronika Ihnašková

The use of reminiscence therapy in seniors with dementia

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 22. 2. 2022

Veronika Ihnašková

Motto:

*„Vzpomínka je jediný ráj,
z něhož nás nikdo nemůže vyhnat.“*

lidová moudrost (In: Špatenková, Bolomská, 2011, s. 9)

Poděkování

Mé poděkování patří paní Mgr. Martině Karkošové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, podněty k zamyšlení, vstřícný a profesionální přístup.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí. V teoretické části jsou definovány základní pojmy jako stáří a stárnutí, druhy demence, Alzheimerova choroba a reminiscenční terapie. Praktická část na základě smíšené výzkumné strategie, realizované za pomoci případové studie (pozorování, interview a analýzy dokumentů), popisuje možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Objasňuje nejčastější komplikace, rozdíly a porovnává zkušenosti pečujících osob při využívání reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení.

Klíčová slova

Alzheimer, demence, involuční změny, kvalitativní výzkum, reminiscence, reminiscenční terapie, senior, stáří.

Annotation

The bachelor thesis deals with the topic of the use of reminiscence therapy in seniors with dementia. The theoretical part defines basic terms such as old age and aging, types of dementia, Alzheimer's disease and reminiscence therapy. The practical part, based on a mixed research strategy, implemented with the help of a case study (observation, interview and analysis of documents), describes the possibilities of using reminiscence therapy in seniors with dementia in the home environment. It clarifies the most common complications, differences and compares the experience of carers in the use of reminiscence therapy in seniors with dementia in the home environment and in a residential facility.

Key words

Alzheimer, dementia, involution changes, old age, qualitative research, reminiscence, reminiscence therapy, senior.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	12
1.1 Druhy stáří	13
1.1.1 Kalendářní (chronologické) stáří	13
1.1.2 Biologické stáří	14
1.1.3 Sociální stáří.....	14
1.1.4 Psychické stáří.....	15
1.2 Involuční změny ve stáří	16
1.3 Psychické změny ve stáří	17
2 DEMENCE	19
2.1 Druhy demence	21
2.1.1 Primárně degenerativní demence	21
2.1.2 Sekundární (symptomatické) a smíšené demence.....	22
2.2 Alzheimerova choroba	23
2.3 Projevy a průběh demence	24
3 REMINISCENČNÍ TERAPIE	26
3.1 Přístupy k reminiscenci.....	27
3.1.1 Narativní přístup	27
3.1.2 Reflektující přístup.....	28
3.1.3 Expresivní přístup	28
3.1.4 Informační (bibliografický) přístup	29
3.2 Formy reminiscence.....	29
3.3 Práce se vzpomínkami	30
3.4 Pomůcky v reminiscenční terapii.....	31
3.5 Reminiscenční metody.....	32
3.6 Reminiscenční aktivity	33
3.7 Osobnost reminiscenčního terapeuta	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 CÍL PRÁCE.....	35
4.1 Výzkumný problém	35

4.2	Výzkumné cíle	36
4.3	Výzkumné otázky	36
5	METODOLOGIE VÝZKUMU	38
5.1	Smíšená výzkumná strategie.....	38
5.2	Kvalitativní výzkum	38
5.3	Kvantitativní výzkum	43
5.4	Popis a výběr výzkumného vzorku	44
6	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	46
6.1	Případová studie č. 1	46
6.2	Případová studie č. 2	47
6.3	Případová studie č. 3	48
6.4	Případová studie č. 4	49
6.5	Případová studie č. 5	50
6.6	Interview s pečující osobou	50
7	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....	55
7.1	Vyhodnocení pozorování a interview	56
7.2	Vyhodnocení a porovnání interview a dotazníků	57
8	DISKUZE	60
	ZÁVĚR	62
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	65
	SEZNAM ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Když se řekne slovo vzpomínky, každému se vybaví něco jiného. Příjemné a i ty bolestné nás provázejí po celý život. Někdy dokáží překvapit a vrátit nás i o několik desítek let zpět a prožít tyto chvíle znovu, zlepšit náladu nebo být nápomocné k vyřešení starých sporů. Pomáhají nám uvědomit si cenu života a zlepšit tak náš pohled na sebe samé. Předávání a sdílení vzpomínek, zkušeností nebo zážitků mladší generaci, navrácí seniorům motivaci a dává jim další smysl jejich života, který někteří s odchodem do penze ztrácejí.

Česká populace stárne. Společnost klade důraz na zkvalitnění a obohacení života ve stáří. Domácí péče o seniory začíná být upřednostňována před umístěním v pobytovém sociálním zařízení. Většina rodin se zpočátku snaží péči o seniora vyřešit vlastními silami, za pomoci rodiny, případně za využití odlehčovacích služeb. Reminiscenční terapii lze praktikovat i v domácím prostředí a tato forma práce se vzpomínkami může být jednou z cest, která povede ke zlepšení kvality života seniorů. Z těchto důvodů by bylo zajímavé zjistit i případné rozdíly při využití reminiscenční terapie v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. Přínosem mohou být navržená optimální řešení pro využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí.

Bakalářská práce se zabývá tématem Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí. Jejím cílem je popsat možnosti a odhalit nejčastější komplikace při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Určit rozdíly a porovnat zkušenosti při využívání reminiscenční terapie v domácím prostředí a v pobytovém sociálním zařízení. Výstupem je analýza zjištěných informací a návrh případných doporučení ke změně. Je důležité poznat a popsat i problémy, se kterými se pečující osoby při využití reminiscenční terapie setkávají a najít cestu, jak je eliminovat a zároveň se podělit a motivovat úspěchy při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí i v domácím prostředí.

V teoretické části budou definovány základní pojmy jako stáří a stárnutí, demence a její druhy, zvláště pak Alzheimerova choroba a reminiscenční terapie. Představeny principy a formy reminiscence, práce se vzpomínkami, využití pomůcek a poslední podkapitola bude zaměřena na osobnost člověka, který vykonává reminiscenční terapii. Práce bude vycházet z odborné literatury a příslušných právních předpisů.

V praktické části bude provedeno smíšené výzkumné šetření s cílem nalézt odpovědi na tři hlavní výzkumné cíle. Popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Objasnit nejčastější komplikace, rozdíly a porovnat zkušenosti pečujících osob při využívání reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. K získání potřebných dat byla zvolena případová studie a řízené rozhovory s osobami pečující o seniory s demencí. Výzkumný vzorek tvoří osoby pečující o seniory s demencí v domácím prostředí a osoby pečující o seniory s demencí ve vybraných pobytových zařízeních, aby bylo možné data porovnat a v závěru práce je vyhodnotit.

TEORETICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce jsou vymezeny základní pojmy týkající se využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí. Jedná se o stáří a stárnutí, demenci a její druhy. Větší pozornost je věnována Alzheimerově chorobě, která bývá nejčastější příčinou demence.

Poslední kapitola se pak věnuje samotné reminiscenční terapii, principům a formám reminiscence, práci se vzpomínkami, reminiscenčním pomůckám včetně představení vybraných reminiscenčních metod a aktivit. Osobnost člověka, který vykonává reminiscenční terapii, je blíže popsána v poslední podkapitole.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Vymezení pojmů stáří a stárnutí existuje několik desítek či stovek, avšak žádná definice není absolutní a definitivní. Pojem stárnutí je možno obecně definovat jako přirozený celoživotní fyziologický jev, během kterého dochází ke změnám v organismu, jak ve struktuře, tak i v jeho fungování. Organismus se tak stává zranitelným, dochází k poklesu schopností i výkonnosti. Tento involuční proces je nevratný, zanechává trvalé stopy a projevy stáří nastávají u každého jedince stejného kalendářního věku rozdílně. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202 – 204)

Během stárnutí se postupně zhoršují všechny tělesné funkce. Tento proces není synchronní, ale jednotlivé funkce organismu stárnou nerovnoměrně – individuálně. Jak uvádí Mühlpachr (2009, s. 18 – 20) stárnutí ovlivňuje mnoho faktorů – genetické vlivy, zdravotní stav, způsob dosavadního života, kvalita života jedince, komunikace a kvalita mezilidských vztahů, úroveň vzdělání, ale také vliv vnějšího prostředí. Involuční projevy se stávají více viditelnými zhruba na přelomu čtvrtého a pátého decennia. Dochází také k polymorbiditě¹. Projevy stárnutí a stáří se nemusí objevit u každého jedince, někteří si mohou zachovat fyzickou zdatnost a duševní čilost až do konce svého života. U jiných jedinců se naopak mohou projevit předčasně, než ukazuje jeho kalendářní věk. Stáří je

¹ pojem „polymorbidita“ Vágnerová (2000, s. 489) vysvětluje jako kumulaci různých chorob. Dle Haškovcové (2012, s. 137) je „*polymorbidita vícečtná chorobnost. Seniora prostě postihuje více chorob najednou nebo jedna akutní způsobí, že se ke slovu přihlásí i ty spící. Někteří senioři si ve svých nemocech libují, rádi navštěvují celou řadu lékařů a pěstují dokonce samoléčbu, která má řadu úskalí. Někteří senioři naopak příznaky nebo dokonce i nemoci podceňují, až bagatelizují.*“

také spojeno a provázeno řadou významných sociálních změn, ke kterým patří odchod do důchodu, odchod a osamostatnění dětí, přebytek volného času, změna sociálních rolí a řada dalších změn.

Dle Vágnerové (2000, s. 489) má stáří z pohledu celého života určitý smysl a jako hlavní cíl si klade dosáhnout integrity v chápání vlastního života. Ta se odvíjí od zvládnutí jednotlivých úkolů v přechozích vývojových stádiích. Staří lidé jsou navraceni do minulosti, uchylují se k bilancování a hodnocení. Ve stáří je nutno se vyrovnat se novými úkoly i zkušenostmi, které ho provází.

1.1 Druhy stáří

Kdy nastává stáří? Názory jsou nejednotné, stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh ovlivňuje mnoho faktorů. Dle Kozákové a Müllera (2006, s. 8 – 9) věk patří mezi jednu ze základních charakteristik člověka, i když každý stárne jinak, z chronologického pohledu stárneme všichni stejně. Stáří vymezují z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického.

1.1.1 Kalendářní (chronologické) stáří

Kalendářní stáří nastává dosažením určitého (stanoveného) věku, kdy se obvykle již viditelně projevují involuční změny. Jeho nepochybnou výhodou je jednoznačnost.

„V 60. letech minulého století stanovila komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) jako hranici stáří věk 60 let. WHO pracuje s patnáctiletými cykly a s následující klasifikací:

- **rané stáří (60 – 74 let)** = starší, stárnoucí člověk, vyšší věk,
- **vlastní stáří (75 – 89 let)** = pokročilé pravé stáří, senium,
- **dlouhověkost (90 let a více)**. “ (Kozáková, Müller, 2006, s. 9)

Vzhledem ke stárnutí populace, prodlužování života ve stáří a vyšší úrovni lékařské péče se v hospodářsky vyspělých zemích zvyšuje hranice stáří k věku 65 let a stále častěji se využívá následující dělení:

- **mladší stáří (young old), 65 – 74 let** (problematika odchodu do penze, přebytek volného času – prioritou se stává rozvoj seberealizace a aktivit),
- **staří senioři (old-old), 75 – 84 let** (změna fyzické a psychické zdatnosti, choroby),

- **velmi staří senioři (very old), 85 let a více** (nutno sledovat soběstačnost i finanční),
- **dlouhověkost, nad 90 let** (někdy nad 85 let). (Mühlpachr, 2009, s. 21)

„Neexistuje jediné spolehlivé měřítko stárnutí – většina gerontologů z praktických důvodů označuje za počátek stáří věk 60 – 65 let. V tomto věku je již dobře patrné oslabení celé řady fyzických a psychických procesů, i když skutečný počátek tohoto zhoršování můžeme zpravidla objevit již v mladší dospělosti.“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 43)

1.1.2 Biologické stáří

Stuart-Hamilton (1999, s. 22) použil výraz „biologický věk“, který vystihuje objektivní stav fyzického (tělesného) vývoje či degenerace. Obecně je pak tento pojem spojován k vyjádření celkového stavu lidského těla. Jako přesnější pak uvádí tato označení:

- **anatomický věk** (obecný pojem = stav kosterní soustavy, tělesné stavby ...)
- **karpální věk** (= stav zápěstních /karpálních/ kůstek)
- **fyziologický věk** (= stav fyziologických procesů v těle, např. rychlost metabolismu).

Dle Mühlpachra (2004, s. 19) je biologické stáří teoretické označení přesné míry involučních změn jako je atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů. *„Lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a svým zdravotním stavem. Příčiny stárnutí nejsou uspokojivě vysvětleny.“* Stanovení biologického stáří, které by bylo lépe specifikované než kalendářní stáří bylo neúspěšné a tak se označení biologické stáří nevyužívá.

1.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří je spojováno s významnými sociálními událostmi, které ke stárnutí patří. Nejzásadnější sociální změnou je odchod ze zaměstnání do důchodu, tzv. penzionování², dále pak změna společenské situace a postavení, životní role, ekonomického zabezpečení, způsobu života a životního stylu. (Müllpachr, 2009, s. 19 – 20)

² Penzionování je dle Mühlpachra (2004, s. 19) dosažení věku, kdy vzniká nárok na odchod do starobního důchodu.

Mezi nejnáročnější a velice obtížnou sociální změnu pak Mlýnková považuje odchod z domova do pobytového zařízení. (2011, s. 26 – 27)

Senioři se mohou uzavřít do svého světa. Mohou se cítit zbytečně, v době před odchodem do důchodu byli produktivní, vytvářeli hodnoty. S odchodem do penze mají pocit, že již žádné hodnoty nevytvářejí a ztrácejí smysl svého života. Velmi často trpí sociální izolací, za kterou stojí mimo jiné i slábnoucí či nedostatečné kontakty se společenským prostředím a snižuje se prostor pro tvorbu nových. Z těchto důvodů mají pak zvýšenou potřebu trávit čas se svými nejbližšími, rodinou.

Na stáří by se člověk měl připravovat už v dospělosti a to ne jen tvorbou finanční rezervy. Pokud ale stáří a odchod do penze přijmou jako další etapu života, nový prostor pro seberealizaci, vytvoří si plány a nové cíle, kterých chce dosáhnout, bude pro něj snazší přijmout sociální změny. (Kozáková, Müller, 2006, s. 13)

1.1.4 Psychické stáří

Člověk je tak starý, jak ho vnímají ostatní členové společnosti. Vývojem společnosti se hranice společenského vnímání duševního stáří značně mění a posouvá.

Psychické (duševní) stáří a stárnutí ovlivňuje široké spektrum faktorů. Řadí se sem osobnostní rysy, objevují se typické psychické změny související se stárnutím. Vliv má i samotné vnímání a reakce jedince na jeho vlastní stáří. Dle Kozákové (2006, s. 13 – 19) „*S psychickým stářím souvisí také subjektivní věk. To znamená, jak se člověk cítí a jaké je jeho individuální sebevědomí. Subjektivní věk se projevuje v názorech, postojích a činech.*“ A ne vždy je v harmonii s objektivní situací a reálnými možnostmi jedince v seniorském věku.

Klesá odolnost vůči nepříznivým vlivům, duchovní hodnoty mají vyšší váhu oproti hmotným statkům, senioři se více uzavírají a zaměřují jen na svou vlastní osobu. Motivací pak bývají čím dál tím více vzpomínky z minulosti. (Jesenský In: Kozáková, Müller, 2006, s. 13 – 17)

1.2 Involuční změny ve stáří

V období raného stáří dochází také k tělesným změnám, které jsou nejvíce zjevné. Vágnerová nachází jednu z příčin rozdílného stárnutí v genetických dispozicích. Které mají vliv jak na průběh stárnutí, tak i na pravděpodobnou délku života. Další příčinou rozdílného stárnutí je prostředí, ve kterém jedinec byl převážnou část svého života. (Vágnerová, 2008, s. 299 – 378)

Stárnutí je charakteristické biologickými změnami organismu fyziologické úrovni. Úbytek tkání a jejich nahrazení vazivem, zvětšuje se křehkost kostí a struktur, atrofie svalů a involuce postihující organismus se projevují různými způsoby:

- **pohybový aparát** (zmenšuje se výška, úbytek kostní hmoty v kostech a kloubech, řídnutí kostí, úbytek svalové hmoty = i snížení hmotnosti a pokles svalové síly, méně pružné vazivo, ohýbání páteře). Úraz ve stáří je často příčinou onemocnění a smrti seniora (nedostatečná imunita, náchylnost k infekcím, zlomeniny se špatně hojí),

- **kardiopulmonální systém** (snížení funkce plic, snížený průtok krve orgány, kornatění cév, snížení elasticity tkání, vyšší systolický tlak, snížení výkonnosti srdce),

- **trávicí systém** (snížení množství trávicích šťáv, pokles pružnosti a kapacity močového měchýře, menší výkonnost jater a slinivky břišní, pokles tlustého střeva v důsledku snížení svalové síly, opotřebení a ztráta chrupu),

- **pohlavní orgány a vylučovací systém** (pokles pohlavní činnosti = snížení potence u mužů, konec menstruace u žen, pokles dělohy u žen, zbytnění prostaty u mužů, pokles funkčnosti ledvin, inkontinence, pokles svalových svěračů),

- **kožní systém** (ztráta pružnosti a ztenčení kůže, tvorba vrásek, řídnutí a šedivění vlasů, tvorba tzv. stařeckých skvrn),

- **nervový systém** (nerovnoměrné snížení počtu neuronů, poruchy chůze a rovnováhy, pokles tvorby hormonů a obranných mechanismů, zpomalení regulačních mechanismů, snížení odolnosti k zátěži, poruchy spánku),

- **smyslové orgány** (celkové zhoršení vnímání, úbytek receptorů indikujících teplo, polohu, tlak, chlad, zhoršení zraku a sluchu, otupení pocitu pohmatu, změna chutí, ztráta chuťových pohárků, zvyšuje se práh bolesti).

Všechny výše popsané změny jsou provázané i s psychickými (duševními) změnami, které mohou být pro mnohé více náročnější než fyzické (tělesné) změny. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19 – 56)

1.3 Psychické změny ve stáří

Psychické funkce se v období raného stáří také mění, dochází k celkovému zpomalení psychických procesů, zhoršují se a zpomalují paměťové funkce i koncentrace pozornosti, nastává těžké přizpůsobování se změnám, které může vést až k frustraci³. Dle Vágnerové dochází ke zhoršení fyzického stavu i emoční regulace, kdy senior již není schopný plně ovládat své emoce. Některé změny jsou podmíněny biologicky a k jiným dochází následkem vlivu působení různých faktorů. (Vágnerová, 2008, s. 299 – 378)

Období vlastního (pravého) stáří začíná po 75. roce života a je specifické nárůstem tělesných i duševních úpadků. Prohlubují se potíže z období raného stáří a uspokojování vlastních potřeb i soběstačnosti se stává velice obtížné. (Tamtéž, s. 398 – 435)

Psychické stárnutí dle Kozárové a Müllera provází:

- **změny kognitivních (poznávacích) funkcí a schopností** (zpomaluje se psychomotorické tempo = pomaleji zpracovává informace a dlouho mu trvá zpětná vazba zejména v zátěžových situacích, objevuje se nezáměr řešit problémy, bezradnost),

- **změny paměti a učení** (dochází ke zhoršení, hůře se učí, nižší koncentrace pozornosti, lepší orientace v dlouhodobé paměti – vybavují si staré vzpomínky, krátkodobá paměť způsobuje obtíže),

- **změny emocionality** (vyšší citlivost, obtíže při zvládnání vlastních emocí, podrážděnost či agresivita, mění se jeho hodnoty a potřeby, dochází k upevnění osobnostních vlastností),

- **zpomalení psychomotorické a percepční činnosti** (dlouhá prodleva na činnosti náročné na rychlost reakce a rozhodování, potřeba delšího času pro vykonání svých aktivit). (Kozáková, Müller, 2006, s. 14)

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 187 – 216) lze změny stárnutí pozorovat i v těchto oblastech:

- **smyslové vnímání** (zhoršení sluchu, zraku, hmatu, čichu),

³ „*frustrace – (z lat. frustratio = klamání) – pojem používaný ve dvou významech: 1. jako situace, v níž je motivovanému, zacílenému chování jedince postavena fyzická nebo psych. překážka v dosažení cíle (i zákaz, vnitřní zábrana), resp. je redukována nebo zcela eliminována očekávaná odměna; 2. jako psych. stav subjektu, který je důsledkem výše uvedené situace. Druhý význam pojmu f. souvisí s pojmem frustrační tolerance, který popisuje S. Rosenzweig“.* „*Frustration theory is regarded as a natural outcome of work in experimental psychoanalysis. Various types of stress and kinds of reactions to frustration are described, and the concept of frustration toleration is developed.*“ (S. Rosenzweig, 1944, s. 378 – 388, In: Sociologický ústav AV ČR, online, cit. 2021-12-30)

- **afektivní prožívání** (bývá již méně spontánní, intenzita emocí je nižší, individuálně se může objevit přecitlivělost, orientace na sebe, nebezpečí izolace a ztráty sociálních kontaktů, pocity opuštěnosti či emoční deprivace),

- **tvořivost** (není stanovená pevná hranice – jedinec tvoří celý život, obecně vrchol tvořivosti bývá udáván mezi 25. – 40. rokem života, důležitá je motivace, osobní růst a zrání může dále probíhat i ve stáří),

- **osobnost starého člověka – seniora** (formuje se během celého života, přizpůsobení změnám je horší a je prohlubována při nemoci a stresech jako je úmrtí partnera, změna bydliště),

- **citové vztahy ve stáří** (význam rodiny se zvyšuje, vztahy k blízkým se většinou nemění, senior má v rodině důležitou roli prarodiče, manželské vztahy sílí a se ztrátou se velmi těžce vyrovnávají),

- **sociální zařazení starého člověka** (důraz na podporu kvality života seniorů = vznik programů na podporu úspěšného stárnutí). (Langmajer a Krejčířová, 2006, s. 187 – 216)

2 DEMENCE

„Za všechno v životě se platí. Takovou zvláštní „platbou“ za dlouhověkost jsou demence, vzletně nazývané tichou epidemií 21. století. To proto, že s nějakou formou demence musí počítat každý třetí člověk, který překročil 80. let svého života.“ (Haškovcová, 2012, s. 32)

Co je tedy demence? Slovo demence pochází z latinského „demens“, tedy z předpony „de“ = mimo, od a slova „mens“ = duch, mysl. Význam slova „demens“ tedy lze chápat jako „mimo mysl“ nebo „ten, kdo ztratil ducha“ či „něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání“. (Pichaud, Thareuová, 1998, s. 93) (Kučerová, 2006)

Dle Pidrmána (2007, s. 9 – 13) je demence syndrom, kdy za jeho vznikem obvykle stojí chronické onemocnění mozku, které je nezvratné, často s progresivním charakterem. Jsou narušeny vyšší korové funkce – paměť, myšlení a soudnost, orientace v čase a prostoru, komunikace – řeč. Dochází ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování a motivace. Vědomí není narušeno. Demence negativně zasahují do denních aktivit seniora.

„Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit.“ (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 11)

Stuart-Hamilton (1999) demenci označuje jako celkový úpadek psychických funkcí, který je způsobem atrofii centrálního nervového systému (CNS). *„Demence se může dostavit kdykoli v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění demencí.“* Stuart-Hamilton (1999, s. 177)

Obecná kritéria demence popisuje Pidrmán (2007) jako viditelné zhoršení krátkodobé i dlouhodobé paměti a současně se při onemocnění objevuje minimálně jedna z následujících poruch: narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, narušení ostatních kognitivních funkcí nebo změna osobnosti. Tyto poruchy jsou patrné a zasahují do obvyklých osobních, pracovních i sociálních aktivit a vztahu k okolí, ale nejedná se o poruchy vědomí.

Demence není vrozená, ale získaná. Vzniká v průběhu života a až po ukončení vývoje kognitivních funkcí – přibližně po 2. roce věku. Procento nemocných demencí narůstá s věkem a jedná se o velmi závažné duševní onemocnění, kdy se do běžných aktivit nemocného prolínají poruchy kognitivních (poznávacích) funkcí. Ten pak v určitých stádiích nemoci není schopen samostatně zvládat běžné denní činnosti, plánovat je či být několik dní doma bez podpory dalších osob.

Demence negativně ovlivňuje nejen nemocného, ale také jeho rodinu, příbuzné a přátele. Mezi pečujícími lidmi lze zaznamenat mnohem vyšší výskyt depresí a jiných souvisejících onemocnění. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 222 – 223) Je důležité se seniorem s demencí pracovat a činnosti i systém práce upravit jeho potřebám.

Pidrman (2007) a Jiráček (2009) postupné omezení schopnosti jedince s demencí zvládat činnosti samostatně (ztráta soběstačnosti) řadí do tří základních skupin. Nejzávažnější a první skupina je narušení kognitivních funkcí, následuje narušení aktivit denního života a poruchy chování a emotivity.

Pokud poruchy paměti působí potíže v běžném životě, neměla by tato skutečnost být podceňena. Praktický lékař by měl provést vyšetření se zaměřením na poruchy paměti a zhodnotit vývoj stavu nemocného, ideálně i ve spolupráci s rodinou, blízkou osobou. Následují základní laboratorní testy (krevní obraz, moč, jaterní, ledviny, štítná žláza, hladina tuků v krvi) a základní testy kognitivních funkcí. Nejvyužívanější je orientační test kognitivních funkcí s názvem MMSE – Mini-Mental State Examination Test (viz Příloha A – MMSE test) a test hodin (Clock test). Dle výsledků odesílá ke specialistovi (psychiatr, neurolog, geriatr), který vyšetření doplní o další testy k posouzení kognitivních funkcí, psychiatrického a neurologického stavu a soběstačnosti. Ze zobrazovacích vyšetření pak na počítačovou tomografii (CT) nebo magnetickou rezonanci (MRI). Pokud se ukáže, že se jedná o kognitivní poruchu, je stanovena pravděpodobná příčina (druh demence, jiné onemocnění nebo porucha). (Česká alzheimerská společnost, online, cit. 2021-12-18)

2.1 Druhy demence

Pro Pidrmána (2007, s. 31) je důležité nejprve demenci správně rozpoznat a stanovit její závažnost – stádium. A poté se snažit určit její etiologii⁴ pro následnou léčbu. Demence je dle něj možné rozlišit více způsoby. Používá základní dělení dle příčin na demence primární a demence sekundární a smíšené. Nebo dle kritéria reverzibility⁵, respektive ireverzibility (viz Příloha B – Ireverzibilní demence). Rozlišení demence do dvou základních skupin dle příčin popisují následovně i Jiráček, Holmerová a Borzová (2009, s. 19 – 21).

2.1.1 Primárně degenerativní demence

Tyto atroficko-degenerativní procesy způsobují snížení počtu nervových buněk, snížení počtu synapsí (spojů nervových buněk - neuronů), poruchy funkce neuronů i pomocných nervových buněk a vedou k tvorbě a ukládání patologických bílkovin.

Alzheimerova choroba je ze všech demencí nejčastější – představuje až 60% všech demencí. Dochází k úbytku nervových buněk, které způsobuje úbytek mozkové tkáně (atrofii). Objevuje se velmi často i v kombinacích s jinou formou demence a řadíme ji mezi smíšené demence (např. alzheimerovsko-vaskulární demence).

Demence s Lewyho tělísky je kombinací příznaků Alzheimerovy choroby a Parkinsonovy nemoci, která je doprovázena abnormálními pohyby.

Demence při Parkinsonově nemoci, nastává ztráta kontroly nad činností svalů, třes, problémy s řečí, v pozdních stádiích nemoci tzv. zamrznutí hybnosti.

Frontotemporální demence, degenerace čelního laloku, (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19 – 73)

Demence při Huntigtonově nemoci se projevuje změnami osobnosti, apatií, poruchami emotivity, motorickým neklidem a nepravidelnými pohyby končetin. Tato porucha je dědičná a není možné zastavit její postupné zhoršování. Léčit lze jen psychiatrické a pohybové problémy. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 127 - 212)

⁴ Určení etiologie demence dle Pidrmána (2007, s. 31) je důležité pro naše poznání a následnou léčbu. Jedná se o určení primární (atroficko-degenerativní), sekundární (symptomatické), smíšené demence, a to reverzibilní či ireverzibilní.

⁵ „reverzibilní – vratný. R. chorobné změny mohou být dočasné a při správné léčbě ustoupit. Opak ireverzibilní lat. revertor vrátit se re-; verto obracet; -bilní“ (Maxdorr -Velký lékařský slovník, online, cit. 2021- 12- 30)

Pickova nemoc je podobná Alzheimerově chorobě, ale její diagnostika je náročná. Dochází k výraznějším změnám chování (společensky nepřiměřené), ke změně osobnosti člověka a úbytek paměti způsobuje dezorientaci a další formy demence. (Česká alzheimerovská společnost, online, cit. 2021-12-18)

2.1.2 Sekundární (symptomatické) a smíšené demence

Symptomatické demence jsou způsobeny celkovým onemocněním, skupinou nemocí, infekcí, intoxikací, úrazem, nádory, cévními poruchami, metabolickými změnami či jinými poruchami zasahující mozek. Sekundární demence mají dvě podskupiny, a to demence vaskulární (spojené s poruchou mozkových cév a mozkového krevního zásobení) a ostatní sekundární demence.

Vaskulární demence (multiinfarktové a mikroangiotipatické demence) jsou vyvolány cévními poruchami, které poškozují mozkové tkáně. Představují do 20 % všech demencí. Nejčastěji se jedná o mozkové infarkty (odumření určité části mozkové tkáně z důvodu neprokrvení vyživující tepnou, v důsledku jejího uzávěru). Většinou se jedná o mnohočetné drobné mozkové infarkty (mikroinfarkty) nebo pokud dojde k jednomu, ale rozsáhlejšímu mozkovému infarktu v oblastech důležitých pro paměť.

Ostatní symptomatické demence vznikají při celkovém onemocnění organismu, které postihuje také mozek způsobené otravou – intoxikací, infekcí a zánětem, úrazem mozku, nádorem mozku nebo mají jinou příčinu, která ovlivňuje činnost CNS. Jedná se o demence infekční (např. progresivní paralýza), prionové (Creutzfeldt-Jakobova nemoc má rychlé zhoršení a s velkou pravděpodobností končí během jednoho roku smrtí), posttraumatické etiologie, metabolicky podmíněné demence, alkoholové demence a další. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19 – 73)

Smíšené demence tvoří přibližně 10 – 15 % všech demencí. Kombinace Alzheimerova choroby a vaskulární demence, Alzheimerova choroba a jiná primární degenerativní demence nebo ostatní smíšené demence. (Jirák, 2009, s. 32)

Mezi hlavní rizikové faktory demence patří jednoznačně věk a stárnutí. Se stoupajícím věkem se zvyšuje i riziko propuknutí onemocnění demencí. Vzhledem k existenci velkého množství druhů demencí je velmi obtížné určit další rizikové faktory. Přesné příčiny a vznik Alzheimerovy choroby také nejsou známy, i když je toto onemocnění nejčastější. Ze studií vyplývá, že dalšími rizikovými faktory mohou být

především genetické faktory, vysoký krevní tlak, diabetes, obezita, zvýšená hladina cholesterolu, opakované úrazy hlavy, nezdravý životní styl (stravovací návyky, alkohol, fyzická aktivita) a nedostatek vitamínů. (Sheardová, online, cit. 2021-12-08).

Počet osob s demencí stále stoupá a snižuje se i věková hranice. Z tohoto důvodu je dobré věnovat pozornost prevenci kognitivních poruch a minimalizovat výše uvedené rizikové faktory pro snížení rizika vzniku demence, vyloučit ji však nelze. Základem zůstává včasná diagnostika lékařem.

2.2 Alzheimerova choroba

Alois Alzheimer, německý lékař a psychiatr, poprvé v roce 1906 popsal případ pacientky s progresivní demencí a s postupným zhoršováním kognitivních na schůzi jihoněmeckých psychiatrů v rámci přednášky „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). V roce 1907 byl pak popsán případ publikován. Následně bylo toto onemocnění pojmenováno jako Alzheimerova choroba. V té době byla považována za vzácnou nemoc. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 11)

„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 29)

Dle České Alzheimerovské společnosti (ČALS)⁶ je nejčastější příčinou demence právě Alzheimerova choroba. Stojí zhruba až za 60 % všech případů demence. Ve věkové kategorii osob nad 65 let demence postihuje zhruba 5 % osob a z toho více jak polovina trpí Alzheimerovou chorobou. Počet nemocných s Alzheimerovou chorobou každoročně stoupá. (Česká alzheimerovská společnost, online, cit. 2021-12-18)

Vývoj nemoci v průběhu času způsobuje pokles a zhoršování kognitivních funkcí mozku, mezi které patří paměť, myšlení, jazyk, plánování a také samotná osobnost a její charakterové rysy. Postupně vede ke ztrátě soběstačnosti a vzniku závislosti na péči jiné osoby. Po objevení se prvních příznaků nemoc trvá přibližně 7 – 10 let a končí smrtí.

⁶ „Česká alzheimerovská společnost (ČALS) vznikla v roce 1997 jako občanské sdružení. U jejího zrodu stáli profesionálové z řad gerontologů, lékařů a sociálních pracovníků, stejně jako rodinní pečující. V roce 2014 se podařilo formálně dokončit transformaci ČALS na obecně prospěšnou společnost. Cílem ČALS nadále je pomáhat lidem s demencí a těm, kteří o ně pečují. ČALS je členem Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.“ (Česká alzheimerovská společnost, online, cit. 2021-12-18)

V mladším věku může být průběh i rychlejší. Existují i případy, kdy byla délka onemocnění 15 i více let. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 31 – 33)

Léčba Alzheimerovy choroby i ostatních demencí je velmi komplikovaná. Některé demence jsou plně vyléčitelné (reverzibilní). Většina demencí včetně Alzheimerovy choroby však vyléčitelných není. Vhodnou léčbou je možné proces zpomalit či oddálit těžká stádia a zlepšit tak kvalitu života osobám s demencí. Komplexnost léčby u Alzheimerovy choroby je velmi důležitá. Tvoří ji farmakologické a nefarmakologické metody, které je vhodné kombinovat a doplňovat. (Tamtéž, s. 88, 213 – 227)

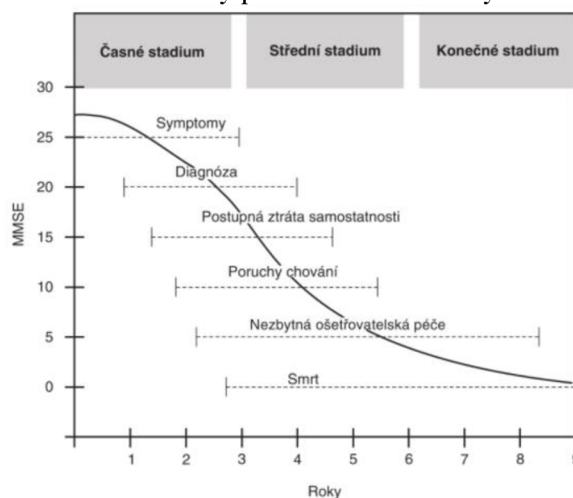
2.3 Projevy a průběh demence

Zpočátku bývá velmi obtížné příznaky Alzheimerovy choroby rozpoznat, protože připomínají běžné známky stárnutí. Až s postupem času a vývojem nemoci si rodina či pečující osoba všimne jasných příznaků a je nutné, aby lékař co nejdříve tyto příznaky posoudil a podrobně prošel lékařskou anamnézu.

Příznaky připomínající demenci mohou být způsobeny vedlejšími účinky některých léků, nedostatkem vitamínů, špatnou funkcí štítné žlázy či nevhodnou stravou nebo nadměrnou konzumací alkoholu. Příznaky demence se dají zaměnit i s příznaky deprese, ta se ale dá léčit. (Bragdon, Gamon, 2009, s. 9 – 13)

I když základní příznaky demence jsou proměnlivé (nemění se a ani se po určité době stejně rychle nezhoršují), rozlišují lékaři a vědci pro snazší diagnostiku a jako pomoc pro pečující osoby tři fáze nevratných a progresivních typů demencí (viz Obrázek 1: Klasický průběh Alzheimerovy choroby). (Pidrman, 2007, s. 35)

Obrázek 1: Klasický průběh Alzheimerovy choroby



Zdroj: Gauthier, 2001, p. 386 In: Pidrman, 2007, s. 35

„První fáze je počínající, mírná demence, druhá fáze je již rozvinutá demence a třetí fáze je pokročilá, terminální demence.“ (Glennner, 2012, s. 16)

V **první fázi** není lehké nemoc rozpoznat, demence je na počátku. A prvními příznaky jsou zhoršování paměti (nevzpomene si na obsah právě čtené knihy; zabloudí i na místech, která znal), zmatenost, narušení úsudku, mírné zhoršení řečových schopností. Začínají problémy při plnění běžných prací a úkolů (obsluha pračky, dojít k lékaři, uvařit běžná jídla). Mohou se dostavit deprese, úzkost a uzavřenost. V této fázi bývá lékařská pomoc neúčinnější.

Dle Glennera (2012, s. 16) je **druhá fáze** stupňováním první fáze a příznaky se více zviditelňují a prohlubují. Projevuje se neklid, agitovanost, zmatenost, nesoustředěnost a problémy s vnímáním. Nemocný nechápe, co se s tím děje a proč mu okolí nerozumí, opakuje činnosti. Bývá dezorientovaný na známých místech, má problémy s motorikou a držením těla. Zapomíná na základní fyziologické potřeby (pít, jíst, zhoršení sebeobslužnosti), inkontinence, zhoršení dlouhodobé paměti. To vše zasahuje a projevuje ve všech denních činnostech.

„Třetí fáze je poslední fázi demence, při které je nutný nepřetržitý dohled a asistence.“ (Tamtéž, s. 16 – 17) Objevují se zrakové a sluchové halucinace (u 10 – 50 % nemocných) a bludy (u 10 – 75 % nemocných), které řadíme mezi psychologické a psychiatrické projevy demence, neschopnost udržet stolicí a moč, problémy s polykáním (nebezpečí vdechnutí stravy – udušení) = úbytek hmotnosti, neschopnost reakce na podněty z okolí. Nemocný není schopen se sám o sebe postarat a potřebuje celodenní péči jiné osoby. Halucinace a bludy blíže popisuje Pidrman (2007, s. 36 – 37). Rozlišuje 3 okruhy bludů, které většinou bývají vztahovačné. A to bludné přesvědčení nemocného, že byl okraden. Lze si vysvětlit tím, že si nejsou schopni vzpomenout, kam věc odložili a nemohou ji najít = byli okradeni. Druhý okruh bludného přesvědčení nemocného bývá, že se ho pečující osoba (rodina, pečovatel) snaží zabít, nestarají se o něj a on je jim vydán na milost, cítí se zcela opuštěn = paranoidní bludy. Třetím a nejčastějším bludem jsou bludy sexuální (nevěra partnera, podezíravost pečující osoby o nevhodném chování a zneužívání nemocného).

V posledním stádiu, **termální fázi**, je nemocný zcela upoután na lůžko, dochází k úplnému rozvratu osobnosti, ztrácí základní reflexy, není schopen komunikovat s okolím a končí smrtí. (Glennner, 2012, s. 16 – 17)

3 REMINISCENČNÍ TERAPIE

„Reminiscence je hlasité nebo tiché vybavování událostí ze života, které se uskutečňuje buď o samotě nebo spolu s jinou osobou či skupinou.“ (Woods at al., 1992, s. 138 In: Janečková, Vacková, 2010, s. 21)

Reminiscence – reminiscenční terapie je „terapie vzpomínkou“. Se vzpomínkami jde i cíleně pracovat a využít je ke zvyšování kvality života seniorů. Jedná se o speciální metodu práce se seniory formou rozhovoru s cílem vyvolat příjemné vzpomínky o jeho životě, prožitých událostech, zkušenostech, které se pojí s jeho minulostí a mají pro něj vysokou hodnotu. Pomáhají k tomu vzpomínkové předměty jako staré fotografie, pohlednice, hudba, významy, osobní předměty s citovou vazbou a další. Zároveň tato metoda usnadňuje pečujícím osobám a sociálním pracovníkům lépe pochopit osobnost seniora, upevnit vzájemný vztah, prohloubit důvěru a plánovat aktivity dle potřeb seniora. Reminiscenční terapie může být také vnímána jako umění, kde je nutné zapojit fantazii, tvořivost a své dovednosti. Reminiscence je plná rozličných aktivit, od pořádání interaktivních setkání plných společného vzpomínání, vyprávění o své minulosti až po umělecké projekty a představení. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 9 – 24)

Reminiscenční terapii je možné využívat i v rodinách, které pečují o seniory s demencí, které nazýváme tzv. integrovanou reminiscenční skupinou⁷. Prostřednictvím vzpomínek spolu mohou navázat bližší vztah, poznat jejich minulost a vrátit jim zpět pocit jedinečnosti. Pečující osoba může domácí prostředí upravit tak, aby vyvolávalo vzpomínky a usnadnilo překonat úzkosti a dezorientaci. Janečková, Vacková, 2010, s. 114 – 116)

Reminiscenční terapie není vhodná pro všechny seniory. Záleží na jejich osobnosti, povaze, zda rádi vzpomínají a jaké pocity v nich vzpomínání vyvolává. Může být spojena s příjemnými pocity, které senioři rádi sdílí. U jiných může vyvolávat lítost a bolestné vzpomínky, ale i přesto často vzpomínají. Vhodnější je pro ně individuální vzpomínání. Poslední skupinu pak tvoří senioři, kteří jsou nešťastní a vzpomínat nechťejí. Zde je lepší se do minulosti nevracet a pozornost věnovat přítomnosti a budoucnosti.

⁷ Integrované reminiscenční skupiny jsou smíšené skupiny, které jsou tvořeny osobami s demencí a jejich rodinnými příslušníky. Tuto metodu práce při reminiscenci využívá i Pam Schwitzer a na svých projektech prokázala jejich obohacující efekt. (Janečková, Vacková, 2010, s. 114 – 116)

Využití reminiscenční terapie u osob s demencí ožívuje jejich pozitivní zkušenosti z minulosti a pomáhá tak k jejich lepšímu psychickému naladění, pocitu radosti, kognitivní stimulaci a v některých případech i s vyrovnáním s prožitými traumaty z minulosti (např. válka). (Janečková, Vacková, 2010, 11 – 23).

Reminiscenční terapii lze zařadit mezi aktivizační a validační metody, které jsou součástí nefarmakologické péče a doplňují farmakologickou léčbu seniorů. Názorově podobně se vyjadřují i Holmerová a kolektiv (2007, s. 181) a doplňují, že se jedná tak o vybavování si prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná jak pro zdravé seniory (aktivizační a preventivní význam), ale také pro seniory trpící demencí – poruchami krátkodobé paměti. Cílem reminiscence je posílit lidskou důstojnost, zlepšit komunikaci a stav seniora včetně podpory pečující rodiny a měla by být součástí práce každé instituce poskytující péči seniorům s demencí. Jelikož se jedná o finanční nenáročnou, účinnou a snadno aplikovatelnou metodu. Je vhodná pro seniory s lehkou, středně těžkou demencí a i pro seniory, pro které jiné terapeutické činnosti již nejsou. (Holmerová a kol., 2007, s. 181)

Pro využívání vzpomínek v práci se seniory můžeme definovat čtyři různé přístupy. Janečková a Vacková vycházejí z Norrise (1986), který rozlišuje tři funkce reminiscenčních skupin – **oddechová** (cílem je aktivizace seniorů ve volném čase) **podpůrná** (cílem je dosažení psychické pohody, sebeúcty a posílení vlastní identity) a **terapeutická** (nástrojem k životní rekapitulaci, vyrovnávání se s vlastním životem a blížící se smrtí). (Janečková, Vacková, 2010, 11 – 23)

3.1 Přístupy k reminiscenci

Způsob práce se vzpomínkami ovlivňuje výsledný efekt reminiscenční terapie. Janečková a Vacková specifikují následující čtyři různé přístupy dle způsobu práce se vzpomínkami. (Janečková, Vacková, 2010, s. 23 – 30)

3.1.1 Narativní přístup

Podstatou jsou **spontánně vyprávěné vzpomínky** (příběhy ze života) ve dvojici nebo ve skupině. Může probíhat i individuálním tichým vzpomínáním nebo psanou formou (dopisy, autobiografie, knihy života, memoáry). Podmínkou je uvolněná atmosféra, bezpečné prostředí připomínající setkání přátel či rodiny a společné rozjímání

nad vzpomínkami, kde nikdo nikoho nehodnotí. Hlavním smyslem reminiscenčních aktivit je navodit pocit psychické pohody, vyplnění volného času, zábava, posílení sebevědomí a sebeúcty, socializace seniora – navázání nových kontaktů, vytvoření prostoru pro sebevyjádření a přirozenou kognitivní stimulaci. Plní oddechovou funkci.

Vyprávění je nejpřirozenější způsob lidského vyjadřování, kde věrohodnost příběhů může být doplněna třeba fotografiemi, ústřížky novin. Ty pak pomáhají vypravěči vybavit si události, jejich pořadí.

3.1.2 Reflektující přístup

Vychází z teorie **životní rekapitulace** Roberta Butlera. Je považována za speciální formu reminiscence, kde dochází ke zkoumání, bilancování a hodnocení života jedince s možným pochopením, usmířením či odpuštěním – potřeba urovnat si svůj život. Má blízko k psychoterapii. Probíhá jako monolog nebo formou rozhovoru mezi terapeutem a seniorem nebo malou skupinkou s cílem porozumět životu včetně všech obtíží, traumat a přijmout ho takový, jaký byl.

Reminiscence je zde uplatňována jako validační technika. Validace je způsob komunikace směřující ke vzájemnému sblížení, přijmout realitu druhého – i s jeho demencí. Mezi další validační techniky dle Feila (1993) patří empatie, blízký oční kontakt, dotek, kladení jednoduchých neohrožujících otázek, opakování, parafrázování a zrcadlení, používání hudby, centrování a další techniky. (In: Janečková, Vacková, 2010, s. 27)

3.1.3 Expresivní přístup

Používá metodu **expresivního vyjádření emocí a otevření minulosti**, kterou popsal James Pennebaker. Pracuje se s těžkými – citově náročnými vzpomínkami, odhalují se složitá témata a traumata ukrytá hluboko v nitru seniora. Tím, že senior svou obtížnou situaci sdílí a zapojí jiné osoby, může získat cenné rady, podporu, projevený soucit či nalézt jiný úhel pohledu na zážitek, ale i na sebe sama. Terapie přináší úlevu a tím se zlepšuje zdravotní stav jedince. Mohou zmizet úzkosti a stres. Senior má možnost se vyrovnat s minulostí, která je stále přítomná (i když o ní nehovoří) a díky tomu může senior snadněji hledět do budoucnosti.

3.1.4 Informační (bibliografický) přístup

Tento přístup klade důraz na **předávání poznatků, zkušeností a postojů** a v roce 1974 ho popsal Peter Coleman. Využívá se autobiografická metoda. Senior vypráví svůj osobní příběh a dává ho historických souvislostí, líčí ho obohacený o vlastní úhel pohledu a předává poučení pro mladší generaci.

Reminiscenční programy by měly obsahovat i historické přednášky, besedy s pamětníky, návštěvy muzeí, galerií, kulturní akce, vzdělávací pořady, ale i tvorbu reminiscenčních beden⁸. Důraz je kladen na společenskou funkci. Kdy předávání zkušeností umožňuje seniorům, po odchodu na penzi, znovu nalézt smysl a hodnotu života, seberealizovat se a úspěšně se adaptovat na stáří. (Janečková, Vacková, 2010, s. 23 – 30)

3.2 Formy reminiscence

Reminiscenční terapii je možné provádět několika způsoby, které se mohou vzájemně překrývat. Špatenková a Bolomská (2011, s. 25 – 29) popisují tyto podoby reminiscence.

Diskuze o aspektech minulosti (koordinovaný a organizovaný průběh). Formou reminiscenčních setkání a na základě různých reminiscenčních pomůcek (fotografie, filmy, diapozitivy, hudba) je navozena atmosféra pro sdílení vzpomínek. Lze spojit s dalšími reminiscenčními aktivitami (návštěva míst, kde dřív senioři žili, pracovali ...).

Vytvoření prostředí připomínající domov (společenská interakce). Cílem je seniory rozptýlit a umožnit jim cítit se jako doma. Probíhá neformálně a s jakoukoli jinou každodenní aktivitou formou povídání, poslechu hudby, popíjením kávy nebo čaje.

Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného. Cílem je vytvořit konkrétní hmatatelný produkt – složit hudbu, napsat báseň, namalovat obraz, zaznamenat vzpomínky, svůj příběh. Mohou se zapojit a přispět jen sdílením svých znalostí a vzpomínek.

Prostředek ke snížení pocitu izolace a dopadu institucionalizace. Klade si za cíl motivovat k propojení světa uvnitř s tím vnějším. Například formou vystoupení dětí z mateřských škol, dobrovolnictví, studentské stáže, návštěva pracovníků knihoven.

⁸ Reminiscenční bedny – dle Janečkové a Vackové (2010, s. 30) se jedná o akce a aktivity, na nichž se mohou aktivně podílet i senioři ve svých nových rolích.

Všeobecný kontext pro prohloubení porozumění. Cílem je zvýšení a prohloubení zájmu pracovníků o seniory, vytvoření intenzivnějších vazeb a komunikace. Seniora mohou více poznat také při tvorbě jeho biografie, tvorba vzpomínkové výstavy. Velice vhodné je to pro mladší pracovníky, kteří tak poznávají život seniorů o několik desítek let zpět. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 25 – 29)

Jiné dělení poskytuje Faith Gibsonová a to, na obecnou a specifickou reminiscenční terapii. **Obecná reminiscenční terapie** je předem naplánovaná a využívá nejrůznější reminiscenční pomůcky ke stimulaci vzpomínek. **Specifická reminiscenční terapie** pak pracuje s cíleně vybranými pomůckami, ideální jsou osobní předměty seniorů. Tato forma reminiscence je velmi vhodná při práci se seniory s demencí, depresí nebo s poruchami chování. (In: Špatenková, Bolomská, 2011, s. 26)

Reminiscenční terapie může být realizována individuálně nebo ve skupině. Při **individuální reminiscenci** se setkává jen terapeut a jeden senior, může mezi nimi vzniknout velmi intenzivní vztah založený na důvěře. Dle Špatenkové a Bolomské (2011, 25 – 29) už jen existence tohoto vztahu je přínosem. Terapeut věnuje všechnen čas jen jednomu seniorovi, snadno mu může přizpůsobit tempo a ten získává pocit jedinečnosti. Cítí, že je vnímán, respektován. Ztrácí obavy a snáze se otevře vzpomínání a sdílení.

Skupinová reminiscence probíhá v menší skupině. Může mít podobu formální nebo neformální. Formální je předem naplánovaná a tematicky zaměřena, má určen počet osob, které jsou seznámeny s průběhem setkání a souhlasí s ním. Nenucená a spontánní je pak neformální skupinová reminiscence, ke které dochází při běžných činnostech, není omezena počtem osob. V praxi pak dochází k prolínání skupiny formální s neformální.

Optimální délka reminiscenčního sezení je 60 minut a probíhat by mělo jednou týdně, ideálně v 6 – 10 setkáních. Vhodná je menší skupinka seniorů. (Tamtéž, s. 25 – 29) Pro seniory s demencí je vhodné individuální nebo krátkodobé vzpomínání ve skupince 2 – 4 osob. (Zgola, 2003, s. 170)

3.3 Práce se vzpomínkami

Ačkoliv reminiscence bývá označována jako reminiscenční terapie, o terapii se pravém slova smyslu nejedná. Vhodnější je označení „práce se vzpomínkami“ nebo jen reminiscence. Tuto skutečnost odlišuje také Faith Gibsonová „*Termínu práce se vzpomínkami je dáována přednost, protože na vzpomínání je nahlíženo jako na vzájemný*

proces, společnou cestu. Staří lidé nejsou nemocní a nečekají na léčbu od specialistů, jak to asociuje slovo terapie. Jsou spíše našimi učiteli, informátory, autoritami a pokladnicí nesmírně cenných informací o minulosti.“ (In: Špatenková, Bolomská, 2011, s. 22)

Dle Špatenkové a Bolomské má však práce se vzpomínkami terapeutické účinky. Bender (In: Bolomská, Špatenková, 2011, s. 24) uvádí, že terapeuticky působí převážně okolnosti jako katarze, sebeodhalení, větší otevřenost při komunikaci, uvědomění si univerzálnosti své zkušenosti, pocit přijetí skupinou, altruismus vůči ostatním členům skupiny, porozumění sobě samému, učení se nápodobou, pozorováním ostatních, růst naděje, uvědomění si vlastní síly a zodpovědnosti.

Reminiscenční terapie by měla probíhat v příjemném a útulném prostředí, kde se senioři cítí dobře. Vhodné je usadit seniory kolem kulatého stolu, aby na sebe všichni dobře viděli, slyšeli se a mohli si snadno předávat reminiscenční pomůcky. Zároveň vyvolává pocit bezpečí, domova a stability. Pro lepší a uvolněnější atmosféru se může popíjet káva a čaj spolu s drobným pohoštěním. Dodržují se pravidla, se kterými všichni předem souhlasili. Terapeut by měl klást otevřené otázky a dávat prostor pro vzpomínání. Nikoho nenutí ke sdílení vzpomínek, případně respektuje jeho individualitu a právo na soukromí. Senioři, kteří nemluví, se zapojují svým aktivním nasloucháním, sledováním i tichým vzpomínáním. (Janečková, Vacková, 2010, s. 63, 84 - 85)

„Nějaký člověk chce být stále s ostatními, ale nikdy s nikým nemluví. Možná, že našel správnou osobní rovnováhu mezi životem ve skupině a samotou.“ (Pichaud, Thareaudová, 1998, s. 122)

Témata reminiscenčních setkání jsou různorodá. Mohou se týkat jednotlivých svátků v roce a ročních období nebo podle volby a zájmu samotných seniorů. Využívají se témata vzpomínání na rodinu, svatbu, dětství, školu, dětské hry, prázdniny a cestování, módu, kulturu, jídlo a vaření, válečná období, zaměstnání a jiná. (Sweitzer, online, cit. 2021 12-30)

3.4 Pomůcky v reminiscenční terapii

Při reminiscenční terapii je možné pracovat nejen s **reminiscenčními pomůckami** (fyzické předměty), ale i s **komunitními zdroji** – místa vhodná k výletu, vycházce nebo místa pro vzájemné návštěvy, besedy (knihovna, muzeum, galerie, škola) a s **lidskými**

zdroji – spolupracující lidé (sociální pracovníci, dobrovolníci, členové rodiny, umělci, odborníci v tradičních řemeslech).

Účelem reminiscenčních pomůcek je navození správné nálady, pozitivní stimulace vzpomínání a zapojení všech smyslů. Vzpomínky nejen vidíme, ale můžeme je i slyšet nebo cítit. Můžou vyvolat i negativní efekt nebo zcela odlišný efekt, než byl plánován. Špatenková a Bolomská člení reminiscenční pomůcky do tří skupin:

Vizuální pomůcky jsou nejčastější skupinou pomůcek a jejich velká část je možná promítat. Jsou vnímány zrakem. Spadají mezi ně zajímavé fotografie, vztahující do atmosféry starých časů nebo fotografie obyčejných lidí při běžných činnostech; kresby a obrázky; dobové tiskoviny, články z novin, inzeráty, knihy, plakáty; zajímavé televizní pořady, videonahrávky, filmy pro pamětníky a oblíbené filmové hvězdy.

Audiovizuální pomůcky aktivují sluchovou paměť, která si zvuky uchovává spolu s obrazem situace, ke které se vážou. Patří sem hudba, nahrávky mluveného slova (záznamy divadelních her, pohádky, rozhovory, úryvky projevů, čtení poezie), hudební nahrávky a zvuky kolem nás.

Senzorická stimulace patří do poslední skupiny reminiscenčních pomůcek. Nejen zrak a sluch nám pomáhají s vyvoláním vzpomínek, stejně dobře fungují i ostatní smysly. Vůně a pachy je možné zprostředkovat i reálně (čerstvě uvařená káva, parfém, koření), stejně tak vnímání chuti (oblíbená jídla a nápoje, kyselost citronu). Doteky nás ujišťují, že jsou věci reálné. Od podání ruky po zkoumání věcí zajímavých na omak (látky, kožešiny, kamínky, voda, písek, zajímavé struktury nebo příjemné teploty). Síla a důležitost doteku bývá často nedoceněna. Někteří ho můžou vnímat negativně. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 31 – 42)

Prostředí kolem nás je plné podnětů, které v nás vzbuzují vzpomínky, stimulují naše vnímání a aktivují paměť. Vzpomínky je možné aktivovat pomocí všech smyslů (zrak, sluch, hmat, chuť, čich). (Vacková, Janečková, 2010, s. 73 – 75)

3.5 Reminiscenční metody

Reminiscenční metody se člení podle požadovaného cíle, použitých prostředků komunikace a podle výsledku, který se od reminiscence očekává.

Mezi **reminiscenční metody podle cíle** lze řadit začlenění do společnosti a překonání pocitu osamělosti (narativní metody; cílem skupinové vzpomínání, vaření,

tanec, hry, výlety, ...). Životní rekapitulace a bilance za účelem vyrovnání se s prožitými traumaty a pochopení smyslu života (rozhovor individuální nebo ve skupině; knihy života, zápisky, paměti, ...). Dále za účelem emocionálního vyjádření, kde jsou odkrývány bolestné vzpomínky a těžká období (rozhovor). Pro účely informování o prožitém životě, předávání zkušeností mladším generacím (přednášky, besedy, příprava výstav, tvorba vzpomínkových krabic, ...).

Podle využitých prostředků komunikace rozlišujeme verbální a neverbální metody. Verbální metody charakterizuje mluvené slovo a psaní (zpěv, četba starých příběhů, recitace básní, reminiscenční divadlo, tvorba kronik a knih života). Při neverbálních metodách se slova nevyužívají, dominují jiné formy komunikace (pantomima, výtvarné znázornění vzpomínek, modelová, vaření a pečení, ruční práce).

Reminiscenční metody **podle výsledku** mohou být nemateriální, které spočívají v navazování nových vztahů, prožití příjemných chvil. Naopak při materiálních metodách vznikají úžasné výrobky, projekty, koláže, životní kroniky i vzpomínkové krabice, založené na kreativní činnosti. Hmatatelné výsledky podporují přirozenou touhu člověka po sobě něco zanechat. (Janečková, Vacková, 2010, s. 64 – 67)

3.6 Reminiscenční aktivity

Srdcem reminiscence je využití vzpomínek v praxi. Vybudovat vstřícnější, vlídnější a smysluplnější prostor pro seniory pomocí nejrůznějších reminiscenčních aktivit a projektů, díky kterým je možno vyhovět nejen individuálním potřebám a zájmům jedince, ale i skupiny. Mezi oblíbené aktivity patří tvorba knihy života, knihy vzpomínek, uspořádání reminiscenčního divadla nebo vzpomínkové výstavy, vyprávění a předcítání příběhů, poezie, fotografování, ruční práce, poslech hudby, zavzpomínat formou tance, výletů a vycházek. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 81 – 98)

Knihy života (life books) obsahují životní příběh seniora a propojují jeho minulost a přítomnost. Smyslem knihy je podpora vlastní identity, pomoc uspořádat si život, možnost předat své zkušenosti, naplnit potřebu tvořit a také jako opora pro pečující osoby umožňující poznat seniora z jiné stránky. Součástí mohou být výstřižky, ručně psané poznámky, fotografie, pohlednice a také předměty se zvláštním významem pro seniora (viz Příloha C – Mapa života a její tvorba).

Reminiscenční divadlo (reminiscence theatre) je metoda dramatického ztvárnění životních příběhů a vzpomínek seniorů (např. svatba viz Příloha D – Reminiscenční představení) do divadelních představení za využití rekvizit, kostýmů, hudby. Nutností je pečlivá příprava a šití rolí na míru seniorům. Autorkou konceptu reminiscenčního divadla je Pam Schweitzer.

Vzpomínkové krabice (memory boxes) pomáhají seniorům uchovat předměty s citovou vazbou a představit ostatním svůj život a vzpomínky. Pro ukládání slouží krabice, kufříky nebo bedýnky. Senior nejprve vypráví svůj životní příběh, doplní ho o vzpomínkové předměty, případně je může vyrobit spolu s doplňky, uloží do krabice a na závěr vyzdobí víko (viz Příloha E – Ukázka vzpomínkových krabic). Může se uspořádat i výstava vzpomínkových krabic (viz Příloha F – Výstava vzpomínkových krabic). (Janečková, Vacková, 2010, s. 117 – 130)

3.7 Osobnost reminiscenčního terapeuta

Reminiscenční terapeutem může být ergoterapeut, animátor, geriopracovník, sociální pracovník, pečující osoba nebo pracovník, který se zabývá aktivizací seniorů. Je vhodné, aby se reminiscenční terapii věnoval vyškolený specialista. Mnohem větší důraz je však kladen na osobnost reminiscenčního terapeuta, na jeho postoje, hodnoty, znalosti a dovednosti. Kopřiva uvádí, že „*nejdůležitějším nástrojem pracovníka v pomáhající profesi je jeho osobnost.*“ (In: Špatenková, Bolomská, 2011, s. 43)

Mezi hlavní dovednosti a zásady potřebné pro efektivní reminiscenční terapii je „*dovednost aktivního naslouchání; dostatek času pro naslouchání účastníkům reminiscenční terapie; schopnost empatie; respekt pro jedinečnost každého účastníka; odvahu naslouchat i bolestivým emocím; zájem o minulost účastníků reminiscence; oblibu vzpomínání vůbec; ochotu sdílet vlastní vzpomínky; schopnost kriticky zhodnotit vlastní práci a přijmout od ostatních zpětnou vazbu.*“ (Gibson, 1998 In: Špatenková, Bolomská, 2011, s. 43)

Hlavní náplní práce reminiscenčního terapeuta je realizace a organizace reminiscenčních aktivit, vymýšlet jejich obsah, vyhodnocovat jejich užitečnost a koordinovat je s ostatními činnostmi seniora. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 42 – 46)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část se zabývá vymezením výzkumného problému, stanovením hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů, výzkumných otázek. Je popsána metodologie výzkumu volba výzkumné strategie a výběr výzkumného vzorku. Následuje vlastní výzkumné šetření zakončené vyhodnocením a interpretací získaných dat.

4 CÍL PRÁCE

Cílem je pomocí zvolené výzkumné strategie nalézt odpovědi na tři hlavní výzkumné cíle. Popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Objasnit nejčastější komplikace, rozdíly a porovnat zkušenosti pečujících osob v domácím prostředí a i v pobytovém zařízení při využívání reminiscenční terapie u seniorů s demencí.

4.1 Výzkumný problém

Práce se zaměřuje na možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. S jakými překážkami či problémy se pečující osoby musí vyrovnat a naopak jaké výhody jim využití reminiscenční terapie přináší. Jaký dopad to má na seniory s demencí.

Tato problematika je v současné době více než aktuální, populace stárne a domácí péče o seniory začíná být upřednostňována před umístěním v pobytovém sociálním zařízení. Většina rodin se zpočátku snaží péči o seniora vyřešit vlastními silami, za pomoci rodiny, případně za využití odlehčovacích služeb. Z tohoto důvodu by bylo zajímavé zjistit i případné rozdíly při využití reminiscenční terapie v domácím prostředí a v pobytovém zařízení.

Většina pečujících osob často se seniory vzpomíná na to, co prožili, jaký byl život v době jejich mládí a jaký je dnes, prohlížejí staré fotografie, zpívají písně, říkají říkanky, vaří oblíbené pokrmy z dětství. A to vše aniž by tušili, že se jedná o reminiscenci.

4.2 Výzkumné cíle

Smyslem výzkumu je najít odpovědi na stanovené cíle. Výstupem pak je analýza zjištěných informací a návrh případných doporučení ke změně. Je důležité poznat a popsat i problémy, se kterými se pečující osoby při využití reminiscenční terapie setkávají a najít cestu, jak je eliminovat a zároveň se podělit a motivovat úspěchy při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí i v domácím prostředí.

Cílem výzkumu je:

- Cíl 1** Popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí.
- Cíl 2** Zjistit nejčastější komplikace při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí.
- Cíl 3** Určit rozdíly a porovnat zkušenosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení.

Dílčí výzkumné cíle:

- 1** Zjistit, jakým způsobem jsou využívány vzpomínky při práci se seniorem s demencí.
- 2** Zjistit, jak působí vzpomínání na seniory s demencí.
- 3** Zjistit, jaké výhody seniorům s demencí přináší reminiscenční terapie.

4.3 Výzkumné otázky

Pro kvalitativní výzkumné šetření byly stanoveny tyto hlavní výzkumné otázky. V průběhu výzkumu, během sběru dat a analýzy je možné tyto otázky upravovat či doplňovat. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum označuje za pružný typ výzkumu. (Hendl, 2005, s. 49 – 51)

Hlavní výzkumné otázky:

- HVO 1** Jak vnímají senioři s demencí a pečující osoby využití reminiscenční terapie?
- HVO 2** V čem podle pečujících osob spočívají nejčastější komplikace při využití reminiscenční terapie, které museli překonat?
- HVO 3** Jak působí vzpomínání na seniory s demencí a jaké výhody jim přináší?

Dílčí výzkumné otázky:

- 1 Jak probíhá Vaše reminiscenční setkání?
- 2 Jak se senior s demencí zapojuje a vnímá reminiscenční setkání?
- 3 Jaký význam má podle Vás pro seniora s demencí reminiscenční terapie?
- 4 Jaký přínos (výhody) spatřujete u využití reminiscenční terapie u seniora s demencí?
- 5 Co je pro Vás při reminiscenčních setkání nejobtížnější?
- 6 Co je pro Vás při reminiscenčních setkání příjemné?
- 7 Setkali jste se s komplikacemi při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí? Pokud ano, jaké?
- 8 Jaká témata při reminiscenční terapii jsou u seniorů s demencí oblíbená?
- 9 Pomáhají seniorům s demencí reminiscenční pomůcky?
Pokud ano, tak jaké?
- 10 Pomáhají Vám informace z reminiscenčních setkání při péči o seniora s demencí?
Pokud ano, v jakém smyslu?
- 11 Ovlivnila reminiscenční terapie komunikaci mezi Vámi a seniorem s demencí?
- 12 Je zájem mezi seniory s demencí o reminiscenční terapii?
- 13 Vzděláváte se v oblasti reminiscenční terapie?

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

K zjištění potřebných dat byla zvolena smíšená výzkumná strategie, složená z kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Propojení obou výzkumných šetření umožňuje využít výhody obou výzkumů.

Potřebná data byla získána převážně formou zúčastněného pozorování seniorů s demencí, z rozhovorů a dotazníků s osobou pečující o seniora s demencí. Další nezbytná data studiem poskytnutých dokumentů (lékařské zprávy, vysvědčení, fotografie, ...).

5.1 Smíšená výzkumná strategie

Kombinace metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu se nazývá smíšený výzkum či smíšená výzkumná strategie a dává prostor využít výhody obou výzkumů při řešení jednoho výzkumného problému. (Hendl, 2005, s. 45)

Mezi výhody smíšeného výzkumu se řadí možnost kombinování obou výzkumných strategií i získaných dat či jejich doplnění. Dává tím možnost lépe porozumět některým jevům, přináší nové pohledy a umožňuje odpovídat na komplexnější a specifitější otázky, než kdyby byla použita jen jedna metoda výzkumu.

Za nevýhodu smíšeného výzkumu bývá označována jeho náročná proveditelnost pro časovou náročnost a vyšší náklady. Také klade vyšší nároky na osoby provádějící výzkum. Je nutná orientace a znalost více metod a zároveň je náročnější na zpracování.

5.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkumné šetření bylo vybráno s ohledem na cíl práce, kterým je popsat možnosti a nejčastější komplikace při využívání reminiscenční terapie při práci se seniory s demencí. Kvalitativní metoda sběru dat je vhodnější pro menší výzkumný vzorek, kde je nutné zkoumat více do hloubky. Vyžaduje více se sžít a poznat prostředí, přiblížit se nejen seniorům, ale také pečujícím osobám a tím umožňuje získat informace, které by za jiných okolností vůbec nebo jen těžce sdělili. Jak uvádí Strauss a Corbinová, jde o výzkum související s životem lidí, jejich příběhů, chování, ale také chodu organizací nebo vzájemných vztahů. (Strauss, Corbin, 1999, s. 10)

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém

vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 17)

Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu přímo v terénu, zde v přirozeném (domácím) prostředí seniorů. Výzkumník vyhledává a zpracovává dostupné informace, které vedou k objasnění výzkumných otázek. Pečlivě si zaznamenává popis místa a vzorku zkoumání, citace z rozhovorů a poznámky. Vlastnosti základních metod kvalitativního přístupu jsou popsány níže (viz Obrázek 2). (Hendl, 2005, s. 49 – 51)

Obrázek 2: Vlastnosti základních metod kvalitativního přístupu

Metoda	Vlastnost	Výhoda
pozorování	delší období kontaktu	pochopení subkultury
texty a dokumenty	rozbor významu, organizace a použití	teoretické porozumění
interview	relativně nestrukturované	porozumění zkušenosti
audio- a videozáznamy	přesná transkripce přirozených interakcí	porozumění průběhu interakcí

Zdroj: Hendl, 2005, s. 50

Pro účely kvalitativního výzkumu byla vybrána metoda sběru dat formou případové studie, která je dle Miovského (2006, s. 94) považována za základní a nejrozšířenější typ kvalitativního výzkumu. Sedláček (In: Švaříček, Šeďová, 2014, s. 96 – 112) je toho názoru, že v případové studii by mělo být využito všech dostupných metod sběru dat nejen kvalitativní techniky, ale také metody sběru dat kvantitativního výzkumu a výsledky by měly být prezentovány společně. Hlavním předmětem zkoumání v rámci případové studie je případ, může se jednat o konkrétní osobu, instituci, komunitu ale i postup nebo proces. Jednotkou může být i větší celek. (Yin, 2014, s. 237)

Případovou studii je obtížné definovat (Mareš, 2015, s. 116 – 117). Z pohledu výzkumného přístupu se případová studie může provádět prostřednictvím různých výzkumných metod jako je pozorování, individuální rozhovory, diskuze ve focus group, obsahová analýza dokumentů nebo i dotazníkové šetření. „*Jedná se o přístup celostní, holistický, jenž se snaží poznat konstitutivní složky případu, zachytit zkoumaný případ (či několik případů) v kontextu reálného života a dospět k jeho hlubšímu porozumění.*“ (Mareš, 2015, s. 116)

Nejčastěji je případová studie charakterizována jako detailní popis jedné nebo více osob se stejnými nebo obdobnými problémy za účelem porovnání získaných poznatků při porozumění podobným případům. (Hendl, 2005, s. 104).

U vybraného výzkumného vzorku pro kvalitativní výzkum bylo provedeno pozorování v domácím prostředí, které je pro zkoumané osoby přirozené. Sběr dat probíhal od listopadu 2021 do ledna 2022. Případová studie je tvořena z **rozhovorů (interview)** s pečující osobou o seniora s demencí, z **pozorování** seniorů s demencí a je doplněna o **analýzu dokumentů** (osobní a rodinná anamnéza - základní údaje o seniorech jako je věk, pohlaví, vzdělání, typ demence, rodina, záliby), které byly poskytnuty k nahlédnutí. Pro zachování důvěrnosti byla u výzkumného vzorku jména všech osob cíleně změněna.

Rozhovor (interview) patří mezi nejnáročnější a zároveň nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Pokud se propojí i s pozorováním, tak je možné pro výzkum získat maximum. Jedná o moderovaný rozhovor obvykle s jednou, maximálně třemi osobami, s pevně stanoveným cílem a účelem výzkumu. Zvoleno bylo polostrukturované interview, které je náročnější na přípravu, vychází ze závazného okruhu otázek, ale umožňuje změnu jejich pořadí dle potřeby a odpověď může být dovysvětlena či upřesněna. Mohou být kladeny doplňkové otázky, pro ověření pochopení a správnou interpretaci. (Mioviský, 2006, s. 155 – 162)

„Obzvláště výhodné je polostrukturované interview pro práci s cílovými skupinami, které nevykazují příliš extrémní anomálie ve svém chování, avšak současně s nimi není vždy lehké komunikovat.“ (Mioviský, 2006, s. 161)

Rozhovory se seniory a pečující osobou probíhaly formou polostrukturovaného interview, které je oproti dotazníkové formě přínosnější díky osobnímu kontaktu. Pro dodržení okruhu otázek byla využita osnova interview a záznamový arch pro zapsání nejdůležitějších poznámek a zjištění. Po domluvě s pečující osobou byla vždy zvolena optimální denní doba i délka interview, která vyhovovala především seniorům s demencí. V případě potřeby bylo předčasně ukončeno (z důvodu únavy seniora, nemoci) nebo naopak setkání bylo delší. Při přípravě samotného interview a jeho průběhu byla snaha o dodržení popsaných fází interview dle Mioviského. (2006, s. 163 – 174)

V úvodní přípravné části interview byly formulovány výzkumné otázky, osnova interview, informovaný souhlas pro účastníka výzkumu a souhlas s pořizováním audio

a video záznamů včetně fotodokumentace (nahrávání rozhovorů, setkání). Byl navázán kontakt s potenciálním účastníkem výzkumu na základě osobních vazeb a zprostředkovaných kontaktů. Potenciální účastník byl seznámen s tématem práce i výzkumu, účelem interview a pozorování, bližšími informacemi o průběhu a podmínkami, které jsou potřebné pro provedení výzkumu. Po získání souhlasu s provedením interview a pozorování včetně záznamu dat od potenciálního účastníka byla domluvena první osobní schůzka s pečující osobou o seniora s demencí.

První osobní schůzka sloužila k navázání osobního kontaktu, seznámení se a k motivaci účastníka výzkumu. Účastníkovi výzkumu byl blíže představen cíl a průběh výzkumu, byl vyzván k podpisu informovaného souhlasu s účastí na výzkumu a souhlasu se zaznamenáváním rozhovorů a setkání. Pokud byla pečující osoba zároveň soudně stanoveným opatrovníkem seniora s demencí, byla požádána i o podpis informovaného souhlasu za seniora a přípravu potřebných dokumentů o seniorovi s demencí k prostudování osobní a rodinné anamnézy. Pokud senior s demencí neměl soudně stanoveného opatrovníka, informovaný souhlas s účastí na výzkumu podepsal sám a i byl požádán o sdělení osobní a rodinné anamnézy.

Samotnému interview předcházela **analýza dokumentů** a pečlivé prostudování osobní a rodinné anamnézy seniora s demencí s cílem lépe poznat seniora a připravit se na pozorování a následné interview s pečující osobou. Připravit se a minimalizovat případná rizika, která by mohla způsobit vyvolání bolestivých vzpomínek. Najít vhodný citlivý způsob komunikace se seniorem s demencí i s pečující osobou. Poznatky, poznámky pro osobní setkání včetně upřesňujících dotazů byly předem sepsány pro lepší orientaci při osobním setkání.

Pozorování seniorů s demencí probíhalo formou zúčastněného otevřeného pozorování jak při reminiscenčních, tak i běžných aktivitách v jejich domácím prostředí a za přítomnosti i pečující osoby. Všichni účastníci výzkumu souhlasili s nahráváním rozhovorů formou audiozáznamu. Tím vznikl prostor pro intenzivnější vnímání a pozorování seniorů s demencí i pečujících osob, jejich reakcí, výrazů a navázání užšího kontaktu. Průběžně byly zaznamenávány i poznámky a byl veden i písemný záznam o aktivitě seniorů s demencí při reminiscenční terapii (viz Příloha G – Záznam o aktivitě seniora).

„Zúčastněné pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. Stává se tak součástí těchto jevů, je jedním z aktérů. V průběhu pozorování tak dochází mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem k interakci.“ (Miovský, 2006, s. 152)

Výhodou tohoto pozorování je možnost výzkumníka zapojit se a lépe pochopit a popsat co, jak a proč zkoumané osoby dělají. Současně navázat bližší kontakt a kvalitní pohled na zkoumaný jev, který by byl jinak nedostupný nebo zkreslený. Nevýhodou je náročnost na kompetence výzkumníka a také možné riziko narušení přirozeného vývoje událostí, ztráta nadhledu a objektivnosti výzkumníka. Jelikož účastníci byli s pozorováním seznámeni a věděli, že jsou pozorováni, jedná se o metodu otevřeného zúčastněného pozorování. (Miovský, 2006, 152 – 155)

Zúčastněné – přímé pozorování může probíhat i formou skrytého pozorování prostřednictvím jednostranně průhledných stěn či pomocí záběrů skryté kamery apod. Tato metoda umožňuje sledovat přirozený průběh, aniž by byl narušen či ovlivněn přítomností pozorovatele. (Grecmanová, Holoušová, 2002, s. 220-221)

Po analýze dokumentů a pozorování, první fázi sběru dat, následovala předběžná analýza získaných dat. Ta vedla k úpravě a formulaci dalších výzkumných otázek, jelikož původně stanovené výzkumné otázky bylo potřeba upravit a lépe stylizovat. A také z pozorování vyplynuly nové podněty.

Poté následovalo samotné **interview** s pečující osobou dle osnovy interview doplněné o nové výzkumné otázky (viz Příloha H – Osnova interview). Odpovědi byly opět zaznamenány pomocí audio nahrávky, případně písemnou poznámkou do osnovy. Většina interview trvala v rozsahu jedné hodiny a probíhaly v klidné a uvolněné atmosféře. Při prepisu rozhovorů byla zachována mluva účastníků či jen nepatrně pozměněna, aby obsah sdělení zůstal stejný. A data byla anonymizována.

Největším úskalím při sběru kvalitativních dat bylo správně určit vhodný čas pro pozorování seniorů s demencí. Bylo nutné zohlednit aktuální stav a naladění seniora (nálada, únava, nemoc, denní režim) a zohlednit jeho pomalejší tempo. Také bylo nutné minimalizovat riziko a neohrozit žádného účastníka výzkumu zhoršující se situací s výskytem nemoci Covid-19.

5.3 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkumné šetření pak bylo zvoleno k získání potřebných dat od druhého výzkumného vzorku, který byl tvořen osobami pečující o seniory s demencí v pobytovém zařízení. Tato data byla nezbytná pro porovnání zkušeností a odhalení případných rozdílů či výhod při využití reminiscenční terapie při práci se seniory s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. Sběr dat probíhal v lednu 2022.

Dotazník patří mezi jednu z nejefektivnějších technik sběru statistických dat s širokým záběrem respondentů i při poměrně nízkých nákladech a bez nutnosti asistence dalších tazatelů. Anonymita patří mezi další pozitiva této techniky sběru dat. Nevýhodou může být neochota respondenta zúčastnit se výzkumného šetření, náhodné odpovědi bez rozmyšlení. Riziková je i jeho nízká návratnost, která ovlivňuje reprezentativnost průzkumu. (Disman, 2000, s. 140 – 142)

Pro kvantitativní výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazování formou elektronického dotazníku – online dotazníku. Správný výběr formy dotazníkového šetření zohledňoval srozumitelnost, jednoduchost a dostupnost pro respondenty, která významně ovlivňuje celkovou návratnost dotazníků. Dotazování je způsob písemného kladení otázek pomocí dotazníku s cílem získat požadované odpovědi v písemné formě.

Respondenti byli předem obeznámeni s účelem a cílem dotazování prostřednictvím průvodního dopisu (viz Příloha I – Průvodní dopis), jehož součástí byl i odkaz na online dotazník. Pro podporu návratnosti byl dotazník přiložen i ve wordovém dokumentu (viz Příloha J – Dotazník). Záleželo na výběru respondenta, jakou formu pro vyplnění dotazníku zvolí. Všichni respondenti měli možnost se rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní nebo ho odmítnou. Zároveň byli hned v úvodu informováni, že dotazník je anonymní.

Elektronická forma dotazníku (online dotazník) byla vytvořena na webových stránkách www.survio.cz a její obsah byl totožný s dotazníkem ve wordovém dokumentu. Vyplnění online dotazníku je velice jednoduché, intuitivní a bez nutnosti stahování či instalování aplikace. Lze si ho otevřít z jakéhokoli zařízení s připojením k internetu (notebook, stolní počítač, mobilní telefon či tablet). Odpovědi jsou automaticky zaznamenány a odeslány na definovaný profil či emailovou adresu pro sběr dat.

Dotazník obsahuje různé typy otázek s rozlišnou vypovídací hodnotou. Využity jsou otázky otevřené s tzv. volným koncem pro volnou formulaci respondentovi

odpovědi. Uzavřené otázky nabízejí respondentovi předem nadefinovaný výčet možných odpovědí, jedná se o tzv. otázky vícenásobného výběru. Dichotomické otázky patří také mezi uzavřené otázky a respondent na ně volí odpověď pouze slovem Ano či Ne. Dotazovala jsem se na 13 otázek.

Otázky uvedené v online dotazníku byly shodné s otázkami určenými pro rozhovory s pečující osobou o seniora s demencí v domácím prostředí. Jako první proběhly rozhovory s pečující osobou o seniora v domácím prostředí. Data byla prvotně zpracována a bylo nutné formulovat a doplnit o další otázky. Pro dotazníkové šetření pak byly použity již všechny otázky, nutné k získání požadovaných dat i z pobytových zařízení.

Testování online dotazníku a způsob sběru odpovědí bylo provedeno na skupině osob z řad sociálních pracovníků před samotným dotazováním. Po drobných úpravách byl online dotazník připraven k rozeslání na vybraná pobytová zařízení.

5.4 Popis a výběr výzkumného vzorku

Ke **kvalitativnímu výzkumnému šetření** bylo vybráno celkem 5 seniorů s demencí a jejich pečující osoby metodou záměrného výběru. Mezi hlavní a rozhodující kritéria pro výběr seniora do výzkumného vzorku byl věk (osoba ve věku 60 let a více), lékařské potvrzení demence – porucha kognitivních funkcí a péče v domácím prostředí. Dle Gavory (2008, s. 144) se u kvalitativního šetření vždy jedná o záměrný výběr a výběr osob je reprezentativní.

Miovský charakterizuje nepravděpodobnostní metodu prostého záměrného výběru tím, že je mezi potenciálními účastníky vybrán výzkumný vzorek na základě vhodnosti jejich účasti na výzkumu a oni s tím souhlasí. Pro výběr doporučuje menší výběrový soubor, do kterého je možné k výběru zařadit více osob bez větších komplikací. (Miovský, 2006, s. 136)

Kvalitativní výzkum složený z pozorování, rozhovorů a analýzy osobních dokumentů probíhal v domácím prostředí seniorů, které je jim přirozené a cítí se v něm bezpečně a za účasti pečující osoby. (Disman, 2000, s. 298)

Pro **kvantitativní výzkumné šetření** bylo vybráno a osloveno 6 pobytových zařízení z Karlovarského kraje, které se zaměřují na péči o osoby s demencí metodou záměrného výběru přes instituce.

Miovský popisuje záměrný výběr přes instituce jako metodu, kdy je pro výzkumné šetření vybrán určitý typ instituce, která nabízí služby nebo činnosti určené pro cílovou skupinu, která odpovídá výzkumnému šetření. Tuto metodu shledává z pohledu času a nákladů jako velmi efektivní. Upozorňuje, že výběr může být zkreslen nedostatečným oslovením všech možných osob z dané cílové skupiny. (Miovský, 2006, s. 138)

Základní soubor je tvořen seniory trpící demencí, osobami pečující o seniory s demencí, osobami vykonávající reminiscenční terapii, členy rodiny pečující o osobu blízkou s demencí na území Karlovarského kraje.

Výzkumný vzorek je reprezentován 5 seniory s demencí, 5 osobami, kteří pečují o osobu blízkou s demencí a personálem (osoby pečující o seniory s demencí nebo vykonávající reminiscenční terapii) z pobytových zařízení, která se zaměřují na péči o seniory s demencí. Výzkumný vzorek splňuje všechny náležitosti základního souboru. (Gavora, 2008, s. 59 – 67)

Všichni senioři jsou ve věku od 75 do 89 let, jedná se tedy o stádium vlastního stáří. Trpí určitou formou demence v různých stádiích a žijí v domácím prostředí na území Karlovarského kraje. Pečující osobu u všech 5 seniorů tvoří člen rodiny, převážně dcera či syn s dopomocí ostatních členů bližší rodiny.

Velmi důležitou zásadou při kvalitativním výzkumném šetření je nezveřejňovat osobní údaje jako je jméno a příjmení, adresa či jiný lehce identifikovatelný údaj. A to z důvodu ochrany účastníka výzkumu a jejího soukromí. (Gavora, 2008, s. 204) Švaříček a Šed'ová (2007, s. 45 – 46) označují tuto zásadu jako důvěrnost.

V každém výzkumu by také měl účastník udělit Informovaný souhlas s účastí na výzkumu a nezbytný je také souhlas s pořizováním fotodokumentace a jiných audiovizuálních záznamů včetně nahrávání rozhovorů (viz Příloha K – Informovaný souhlas a Souhlas se zaznamenáváním).

Místem výzkumu je domácí prostředí seniora s demencí pro kvalitativní výzkumné šetření a 6 pobytových zařízení z Karlovarského kraje, které se zaměřují na péči o osoby s demencí, pro kvantitativní výzkumné šetření.

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Potřebná data byla získána analýzou odborné literatury a poskytnuté dokumentace, pozorováním seniora s demencí a pečující osoby při reminiscenční terapii a i při běžných činnostech a z interview s pečující osobou v období od listopadu 2021 do ledna 2022. Pro přehlednost byli účastníci kvalitativního výzkumu označeni, viz Tabulka 1: Přehled účastníků.

Tabulka 1: Přehled účastníků

Přehled	výzkumná osoba	pečující osoba
případová studie č. 1	paní A	Pečující 1
případová studie č. 2	pan B	Pečující 2
případová studie č. 3	pan C	Pečující 3
případová studie č. 4	paní D	Pečující 4
případová studie č. 5	paní E	Pečující 5

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

Data nutná k porovnání rozdílů a zkušeností s využitím reminiscenční terapie v domácím prostředí a v pobytovém zařízení byla čerpána z interview s pečujícími osobami o seniora s demencí v domácím prostředí a z dotazníků od pečujících osob o seniory s demencí, pracujících ve vybraných pobytových zařízeních.

6.1 Případová studie č. 1

Výzkumná osoba č. 1 – Paní A

Paní A je 88 letá žena, která se narodila roku 1934 v říšském Německu. Vyrůstala se svými rodiči a sestrou. Kvůli válce se často stěhovali. Válka její život hodně ovlivnila a i nyní je stále v jejím životě přítomna. Se svým manželem se přestěhovala do Karlovarského kraje na statek. Měli syna a dceru. Celý život pracovala na statku, kolem zvířat a na zahradě, což bylo a je stále jejím velkým koníčkem. Nyní ráda čte, sleduje zprávy a zajímá se o politiku. I ve svém věku stále jezdí na staré skládačce nebo si s ní pomáhá při chůzi. Trpí stařeckou formou demence a léčí se s cukrovkou. Kognitivní funkce nejsou zhoršené. Dlouhodobá i krátkodobá paměť jí slouží velice dobře, úsudek je přiměřený věku, je plně soběstačná. Nyní žije v domě s pečovatelskou službou, kterou nevyužívá. Před 11 lety ovdověla a péče o rodinný dům a rozlehlou zahradu pro ni byla

velkou zátěží. Z tohoto důvodu se sama rozhodla přestěhovat. Pravidelně dochází na komunitní zahrádku, kde pěstuje zeleninu a květiny, sousedům krmí slepice.

Nejčastěji a ráda vzpomínala na období, kdy žila na velkém hospodářství, práci na statku, v porcelánce, na druhou světovou válku a také na své mládí. Na své dětství vzpomíná nerada. Má velice málo fotografií ze svého života, mezi oblíbené patří snímky zvířat (ovce, koza Líza, kočka Micka, pejsek Bertík, ...). Na ochočenou slepičku, která se nechala hladit a přišla na zavolání, vzpomíná často i se svými pravnoučaty. Fotografie pro ni mají velký význam a vždy se těší na nový fotokalendář, ve kterém má zachycený celý předchozí rok. Pomáhá jí si snáze vybavit zážitky a orientovat se v čase. Ráda komunikuje, vypráví a na setkání se těšila. Zajímala se o účel výzkumu a i o samotnou reminiscenční terapii.

Více vzpomíná s vnučkou, které může předávat své zkušenosti a znalosti ze zahradničení a zužitkování vypěstovaných plodin. Zároveň ji předává své životní zkušenosti, rekapituluje svůj život a snaží se jí poučit ze svých chyb. Často radila a vždy končila větou: „*Já bych to udělala tak ..., ale udělej si to, jak chceš, já tomu prd rozumím.*“

Pečující osoba č. 1

Pečující osobou paní A je její dcera. Společně vzpomínají a pomáhá jí s běžnými činnostmi v domácnosti. Interview bylo uskutečněno s vnučkou, se kterou paní A více vzpomíná.

6.2 Případová studie č. 2

Výzkumná osoba č. 2 – Pan B

Pan B se narodil v roce 1934 v jižních Čechách, je mu 87 let. Vyrůstal se svými rodiči, kteří měli celkem 12 dětí, z toho 2 zemřely po narození. Je posledním žijícím ze sourozenců. Po absolvování základní školy vystudoval střední školu. Byl ženatý a má 3 děti. Nyní žije ve společné domácnosti s družkou a denně ho navštěvuje jeho dcera. Dříve se věnoval filatelii, aktivně lidovému léčitelství, studiu esperanta a cizích jazyků, hrál karetní hry, byl vášnivý houbař a vedl společenský život. Měl rád rychlou jízdu a ve vyšším věku se naučil obsluhovat a komunikovat přes počítač. Rád cestoval za sestrou do Ameriky, o kterou se pak i několik let staral. Dříve rád vařil, pekl a se staral o domácnost. Ztratil zájem o poslech rádia a televizi nesleduje. V současné době trpí smíšenou

demencí, cukrovkou, astmatem, poruchou osobnosti, sníženou soběstačností a mobilitou. Je po operaci srdce. V mládí měl úraz hlavy a vidí pouze na pravé oko. Nyní rád navštěvuje rodinu, rád se sluní, chodí na krátké procházky a skypuje.

Do běžných činností se zapojuje jen velice málo. Potřebuje pomoc i se sebeobslužnými činnostmi. Vzpomíná velice rád a je velmi sdílný a otevřený. Vítá společnost jiných lidí a rád s nimi komunikuje i navazuje nové kontakty, zvláště se ženami. Z tohoto důvodu se i na společná setkání těšil. Při vzpomínání byl aktivní, veselý a rád byl středem pozornosti. Někdy bylo potřeba otázku či činnost upřesnit nebo zopakovat. Při vzpomínání se rád vracel do mládí, pobytu v Americe a houbaření. Bez problémů si vybavil písničky a i je zanotoval. Při tvorbě knihy života měl obtíže si vzpomenout na všechny své sourozence a jejich rodiny. Rodiče si pamatuje, ale těžko se orientuje v čase. S oblibou opakoval: „*Já tu budu do stovky, jsem stále duchem mladý. Tak mi to řekla i bába.*“

Pečující osoba č. 2

Pečující osobou pana B je jeho dcera, která je zároveň soudně stanoveným opatrovníkem. Na péči o domácnost a na přípravě stravy se podílejí společně s družkou pana B. Dcera ho denně navštěvuje a tráví s ním společně několik hodin.

6.3 Případová studie č. 3

Výzkumná osoba č. 3 – Pan C

Pan C se narodil v roce 1933 a je mu 89 let. Vyrůstal se svými rodiči a bratrem, po jejich rozvodu pak s matkou. Vystudoval střední průmyslovou školu a od mládí se věnoval myslivosti, filatelii a hrál fotbal. Při výkonu vojenské služby se seznámil se svou budoucí manželkou. Společně vychovali syna a dceru. V roce 2004 oslavili zlatou svatbu. O svou ženu dlouhodobě pečoval z důvodu vážné nemoci a před 5 lety ovdověl. Nyní žije sám v panelovém domě a denně ho navštěvuje jeho syn, který bydlí ve vedlejším vchodě. Dříve trávil většinu času v lese. Nyní se uzavřel do sebe a truchlí. Většinu času tráví sledováním televize, procházkami na hřbitov nebo na zahradě se svým synem. Zdravotní a psychický stav se rychle zhoršil po ztrátě manželky. Trpí vaskulární demencí, cukrovkou, prodělal rakovinu a léčí se s vysokým tlakem.

Běžné činnosti v domácnosti zvládá přiměřeně k věku a soběstačnost i úsudek se zhoršují. Vzpomínání je pro něj bolestivé a raději volí neutrální témata jako je sport,

politika nebo známá místa, kde žil a mají pro něj větší význam. Pro vybavení vzpomínek a orientaci mu pomáhá zeměpisná mapa, pohledy měst a fotografie. Se snachou vzpomíná na manželku, i když je to pro něj bolestivé. Vyčítá si, že trávil čas v lese a ne se svou ženou. Se synem o tom nedokáže mluvit.

Pečující osoba č. 3

Pečující osobou pana C je jeho syn, který s ním tráví většinu času, jelikož je již také ve starobním důchodě. Společně jezdí na zahradu, stříhají stromky, sečou trávu nebo připravují dřevo.

6.4 Případová studie č. 4

Výzkumná osoba č. 4 – Paní D

Paní D se narodila v roce 1940 a její 82 let. Žila s matkou, otec padl ve válce a nikdy ho nepoznala. Měla mladší nevlastní sestru. V raném věku si ji osvojila teta se strýcem. S matkou a sestrou se vídala jen občasně. Hovořila plynně německy, česky se učila až po nástupu do školy. V 17 letech se vdala a s manželem vychovala 2 syny a dceru. Manželské soužití bylo náročné a po 30 letech se rozpadlo. Dlouho žila sama a po nevydařeném vztahu se uzavřela do sebe. Nyní žije ve společné domácnosti s dcerou a jejím manželem. Dříve moc ráda četla a navštěvovala knihovnu, luštila křížovky, pletla a háčkovala, chodila na taneční zábavy, sbírala recepty a pekla. Sledovala jen německé televizní pořady. Před 5-ti lety ji byla diagnostikována Alzheimerova choroba, nyní ve stádiu středně těžké demence s nutností celodenní péče. Je po operaci krkavice a bypassu, léčí se s vysokým krevním tlakem, má sníženou soběstačnost i mobilitu. Postupně ztratila zájem o všechny své koníčky a věnuje se jen luštění křížovek. Uzavřela se do sebe a udržuje kontakt jen s blízkou rodinou. Je hodně unavená a má ráda svůj klid.

Běžné domácí práce nevykovává a potřebuje pomoc i se sebeobslužnými činnostmi. Vzpomíná velice ráda na své dětství prožité u tety a strýce, její pejsky z dětství, na výrobu houslí a na pasení krav. Pokud vzpomíná na bývalého manžela, tak se jí vybaví staré křivdy a bolest. Dokáže si vybavit vzpomínky z dlouhodobé paměti, s krátkodobou má velké obtíže a více méně je nutné vše vlídně opakovat. Nepoznává pravnučky, ostatní členy dcery rodiny ano. Vzpomínání ji dává pocit bezpečí a témata ke komunikaci. Potřebuje časté ujištění, kde se nachází, co je za den, že je s rodinou, která ji má ráda, které jí vždy uklidní. Při vzpomínání ji pomáhají různé osobní předměty. Ráda se vracela

na místa, kde dříve bydlela a do svého dětství. Komunikuje stále i v němčině, zpívá lidové a dětské písně, říkadla a rozpočítadla.

Pečující osoba č. 4

Pečující osobou paní D je její dcera, která je zároveň soudně stanoveným opatrovníkem. Bydlí spolu ve společné domácnosti.

6.5 Případová studie č. 5

Výzkumná osoba č. 5 – Paní E

Paní E je 76 let, narodila se v roce 1946 v západních Čechách. Vyrůstala s rodiči a sestrou. Svého budoucího manžela poznala, když jí bylo 20 let a narodila se jim jedna dcera. Bydlí s manželem v panelovém domě. Mezi její záliby patřily ruční práce – pletení, háčkování a vyšívání. Sbírala známky, pohledy a sošky soviček. Ráda sledovala soutěžní pořady a pořady o vyrábění a vaření. Před šesti lety jí byla diagnostikována Alzheimerova choroba, nyní ve stádiu středně těžké demence s nutnou celodenní péčí.

Postupně ztratila zájem a nebyla schopna se věnovat svým zálibám. Veškerý čas tráví se svým manželem, společně vzpomínají na společné zážitky, předčítá ji knihy a poslouchají staré gramofonové desky. Paní E si ráda prohlíží sbírku svých papírových ubrousků, rodinné fotografie a pohlednice. Z pohlednic dříve vyráběla krásné krabičky. Jednu jsem od ní dostala na památku. Další jsme využily pro tvorbu malé vzpomínkové krabice, ze které byla nadšená.

Pečující osoba č. 5

Pečující osobou paní E je její manžel, který se o manželku stará každý den.

6.6 Interview s pečující osobou

S každou pečující osobou o seniora s demencí bylo uskutečněno interview dle předem připravené osnovy. Odpovědi byly zaznamenány pomocí audio nahrávky a písemnou poznámkou do osnovy. Interview trvalo v rozmezí půl hodiny až jedné hodiny a probíhalo v klidné a uvolněné atmosféře.

Při přepisování rozhovorů byla zachována mluva účastníků výzkumu nebo byla odpověď jen nepatrně pozměněna, tak aby obsah sdělení zůstal stejný.

Otázka č. 1

Jak probíhá Vaše reminiscenční setkání?

Pečující 1: „*Když se vidíme, tak si povídáme o životě. Jak to je, jak to bylo. Teď spolu řešíme zahradu, tak mi radí, co, jak a kam zasít. Úplně tím žije a má úsměv na tváři. Zahradka to bylo její. Jindy prohlížíme fotky a hodně často vypráví o válce, statku a dětem pak o zvířatech, která měla.*“

Pečující 2: „*Teď tvoříme knihu života. Je to fuška, má 12 sourozenců. Našli jsme i staré osvědčení ze školy. Daří se nám to pomalu, splývají mu roky narození. Ale vzpomíná moc rád, on si nepřipouští svůj věk, je stále mlád.*“

Pečující 3: „*Trápí ho, že máma zemřela. Tak moc vzpomínat nechce. Tak se bavíme o sportu, společně nadáváme na politiku. O mámě mluví spíš se ženou, ale to se většinou rozpláče.*“

Pečující 4: „*Většinou spolu sedíme u stolu nad kávou a vzpomínáme na Tanti a maminky dětství. Jindy, když přijdou pravnučky, tak vyrábíme a malujeme a zpíváme u toho. Nejraději má takové ty žertovně upravené dětské písničky, na ty si vždy vzpomene.*“

Pečující 5: „*S manželkou vzpomínám rád. Má ráda, když si pustíme tu naši desku a prohlížíme fotky ze svatby nebo jak byla dcera malá.*“

Otázka č. 2

Jak se Váš/Vaše ... zapojuje a vnímá reminiscenční setkání?

Pečující 1: „*Těší se. Je s námi ráda a ještě radši vypráví, když ji někdo poslouchá.*“

Pečující 2: „*Má to moc rád. Není rád sám a ve vzpomínkách je zas v plné síle.*“

Pečující 3: „*Jak kdy a jak na co. Často vzpomíná na mámu, ale je to pro něj těžký.*“

Pečující 4: „*Zapojuje se, ale musí být v té správné náladě. Dost často je teď unavená a chce odpočívat. Když ale vzpomíná, tak má úsměv na tváři a je spokojená.*“

Pečující 5: „*Jsou to naše chvílky. Občas se smějeme, jindy smutníme.*“

Otázka č. 3

Jaký význam má podle Vás reminiscenční terapie pro Vašeho/Vaší ...?

Pečující 1: „*Rekapitujuje život a je šťastná, že může předat svá moudra, i když to pak hned smete slovy, že ví stejně prd.*“

Pečující 2: „*Je rád, že má společnost. Ta je pro něj důležitá. Vyplní čas a ožije jak jura.*“

Pečující 3: „*Vyrovnat se s tím, že už máma není a přijít i na jiné myšlenky.*“

Pečující 4: „*Získává klid a radost, že si něco pamatuje a není to s ní ještě tak strašné.*“

Pečující 5: „*Vzpomínky jsou to, co máme a můžeme v nich znovu prožít to co chceme.*“

Otázka č. 4

Jaký přínos (výhody) spatřujete u využití reminiscenční terapie u Vašeho/Vaší ...?

Pečující 1: „*zlepšení paměti, orientace v čase, sebedůvěra, mám bližší vztah, rekapitulace života, lepší nálada, vyplnění volného času, předání zkušeností.*“

Pečující 2: „*sebedůvěra ta určitě ano, lepší nálada, vyplnění času a kontakt, že není sám.*“

Pečující 3: „*vypořádání se s životem, lepší adaptace, vyplnění volného času, aktivizace.*“

Pečující 4: „*paměť, orientace v čase, sebedůvěra, komunikace, rekapitulace života, lepší nálada a vyplnění času.*“

Pečující 5: „*paměť, orientace v čase, sebedůvěra, komunikace, rekapitulace života, lepší nálada a společný čas.*“

Otázka č. 5

Co je pro Vás při reminiscenčních setkání nejobtížnější?

Pečující 1: „*Je to časově náročné a stále se opakující témata.*“

Pečující 2: „*Asi nic, možná přijmout tu jeho lehkost bytí.*“

Pečující 3: „*Pořád to stejné do kola.*“

Pečující 4: „*Když si nepamatuje moje dcery, vidět ji jak je bezmocná.*“

Pečující 5: „*To jak si někdy nedokáže vzpomenout, chtěla by něco udělat, ale neví jak.*“

Otázka č. 6

Co je pro Vás při reminiscenčních setkání příjemné?

Pečující 1: „*Občas se dozvím něco nového nebo historiky z jiného pohledu. Občas dobrá rada – nejradši mám ty do života typu: Chlap je hlava rodiny, ale žena krk, který tou hlavou otáčí.*“

Pečující 2: „*Co je příjemné? Asi ta sranda u toho, on je pro každou blbost.*“

Pečující 3: „*To, že jsme spolu, i když je to těžké.*“

Pečující 4: „*Čas spolu, legrace, občas sama sebe překoná a dělá si ze sebe legraci. Třeba když chtěla koupit řasenku, kterou nikdy nepoužívala.*“

Pečující 5: „*To, že je nám při tom dobře.*“

Otázka č. 7

Setkal/a jste se s komplikacemi při využití reminiscenční terapie?

Pečující 1: „*Ano, občas narazíme na bolavé vzpomínky. Nebo po radosti ze vzpomínání padne smutek – zahradu a dům už nemá, protože na ni nestačila.*“

Pečující 2: „*Ano, třeba při tvorbě knihy života už si nemohl vzpomenout na všechny sourozence, kdy se narodili rodiče a na babičku s dědou také ne.*“

Pečující 3: „*Ano, všechny vzpomínky ho táhnou k mámě. Vše si s ní spojuje.*“

Pečující 4: „*Ano, dost často bojujeme s únavou, pozorností, někdy ji to rozruší, že si na to nemůže vzpomenout.*“

Pečující 5: „*Nemáme, vzpomínáme jen na to, co se nám líbí.*“

Otázka č. 8

Jaká témata při reminiscenční terapii jsou u Vás oblíbená?

Pečující 1: „*Pro babičku jsou to tyto témata: mládí, svět dnes a dříve, záliby – zahrádka, válka a obecně historie, politika a taky covid.*“

Pečující 2: „*mládí, vaření, houby, cestování, Amerika, přátelé*“

Pečující 3: „*svět dnes a dříve, staré filmy, sport*“

Pečující 4: „*dětství, výchova dětí, zaměstnání, záliby*“

Pečující 5: „*mládí, svatba, děti, cestování, staré filmy*“

Otázka č. 9

Pomáhají Vašemu/Vaší ... reminiscenční pomůcky?

Pečující 1: „*rozhodně ano, fotografie, zahradního náčiní, zvířata*“

Pečující 2: „*fotky, písničky, jídlo*“

Pečující 3: „*ano, fotky, zeměpisná mapa, co má na lednici*“

Pečující 4: „*ano, prohlížíme si fotky, videa, fotokalendář, starý sešit s recepty, máme takové svoje hlášky a německé nadávky*“

Pečující 5: „*Ano, fotografie, pohlednice, ubrousky, gramofonové desky, staré filmy.*“

Otázka č. 10

Pomáhají Vám informace z reminiscenčních setkání při péči o Vašeho/Vaší ...?

Pečující 1: „*Ano, poznávám ji blíž a v některých věcech chápu, proč to tak má.*“

Pečující 2: „*Asi ano, občas bych měla také brát život s větší lehkostí jako on.*“

Pečující 3: „*Ano, jak jsme spolu, tak chápu, proč někdy není naladěn.*“

Pečující 4: „*Ano, uvědomuju si, že je to ta nemoc, že za to nemůže.*“

Pečující 5: „*Občas mě některé vzpomínky překvapí.*“

Otázka č. 11

Ovlivnila reminiscenční terapie komunikaci mezi Vámi a Vaším/Vaší ...?

Pečující 1: „*Ano, čím víc toho vím, tím snáz nacházím nová témata.*“

Pečující 2: „*Asi to máme na stejno, rozhodně se nezhoršila.*“

Pečující 3: „*Snažím se ho více chápat a dát mu čas.*“

Pečující 4: „*Ano, jsem trpělivější.*“

Pečující 5: „*Ano, vzpomínání mi dodává sílu.*“

Otázka č. 12

Má zájem Váš/Vaše ... o reminiscenční terapii?

Pečující 1: „*Ano má, vzpomínáme každý týden.*“

Pečující 2: „*Vzpomínáme každý den.*“

Pečující 3: „*Jak kdy.*“

Pečující 4: „*Snažíme se vzpomínat každý den.*“

Pečující 5: „*Ano.*“

Otázka č. 13

Vzděláváte se v oblasti reminiscenční terapie?

Pečující 1: „*Už ano, chtěla bych zkusit společně vytvořit knihu života.*“

Pečující 2: „*Tak různě si hledám inspiraci na internetu.*“

Pečující 3: „*Ne, možná manželka ano.*“

Pečující 4: „*Ano, snažíme se o vše, co by nám pomohlo maminku udržet, tam kde je teď.*“

Pečující 5: „*Ne, ale ta krabička se manželce moc líbila.*“

7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Po uskutečnění analýzy dokumentace a pozorování seniorů s demencí v domácím prostředí následovalo interview s jejich pečující osobou. Cílem bylo zjistit a popsat, jakým způsobem jsou využívané vzpomínky při práci se seniorem s demencí v domácím prostředí. Odhalit nejčastější komplikace při využití reminiscenční terapie, se kterými se setkávají pečující osoby u seniorů s demencí v domácím prostředí.

Prostřednictvím dotazníků zjistit potřebná data pro určení rozdílů a porovnání zkušeností pečujících osob při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení.

Pro přehlednost bylo vyhodnocení rozděleno do dvou částí. Nejprve je vyhodnoceno pozorování a interview, poté vyhodnocení a porovnání dotazníkového šetření s interview. Sběr dat pro kvalitativní výzkum probíhal od listopadu 2021 do ledna 2022 a pro kvantitativní výzkum v lednu 2022.

Domácí prostředí - senioři s demencí a pečující osoby

U tohoto výzkumného vzorku probíhala analýza dokumentace a odborné literatury, následně pozorování 5-ti seniorů s demencí při běžných činnostech a reminiscenčních setkání v domácím prostředí. Zakončeno bylo interview s pečující osobou, která se o seniora stará nebo vykonává reminiscenci.

Pobytové zařízení - pečující osoby o seniory s demencí

Pro tento výzkumný vzorek byl připraven online dotazník, který byl společně s průvodním dopisem zaslán e-mailem 6-ti pobytovým zařízením se zaměřením na péči o seniory s demencí v Karlovarském kraji. Elektronickému zaslání dotazníku předcházela telefonní rozhovor s vedoucím pracovníkem, který byl o záměru a účelu výzkumu seznámen a požádán o jeho distribuci mezi odpovídající zaměstnance. Ti pak byli s účelem a cílem dotazníku obeznámeni prostřednictvím průvodního dopisu, který byl součástí dotazníku.

Celkový počet distribuovaných dotazníků je v tomto případě náročné vyčíslit. Návratnost byla 11 online dotazníků prostřednictvím odkazu, z toho bylo řádně vyplněno 9 dotazníků (81 %). Zpět na email nebyl zaslán žádný dotazník. Vyhodnoceno bylo celkem 9 dotazníků.

7.1 Vyhodnocení pozorování a interview

Cíl 1 Popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí.

Pečující osoba, která dobře zná i minulost seniora s demencí dokáže citlivě zvolit téma, být nápomocná při samotném vzpomínání a dávat správné podněty. Lze uzpůsobit tempo i aktivity „na míru“. Znalost může být i nevýhodou, když pečující osoba zavrhne některé činnosti v domnění, že by o ně senior neměl zájem nebo je nemá rád.

Z pozorování a interview vyplynulo, že reminiscenční terapii využívají pečující osoby při práci se seniory s demencí v domácím prostředí. Reminiscenční pomůcky aktivně využívají a usnadňují jim vybavování vzpomínek. Vhodně zvolené pomůcky nebo téma dokáže navodit pozitivní náladu. Velmi oblíbené jsou fotografie, osobní předměty s citovou vazbou, dobové předměty, knihy a rodinné hlášky. Veselo bylo při recitování dětských básniček a říkanek nebo zpívání dětských a lidových písní. Někteří senioři rádi vzpomínali i při běžných aktivitách jako je vaření, pečení či domácí práce. Zde dobře působily i smyslové podněty (vůně kávy, cukroví).

Nesporným faktem je, že reminiscenční terapie ovlivňuje vztah mezi pečující osobou a seniorem s demencí. V domácím prostředí převážně pozitivně. Nabízí velké množství inspirace pro vzpomínání, upevňování rodinných vazeb, pomoc při překonávání problémů nejen s krátkodobou pamětí, ale i s bolestivými vzpomínkami. Senior získává pocit výjimečnosti, pocit bezpečí a zájmu, doplněné o naslouchání, porozumění a blízkost jiné osoby.

Cíl 2 Zjistit nejčastější komplikace při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí.

Mezi nejčastější komplikace řadí pečující osoby bolavé vzpomínky či náhlou změnu nálady (úzkost, rozrušení, smutek, hněv, ...). Pro pečující osoby je velmi náročné se vyrovnat se zhoršujícím se zdravotním stavem seniora (problémy s pamětí, psychické změny, pomalé tempo), únavou a s případným nezájmem ostatních členů rodiny. Vlastní motivace při každodenní péči, časová náročnost a nedostatek času na relaxaci bývá pro pečující osoby stresující. Únava, bolest či nepříznivý zdravotní stav negativně působí na reminiscenční setkání. Senioři měli větší sklon vzpomínat na křivdy a bolesti z minulosti nebo vzpomínat nechtěli.

7.2 Vyhodnocení a porovnání interview a dotazníků

Obou výzkumných vzorků jsem se dotazovala na 13 shodných otázek. Pro vyhodnocení některých otázek bylo zvoleno grafické znázornění pomocí sloupcového grafu. Při procentuálním vyjádření, byla čísla zaokrouhlena na celá čísla.

Výzkumný vzorek pečujících osob o seniora s demencí v domácím prostředí je dále v textu označován také jako „*první výzkumný vzorek*“ a jako „*domácí prostředí*“ v tabulkách a grafickém znázornění. Výzkumný vzorek pečujících osob o seniory s demencí v pobytovém zařízení je dále v textu označován také jako „*druhý výzkumný vzorek*“ a jako „*pobytové zařízení*“ v tabulkách a grafickém znázornění.

Cíl 3 Určit rozdíly a porovnat zkušenosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení.

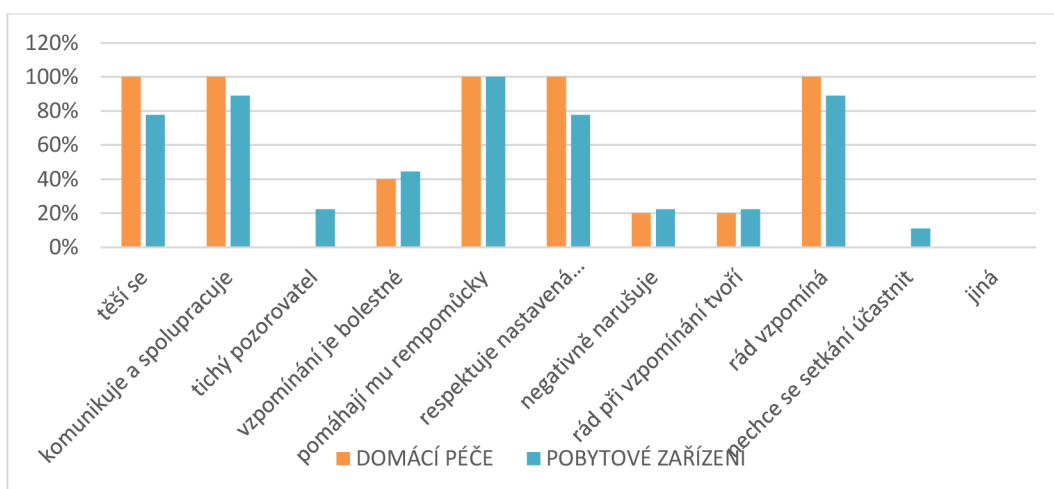
Otázka č. 1 - Jak probíhá Vaše reminiscenční setkání? Krátce popište průběh.

V domácím prostředí probíhá u všech seniorů individuálně. V pobytovém zařízení převažuje skupinová forma (56 %), doplněná o individuální (33%). Průběh reminiscenčních setkání probíhá u obou vzorků pravidelně s drobným pohoštěním, témata jsou volena dle přání seniora. V pobytovém zařízení i tematicky dle ročního období. Vzpomíná se při běžných činnostech (vycházka, nad fotografiemi, vaření).

Otázka č. 2 - Jak se senior s demencí zapojuje a vnímá reminiscenční setkání?

Na výběr bylo z 11 odpovědí, které se až na menší rozdíly shodují. V pobytovém zařízení jsou i senioři, kteří se účastní jako tichý pozorovatel nebo o setkání nemají zájem.

Graf 1: Zapojení seniora (reminiscenční setkání)



Zdroj: autor práce, 2022 (vlastní šetření)

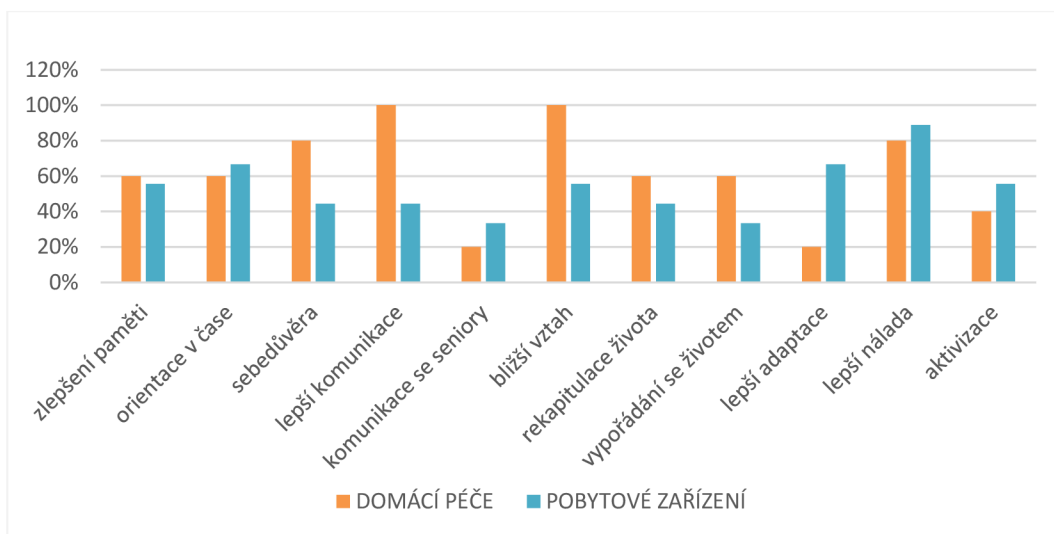
Otázka č. 3 a č. 4

Jaký význam má podle Vás pro seniora s demencí reminiscenční terapie?

Jaký přínos (výhody) spatřujete u využití reminiscenční terapie u seniora s demencí?

Mezi hlavními přínosy hodnotí oba výzkumné vzorky zlepšení paměti, pomoc s orientací v čase, posilování sebevědomí seniora, navození pocitu bezpečí, zlepšení komunikace s pečující osobou a i mezi seniory navzájem, u většiny dochází ke zlepšení nálady.

Graf 2: Význam a přínos reminiscenční terapie pro seniory s demencí



Zdroj: autor práce, 2022 (vlastní šetření)

Otázka č. 5 a č. 6

Co je pro Vás při reminiscenčních setkání nejobtížnější?

Co je pro Vás při reminiscenčních setkání příjemné?

Při domácí péči je pro pečující osoby náročné pracovat se stále stejnými tématy, nacházet nová a je těžké vyrovnat se s průběhem onemocnění. Bojují s časovou vyčerpávaností a vlastní motivací. Příjemné jsou okamžiky, kdy se smějí a jsou si blíže, jako by nemoc neexistovala. V pobytovém zařízení jsou také časově vyčerpáni a potřebují i čas rozdělit mezi všechny účastníky rovnoměrně. Zmiňují i nutnost usměrnit seniory, aktivizovat je. Je těžší odhalit a vyvarovat se bolestivým vzpomínkám a následně navodit zpět pohodu.

Otázka č. 7

Setkali jste se s komplikacemi při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí?

Obdobné komplikace se prolínají jak v domácím prostředí, tak v pobytovém zařízení. Shodují se na nepříznivém zdravotním stavu, nemoci, pomalejším tempu, sluchovém

nebo zrakovém omezení, události v rodině, nezájem rodiny, úmrtí přátel – depresivní ladění, nálada, denní doba, únava. V pobytovém zařízení je to i uspořádání skupiny, jak spolu vycházejí, jejich vztahy a vybavení reminiscenční místnosti nebo nezájem personálu o minulost seniorů.

Otázka č. 8 a č. 9

Jaká témata při reminiscenční terapii jsou u seniorů s demencí oblíbená?

Pomáhají seniorům s demencí reminiscenční pomůcky?

Oblíbenost témat se shoduje u obou výzkumných vzorků. Nejraději vzpomínají na mládí, výchovu dětí, záliby, válku, svět dnes a dříve. Samozřejmě i na jiná témata. Všichni také souhlasně uvádějí, že jim reminiscenční pomůcky při vybavování pomáhají. Ať už jsou to fotografie, osobní předměty, dobové předměty, knihy a časopisy, různé nahrávky, filmy, hudba, říkadla nebo zvířata.

Otázka č. 10 a č. 11

Pomáhají Vám informace z reminiscenčních setkání při péči o seniora s demencí?

Ovlivnila reminiscenční terapie komunikaci mezi Vámi a seniorem s demencí?

Získané informace pečujícím osobám pomáhají. V domácím prostředí se prohlubují vazby a dochází k pochopení určitých postojů a nálad. V pobytovém zařízení informace pomáhají k lepšímu poznání a následnému upravení péče o seniora s demencí. Je to cesta, kterou mohou získat mnoho užitečných a osobních informací.

Otázka č. 12 – Je zájem mezi seniory s demencí o reminiscenční terapii?

V domácím prostředí probíhá u všech seniorů individuálně a pravidelně, většinou každý den. Někdy je zájem větší, jindy nižší. Často bývá ovlivněn zdravotním stavem, únavou. V pobytovém zařízení se konají skupinové reminiscenční terapie pravidelně, účast je dobrovolná. Ne všichni mají zájem, někteří po prvotním nezájmu nakonec spolupracují a setkání si užijí. Některým seniorům více vyhovují individuální sezení.

Otázka č. 13 – Vzděláváte se v oblasti reminiscenční terapie?

Pečující osoby v domácím prostředí často aktivity prováděly přirozeně a s termínem reminiscenční terapie se setkaly poprvé. Mají zájem se vzdělávat. Zaujala je i možnost tvorby knihy života nebo vzpomínkových krabic. V pobytovém zařízení je také zájem o vzdělávání v oblasti reminiscenční terapie u pečujících osob (67 %).

8 DISKUZE

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit odpovědi na 3 hlavní výzkumné cíle pomocí kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

První cíl byl zaměřen na popsání možností využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Provedeným kvalitativním výzkumem bylo zjištěno, že pečující osoby využívají vzpomínání při každodenních činnostech se seniorem s demencí. Dokáží vhodně zvolit téma, podpořit ho ve vzpomínání jak slovně, tak i prostřednictvím vhodných podnětů a pomůcek. Reminiscenční terapie není finančně náročná, je lehce aplikovatelná a pro seniora s demencí má velký přínos. Pozitivně ovlivňuje nejen paměť, ale také samotnou komunikaci seniora s okolím.

Prostřednictvím **druhého cíle** se zjišťovaly nejčastější komplikace při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Ukázalo se, že pečující osoby v domácím prostředí se potýkají s podobnými komplikacemi jako pečující osoby v pobytovém zařízení. Vždy je potřeba se vyrovnat i s bolestivými traumaty nebo překonat nepříznivý zdravotní stav seniora s demencí. Jelikož pečující osobou o seniora s demencí v domácím prostředí bývá většinou blízký člen rodiny, může být vzpomínání, motivace, zhoršující se zdravotní stav a paměť seniora pro pečující osobu velmi psychicky a emočně vysilující.

Ve třetím cíli byly zjištěny rozdíly a porovnány zkušenosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. K rozdílům dochází u formy reminiscenčního setkání. Individuální setkání probíhají velmi podobně u obou výzkumných vzorků.

Naopak u skupinové formy reminiscenčního setkání dochází k odlišnostem. Při skupinové reminiscenční terapii je pak důležité pečlivě vybrat účastníky. Volit nižší počet účastníků a ideálně dva reminiscenční terapeuty, kteří se mohou vzájemně doplňovat. Je nutné zohlednit přání a potřeby všech účastníků, kteří tuto malou skupinu tvoří. Může zde častěji docházet k narušení pravidel či menším konfliktům mezi účastníky. Mezi výhody pak patří lepší vybavování vzpomínek seniora a základě vyprávění jiného účastníka, navazují nové kontakty a komunikují i s jinými seniory.

Oba výzkumné vzorky se shodují o pozitivním významu využití reminiscenční terapie pro seniora s demencí. V rozhovorech a dotazníkovém šetření se odráží osobní zkušenosti pečujících osob, úskalí i pozitiva s využitím a realizací reminiscenční terapie

u seniorů s demencí. Tyto výsledky se ve větší míře shodují i se závěry pro skupinovou práci s lidmi postiženými demencí dle Janečkové a Vackové. (Janečková, Vacková, 2010, s. 100 – 110)

„Reminiscenční výzkum přinesl výsledky, které svědčí o tom, že začleňování seniorů trpících demencí do reminiscenčních skupin má pro ně pozitivní význam. Patrně platí, že čím je demence hlubší, tím je efekt reminiscence výraznější a zlepšení nápadnější.“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 100)

Reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí umožňuje dát seniorům pocit bezpečí, zároveň i dostatek času a pozornosti. Témata je dobré mít předem připravená a volit jednodušší, spíše každodenní činnosti (práce v domácnosti, vaření či pečení oblíbených jídel, ...). Využívat různé reminiscenční pomůcky a působit na co nejvyšší počet smyslů (čich – vůně kávy, čaje; hmat – hračky z dětství, doteky a hlazení zvířátek; sluch – známé melodie a zvuky, hlasy lidí, četba; zrak – fotografie, video nahrávky, představení, sledování činností). Používat i neverbální komunikaci jako oční kontakt, úsměv, dotek a gesta, která jsou seniorovi příjemná a snadno pochopitelná. Přizpůsobit činnosti i tempo seniorovi nebo všem členům skupiny, být trpělivý a dávat dostatečný prostor pro reakci seniora s demencí. Motivovat seniory s demencí ke vzpomínání, vyjadřování a sdílení svých vzpomínek. Radovat se s ním i z malých úspěchů a podporovat ho. Neposilovat v něm pocit zbytečnosti, osobního selhání. Vždy respektovat jeho důstojnost.

Velice zajímavé by bylo ověření přínosu reminiscenční terapie pro seniory s demencí v domácím prostředí prostřednictvím MMSE testu v pravidelných časových intervalech. Pozitivní výsledky by mohly sloužit motivačně pro pečující osoby.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí. Zaměřila jsem se více na domácí prostředí. Odchodem do důchodu, náš život nekončí. Naopak bychom tuto významnou sociální událost a nacházející období stáří měli vnímat jako novou kapitolu našeho života. Čekají nás nové výzvy, ale také nevratné involuční změny. Část je dána geneticky, ale část můžeme ovlivnit (způsob života, mezilidské vztahy, vzdělání, záliby ...).

Ne každý senior se může těšit dobrým zdravotním a psychickým stavem. Seniori trpící demencí potřebují mnohem větší podporu nejen od svých blízkých, ale také od společnosti. Reminiscenční terapie je jednou z cest, která pomáhá zachovat uspokojivou kvalitu života seniorů i v pokročilém stádiu nemoci. Je založena na rozhovoru o minulosti, kdy na jedné straně je terapeut, pracovník sociálního zařízení či pečující osoba a na druhé straně senior, klient nebo skupina. Je možné ji realizovat i v domácím prostředí seniora s demencí. Může se prolínat běžnými denními činnostmi nebo se jí věnovat samostatně na určité téma.

Vzpomínky nám pomáhají znovu prožít příjemné okamžiky, vyrovnat se s bolestivými zážitky, navázat nové vazby či předat zkušenosti další generaci. Vzpomínky pomáhají seniorům uvědomit si hodnotu prožitého života, dodat jim zpět sebedůvěru a své místo. Snižují pocit zbytečnosti a sociální izolace.

Cílem bakalářské práce bylo popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Objasnit nejčastější komplikace, odhalit rozdíly a porovnat zkušenosti pečujících osob v domácím prostředí a v pobytovém zařízení při využívání reminiscenční terapie u seniorů s demencí.

Teoretická část vycházela z odborné literatury a byla věnována charakteristice základních pojmů. Jedná se o stáří a stárnutí, demenci a její druhy, detailněji je popsána Alzheimerova choroba. Poslední kapitola se věnuje reminiscenční terapii, principům a formám reminiscence, práci se vzpomínkami, reminiscenčním pomůckám, reminiscenčním metodám a aktivitám. Není opomenuta ani osobnost reminiscenčního terapeuta.

V praktické části se podařilo zodpovědět všechny stanovené výzkumné cíle. Zvolena byla smíšená výzkumná strategie, kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu, která umožňuje využít výhody obou výzkumů. Potřebná data byla získána

převážně formou zúčastněného pozorování seniorů s demencí, z interview a dotazníků s osobou pečující o seniora s demencí. Další nezbytná data studiem poskytnutých dokumentů a odborné literatury.

Prvním stanoveným cílem bylo popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Z výzkumu vyplynulo, že pečující osoby využívají vzpomínání při každodenních činnostech. Citlivě volí vhodná témata pro vzpomínání, dokáží seniora motivovat i ho podpořit ve vzpomínání. Využívají dostupné osobní předměty, fotografie a podněty. Reminiscenční terapie je pro ně přirozenou součástí denní péče. Je levná, dostupná, lehce aplikovatelná a pro seniora s demencí má velký význam. Pozitivně ovlivňuje paměť, ale i samotnou komunikaci seniora s okolím.

Zjištění nejčastějších komplikací při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí byl cíl druhý. Pečující osoby v domácím prostředí se potýkají s podobnými komplikacemi jako pečující osoby v pobytovém zařízení. Vždy je potřeba se vyrovnat i s bolestivými traumaty nebo překonat nepříznivý zdravotní stav seniora s demencí. Blízký člen rodiny, který pečuje o seniora s demencí, má roli ztíženou o osobní vazby a emoce. Zhoršující se nepříznivý stav, ztráta paměti a někdy i samotné vzpomínání je pro pečující osobu psychicky vysilující a náročné.

I poslední výzkumný cíl byl naplněn. Byly zjištěny rozdíly a porovnány zkušenosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. Individuální setkání probíhají velmi podobně u obou výzkumných vzorků. V domácím prostředí má pečující osoba výhodu v podobě dobré znalosti života seniora. U skupinové formy reminiscenčního setkání dochází k odlišnostem. Důležitý je pečlivý výběr menšího počtu členů za účasti 2 reminiscenčních terapeutů, kteří se mohou vzájemně doplňovat. Je nutné zohlednit přání a potřeby všech členů a každému věnovat podobný čas. Mezi výhody pak patří lepší vybavování vzpomínek seniora na základě vyprávění jiného člena, navazují nové kontakty a komunikují i s jinými seniory.

Následující zjištění z výzkumného šetření by mohla sloužit jako obecná doporučení. Z pozorování i z rozhovorů vyplynulo, že senioři, kteří se nechtějí účastnit nebo jsou zpočátku zdrženliví, se po čase většinou také zapojí. Rozhodně není vhodné je k reminiscenčním aktivitám nutit. Vzpomínání by mělo být přirozené a ne vynucené. Někomu více vyhovuje vzpomínat ve skupince, jinému zas individuálně. Dobře zvolené prostředí, klidná atmosféra a důvěra pomáhají při vzpomínání také.

Senior by neměl cítit obavy sdílet i nepříjemné a bolestivé vzpomínky. Pečující osoba by měla být připravena a citlivým způsobem seniora vyslechnout, nechat ho se svěřit a vypořádat se tak s tíživou vzpomínkou, nejlépe při individuálním rozhovoru.

Je dobré reminiscenční aktivity přizpůsobit zdravotnímu i psychickému stavu seniora s demencí a jeho tempu. Pro lepší orientaci v čase je vhodné zařazovat témata spojená s aktuálním ročním obdobím (např. Vánoce). Nezahlcovat ho velkým množstvím informací, úkolů, otázek, ale také i hodně pomůckami. Vždy by měl mít na vše dostatek času, v opačném případě by se mohli cítit ukřivdění a stáhnout se (např. nestihli si prohlédnout fotografie, neměli dostatek času pro své vyprávění, ...).

Je dobré se zajímat i o další možné reminiscenční aktivity a obohatit si tak vzpomínání a společný čas. Senior s demencí může vzpomínat nejen s pečující osobou, ale také i s ostatními členy rodiny nebo s přáteli. Studium odborné literatury nebo účasti na seminářích se může vzdělávat pečující osoba. Přínosem jí budou nejen nové vědomosti jak se vzpomínkami pracovat, ale také cenné zkušenosti.

Práce mě obohatila hned v několika směrech. Nejen o nové zkušenosti a informace načerpané z odborné literatury, ale pozorování a rozhovory s pečující osobou mi pomohly si znovu uvědomit důležitost vzpomínek i rodiny v životě každého a jak zásadní jsou pro náš vývoj.

Velmi mě překvapila vstřícnost, otevřenost a ochota všech seniorů s demencí a pečujících osob v domácím prostředí sdílet své vzpomínky a vpustit mě do svého života. Je příznivé, že výzkumná část potvrdila důležitost a přínos vzpomínání.

Dalším možným rozšířením této práce by mohl být výzkum zaměřený na ověření přínosu reminiscenční terapie pro seniory v domácím prostředí prostřednictvím MMSE testu v pravidelných intervalech. Zajímavé by bylo i zjištění zlepšení či zhoršení před započítím reminiscenční terapie a následně v pravidelných intervalech. Výzkum by mohl probíhat na základě dlouhodobého pozorování širšího vzorku účastníků výzkumu. Pozitivní výsledky by mohly sloužit jako motivace nejen pro pečující osoby, ale také jako podnět k realizaci pro osoby, které reminiscenční terapii zatím při práci nevyužívají.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BRAGDON, A. D. a GAMON D., 2009. *Nedovolte mozku stárnout*. Vyd. 2. Přeložil Silvie STRUKOVÁ. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-500-4.

DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 9788024601397.

GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK. ISBN 978-80-223-2391-8.

GLENNER, J. A., 2021. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

GRECMANOVÁ, H., E. URBANOVSKÁ a D. HOLOUŠOVÁ. 2002. *Obecná pedagogika*. Olomouc: Hanex, Edukace (Hanex). ISBN 80-85783-20-7.

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

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

Chráška, M., 2007, *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369- 4

JANEČKOVÁ, H. a M. VACKOVÁ. 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 9788073675813.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2472-454-6.

KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

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

KOLEKTIV AUTORŮ. 2015. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-106-5.

- KOUKOLÍK, F. a R. JIRÁK. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 8071696153.
- KOZÁKOVÁ, Z. a O. MÜLLER., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6
- KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MIOVSKÝ M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s., 1.vyd. ISBN 80-247-1362-4
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, P., 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.
- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PICHAUD, C. a I. THAREAU. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.
- STRAUSS, A. L. a J. CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
- STUART-HAMILTON, I., 1998, *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠPATENKOVÁ, N. a B. BOLOMSKÁ. 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. ISBN 9788072627110.
- ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0
- VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024613185.

ZGOLA, J. M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024701839.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

GAUTHIER S., 2001. *Alzheimer's disease*. London: Martin Dunitz.

Rosenzweig, S. (1944). An outline of frustration theory. In: J. M. Hunt, *Personality and the behavior disorders* (p. 379–388). Ronald Press.

SCHWEITZER P. a E. BRUCE, 2008. *Remembering yesterday, caring today. Reminiscence in dementia care*. London: Jessica Kingsley Publishers.

WOODS, R.T. at. al.(1992). *Reminiscence and life review with persons with dementia: Which way forward?*.(p. 138). London: Tavistock/Routledge,

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Los Angeles: Sage

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Alzheimerova choroba*. [online]. © 2015 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-v-cr/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *ČALS*. [online]. © 2015 [cit. 2021- 12- 18]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Demence a jejich příčiny*. [online]. © 2015 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/jine-priciny-demence/>

DIAKONIE ČCE. *Služby Diakonie Západ*. [online]. © 2022 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/pro-seniory/jubilata-pro-osoby-potrebuji-peci/kampan-mesic-pro-seniory/reminiscencni-skupiny/>

DIAKONIE ČCE. *Služby na zakázku*. [online]. © 2022 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://www.diakonicka-akademie.cz/kurzy-na-zakazku/reminiscence-v-praxi-vytvarime-vzpominkove-krabice-29/>

DOMOV PRO SENIORY ZASTÁVKA. *Programy*. [online]. © 2022 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://www.dszastavka.cz/programy/>

MAXDORF. *Velký lékařský slovník*. [online]. © 2008-2013 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/reverzibilni>

MUDr. DAVID GOLDEMUND – MANUAL CMP. *Mini-mental state examination*. [online]. © 2021 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/mini-mental-state-examination-mmse/>

MUDR. SHEARDOVÁ, K. a MUDR. HUDEČEK, D. *Prevence demence a životní styl. Neurologie pro praxi*. [online]. © 2011 [cit. 2021-12-08]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/10.pdf>

PAM SCHWEITZER. *Pam Schweitzer Theatre*. [online]. © 2022 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <http://www.pamschweitzer.com/theatre2.html>

PAM SCHWEITZER. *Pam Schweitzer*. [online]. © 2022 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <http://www.pamschweitzer.com/index.html>

PAM SCHWEITZER. *Pam Schweitzer*. [online]. © 2022 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <http://www.pamschweitzer.com/pdf/aboutreminiscence-work.pdf>

PEDAGOGIKA, Mareš J., *Tvorba případových studií pro výzkumné účely*. [online]. © 2015 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <http://userweb.pedf.cuni.cz/wp/pedagogika/>

REMINISCENČNÍ CENTRUM. *Fotogalerie*. [online]. © 2022 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://reminiscencnicentrum.cz/fotogalerie/>

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Sociologická encyklopedie*. [online]. © 2018 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Frustrace>

SURVIO, *Vytvořit dotazník*. [online]. © 2015 [cit. 2021-12-20]. Dostupné z: <https://www.survio.com/cs/>

SEZNAM ZKRATEK

- CNS – Centrální nervový systém
- CT – počítačová tomografie
- ČALS – Česká alzheimerovská společnost
- MMSE – Mini-Mental State Examination (orientační test kognitivních funkcí)
- MRI – magnetická rezonance

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Klasický průběh Alzheimerovy choroby	24
Obrázek 2: Vlastnosti základních metod kvalitativního přístupu	39

Seznam grafů

Graf 1: Zapojení seniora (reminiscenční setkání)	57
Graf 2: Význam a přínos reminiscenční terapie pro seniory s demencí	58

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled účastníků	46
------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – MMSE test	I
Příloha B – Ireverzibilní demence.....	II
Příloha C – Mapa života a její tvorba	III
Příloha D – Reminiscenční představení.....	IV
Příloha E – Ukázka vzpomínkových krabic.....	V
Příloha F – Výstava vzpomínkových krabic	VI
Příloha G – Záznam o aktivitě seniora	VII
Příloha H – Osnova interview	VIII
Příloha I – Průvodní dopis	IX
Příloha J – Dotazník.....	X
Příloha K – Informovaný souhlas a Souhlas se zaznamenáváním	XII

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Jméno pacienta:

Datum vyšetření:								
den	1	2	3	4	5	6	7	8
měsíc								
rok								

I. Orientace
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvíce 30 vteřin.

Kolikátého je dnes?									
Který je dnes den v týdnu?									
Který je měsíc?									
Který je rok?									
Které je roční období?									
V jaké zemi se nacházíme?									
Ve kterém okrese?									
Ve kterém městě?									
Jak se jmenuje tato nemocnice?									
Na kterém jsme poschodí?									

II. Zapamatování
Slova vyslovte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova není schopen vyslovit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 3x), než se je pacient naučí. Inak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopata									
šátek									
váza									

III. Pozornost a počítání
Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů).

Za každé správné písmeno započítejte 1 bod (maximálně 5 bodů).

Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100									
93 M									
86 R									
79 K									
72 O									
65 P									

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: **Hiškuje, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.**

IV. Výbavnost
Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a zapamatovat.

lopata									
šátek									
váza									

V. Pojmenování předmětu
Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky. Co je to?

Ukažte tužku. Co je to?

VI. Opakování
Za správnou odpověď započítejte 1 bod, přípuný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně: **„První pražská paroplavba“**

VII. Třístuňový příkaz
Přikáze před pacientem tři papíry a dleje mu následující pokyn: **Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.**

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Pravá ruka									
Přeložení na polovinu									
Položení na podlahu									

VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu
Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: **Zavřete oči!** a vyzvěte ho: **Prečtěte pacientovi 10 vteřin na provázení. Instrukci můžete opakovat nejvíce 3x. Započítejte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.**

Prečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ZAVŘETE OČI!

IX. Psaní
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: **1 bod započítá se, pokud má věta podmět (i nevýsložený) a přísudek a dává smysl. V této množině byt zručené znaky.**

Napište, prosím, jakoukoliv větu.

<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

X. Obkreslení obrázce
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: **Započítejte 1 bod, pokud pacient namaluje obrázek v čarovném kruhu do 1 minuty a použije pouze určovaný správně barvu, počet úhlu a překlínění. Tímto ani rotace nevadí.**

Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

Příloha B – Ireverzibilní demence

Degenerativní nemoci	Alzheimerova nemoc
	Frontotemporální demence
	Huntingtonova choroba
	Parkinsonova choroba
	Choroba s Lewyho tělísky
	Olivopontocerebelární atrofie
	Amyotrofická laterální skleróza/parkinsonismus – demence komplex
	Wilsonova nemoc (pokud není léčena dosti časně)
	Metachromatická leukodystrofie
	Adrenoleukodystrofie
Vaskulární demence	Multiinfarktová demence
	Binswangerova nemoc
	Postembolické demence
	Artritida
	Postanoktický stav způsobený zástavou srdce, selháním srdce nebo intoxikací kyslíčnickem uhelnatým
Traumatická demence	Kraniocerebrální poranění
	Dementia pugilistica
Infekce	Creutzfeldtova-Jacobova nemoc (subakutní spongiformní encefalopatie)
	Progresivní multifokální leukoencefalopatie
	Postencefalitická demence
Léky	Antidepresiva tricyklická
	Anxiolytika benzodiazepinová
	Hypnotika benzodiazepinová
	Sedativa barbiturátová
	Antiarytmika
	Antihypertenziva
	Antikonvulsiva
	Digitalis
	Léky s anticholinergními účinky
Nutriční nemoci	Deficit thiaminu (Wernickova encefalopatie a Wernickův-Korsakoffův syndrom)
	Deficit vitamínu B ₁₂ (zhoubná anémie)
	Deficit folátů
	Deficit vitamínu B ₆ (pelagra)
Jiné	Normotenzní hydrocefalus
	Whippleho nemoc
	Sarkoidóza
	Spánková apnoe
Podle: Gauthier. Alzheimer's disease, 2001; Maj, Sartorius. Dementia, 2002)	

Zdroj: Pidrman, 2007, s. 33 – 34

Příloha C – Mapa života a její tvorba



Zdroj: Domov pro seniory Zastávka, online, cit. 2022-01-30



Zdroj: Reminiscenční centrum, online, cit. 2022-01-30

Příloha D – Reminiscenční představení

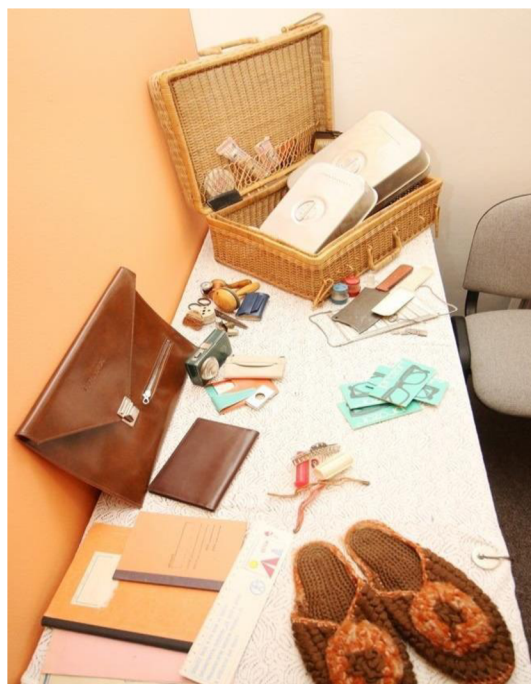


Zdroj: Reminiscenční centrum, online, cit. 2022-01-30



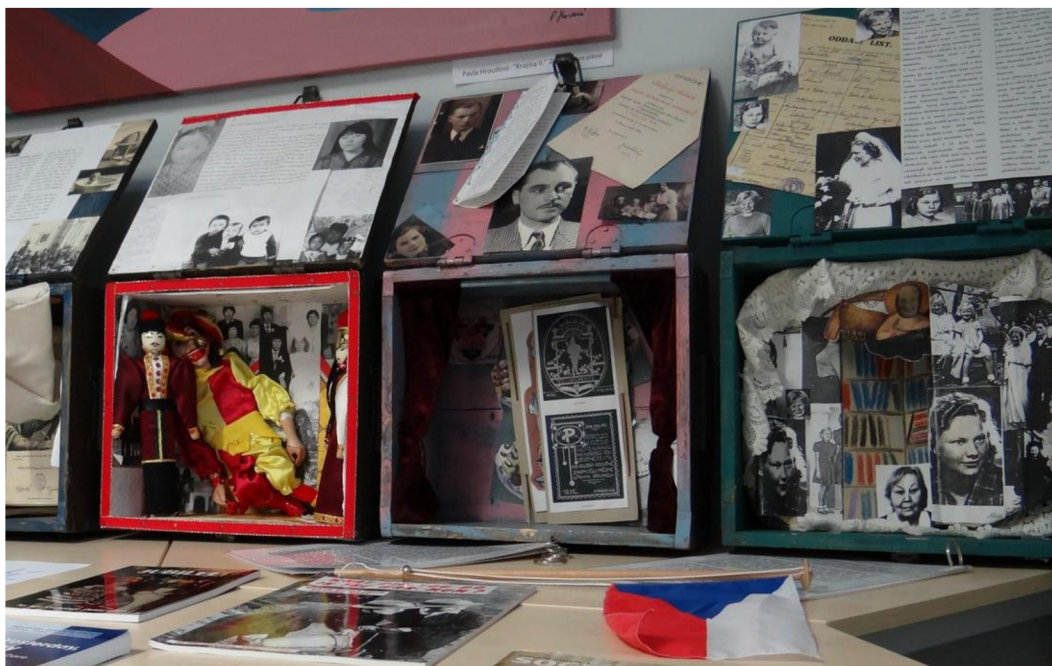
Zdroj: Pam Schweitzer, online, cit. 2022-01-30

Příloha E – Ukázka vzpomínkových krabic



Zdroj: Diakonie ČCE, online, cit. 2022-01-30

Příloha F – Výstava vzpomínkových krabic



Zdroj: Diakonie ČCE, online, cit. 2022-01-30



Zdroj: Diakonie ČCE, online, cit. 2022-01-30

Příloha G – Záznam o aktivitě seniora

ZÁZNAM O AKTIVITĚ SENIORA						
Pozorování - reminiscenční sezení, běžné aktivity						
Pečující osoba:						
Výzkumná osoba:						
činnost/téma						
den:	1	2	3	4	5	
délka pozorování						
Pozornost (do jaké míry projevoval zájem)						
Odezva (do jaké míry reaguje na předkládaný materiál, diskusi, pobídky)						
Spontaneita (do jaké míry přispívá sám)						
Angažovanost (neverbální reakce na dění)						
Celkové individuální skóre						

Reakce: 0 – negativní; 1 – slabá; 2 – celkem dobrá; 3 – dobrá; 4 – výborná

poznámky:	
den 1	
den 2	
den 3	
den 4	
den 5	

Zdroj: autor práce, 2021 (Kašlíková In: Janečková, Vacková, 2010, s. 143)

Příloha H – Osnova interview

VYUŽITÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE U SENORŮ S DEMENCÍ

OSNOVA INTERVIEW

1. **Jak probíhá Vaše reminiscenční setkání?** (individuálně / skupina / neprobíhá - krátce popsat)
2. **Jak se Váš/Vaše zapojuje a vnímá reminiscenční setkání?**
 - těší se
 - komunikuje a spolupracuje
 - zapojuje se jako tichý pozorovatel
 - vzpomínání je pro něj bolestné
 - pro vzpomínání mu pomáhají reminiscenční pomůcky
 - respektuje nastavená pravidla
 - narušuje negativně reminiscenční sezení
 - rád při vzpomínání tvoří
 - rád vzpomíná
 - nechce se setkání účastnit
 - jiná
3. **Jaký význam má podle Vás reminiscenční terapie pro Vašeho/Vaší?** (Krátce popište.)
4. **Jaký přínos (výhody) spatřujete u využití reminiscenční terapie u Vašeho/Vaší?**
 - zlepšení paměti
 - pomoc s orientací v čase
 - posílení sebedůvěry
 - lepší komunikace s pečující osobou
 - navázání komunikace s ostatními seniory
 - vytvoření bližšího vztahu
 - rekapitulace a hodnocení života
 - vypořádání se s prožitým životem
 - lepší adaptace seniora v novém prostředí
 - navození lepší nálady
 - aktivní vyplnění volného času
 - aktivizace seniora
 - jiné
5. **Co je pro Vás při reminiscenčních setkání nejobtížnější?** (Krátce popište.)
6. **Co je pro Vás při reminiscenčních setkání příjemné?** (Krátce popište.)
7. **Setkal/a jste se s komplikacemi při využití reminiscenční terapie?** (ano / ne, Jaké?)
8. **Jaká témata při reminiscenční terapii jsou u Vás oblíbená?**
 - Dětství
 - mládí
 - první láska
 - svatba
 - vaření
 - cestování
 - výchova dětí
 - svět dnes a dříve
 - záliby
 - staré filmy a herci
 - válka a historie
 - péče o domácnost
 - zaměstnání
 - rodinná traumata
9. **Pomáhají Vašemu/Vaší reminiscenční pomůcky?** (ano / ne, Jaké?)
10. **Pomáhají Vám informace z reminiscenčních setkání při péči o Vašeho/Vaší?** (ano / ne, Jak?)
11. **Ovlivnila reminiscenční terapie komunikaci mezi Vámi a Vaším/Vaší?** (ano / ne, Jak?)
12. **Má zájem Váš/Vaše o reminiscenční terapii?** (pravidelně, příležitostně, ne)
13. **Vzděláváte se v oblasti reminiscenční terapie?** (ano / ne)

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní zpracování)

Příloha I – Průvodní dopis

VYUŽITÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE U SEIORŮ S DEMENCÍ

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Ihnašková a studuji obor Andragogika na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze. V současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma Využití reminiscenční terapie u osob s demencí, kde se v praktické části pomocí výzkumného šetření snažím popsat možnosti využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí v domácím prostředí. Objasnit nejčastější komplikace, výhody a rozdíly při využití reminiscenční terapie v domácím prostředí a v pobytovém zařízení pro seniory s demencí. Následně je pak společně se zkušenostmi pečujících osob porovnat.

Ráda bych Vás touto formou požádala o vyplnění dotazníku, který Vám zabere jen několik málo minut. Dotazník je zcela anonymní a veškeré informace budou sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Dotazník můžete vyplnit elektronicky prostřednictvím odkazu v úvodní části přiloženého dotazníku. Pokud se rozhodnete pro vyplnění dotazníku ve Wordu, prosím, o jeho zaslání zpět na emailovou adresu v.ihnaskova@seznam.cz.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu a vyplnění dotazníku.

S přáním příjemného dne

Veronika Ihnašková

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní zpracování)

Příloha J – Dotazník

Dobrý den, děkuji, že věnujete několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku.
Dotazník je určen pro osoby pečující o seniory s demencí a pro osoby vykonávající reminiscenční terapii v Karlovarském kraji.
Dotazník je anonymní.

VYUŽITÍ REMINISCENČNÍ TERAPIE U SENORŮ S DEMENCÍ

DOTAZNÍK

Elektronická verze dotazníku: <https://www.surveymonkey.com/survey/d/J3B1W6Y7G7Y5S6X6T>

1. Jak probíhá Vaše reminiscenční setkání?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí.)

- individuální skupinové neprobíhá (RT nevyužíváme)

Krátce popište vlastní průběh reminiscenčního sezení/setkání:

.....
.....

2. Jak se senior s demencí zapojuje a vnímá reminiscenční setkání?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí.)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> těší se | <input type="radio"/> respektuje nastavená pravidla |
| <input type="radio"/> komunikuje a spolupracuje | <input type="radio"/> narušuje negativně reminiscenční sezení |
| <input type="radio"/> zapojuje se jako tichý pozorovatel | <input type="radio"/> rád při vzpomínání tvoří |
| <input type="radio"/> vzpomínání je pro něj bolestné | <input type="radio"/> rád vzpomíná |
| <input type="radio"/> pro vzpomínání mu pomáhají reminiscenční pomůcky | <input type="radio"/> nechce se setkání účastnit |
| | <input type="radio"/> jiná |

3. Jaký význam má podle Vás pro seniora s demencí reminiscenční terapie?

(Krátce popište.)

.....
.....

4. Jaký přínos (výhody) spatřujete u využití reminiscenční terapie u seniora s demencí?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí.)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> zlepšení paměti | <input type="radio"/> vypořádání se s prožitým životem |
| <input type="radio"/> pomoc s orientací v čase | <input type="radio"/> lepší adaptace seniora v novém prostředí |
| <input type="radio"/> posílení sebedůvěry | <input type="radio"/> navození lepší nálady |
| <input type="radio"/> lepší komunikace s pečující osobou | <input type="radio"/> aktivní vyplnění volného času |
| <input type="radio"/> navázání komunikace s ostatními seniory | <input type="radio"/> aktivizace seniora |
| <input type="radio"/> vytvoření bližšího vztahu | <input type="radio"/> jiné |
| <input type="radio"/> rekapitulace a hodnocení života | |

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní zpracování)

5. Co je pro Vás při reminiscenčních setkání nejobtížnější? (Krátce popište.)

.....
.....

6. Co je pro Vás při reminiscenčních setkání příjemné? (Krátce popište.)

.....
.....

7. Setkali jste se s komplikacemi při využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí?

ano ne Pokud ano, tak jaké?.....

8. Jaká témata při reminiscenční terapii jsou u seniorů s demencí oblíbená?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí.)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> dětství | <input type="radio"/> svět dnes a dříve |
| <input type="radio"/> mládí | <input type="radio"/> záliby |
| <input type="radio"/> první láska | <input type="radio"/> staré filmy a herci |
| <input type="radio"/> svatba | <input type="radio"/> válka a historie |
| <input type="radio"/> vaření | <input type="radio"/> péče o domácnost |
| <input type="radio"/> cestování | <input type="radio"/> zaměstnání |
| <input type="radio"/> výchova dětí | <input type="radio"/> rodinná traumata |

9. Pomáhají seniorům s demencí reminiscenční pomůcky?

ano ne Pokud ano, tak jaké?.....

10. Pomáhají Vám informace z reminiscenčních setkání při péči o seniora s demencí?

ano ne Pokud ano, v jakém smyslu?.....

11. Ovlivnila reminiscenční terapie komunikaci mezi Vámi a seniorem s demencí?

ano ne Pokud ano, v jakém smyslu?.....

12. Je zájem mezi seniory s demencí o reminiscenční terapii? (Vyberte jednu odpověď)

pravidelná účast příležitostná účast neúčastní se

13. Vzděláváte se v oblasti reminiscenční terapie?

ano ne

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU!

A jeho odeslání na email v.ihnaskova@seznam.cz

Získaná data z dotazníku budou anonymně použita pro potřeby výzkumného šetření a zpracování bakalářské práce na téma
Využití reminiscenční terapie u osob s demencí.

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní zpracování)

Příloha K – Informovaný souhlas a Souhlas se zaznamenáváním

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu pro:

Veronika Ihnašková
Univerzita J. A. Komenského Praha
Bakalářská práce – Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu:

Seznámil/a jsem se s možností účasti na výzkumu pro účely smíšeného výzkumu (případová studie, pozorování, analýza dokumentů, interview, dotazník, ...) v bakalářské práci s názvem Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí. Bakalářská práce je psaná Veronikou Ihnaškovou v rámci studia oboru Andragogika na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze.

Souhlasím s dobrovolnou účastí na tomto výzkumu a jsem informován/a o tom, že z účasti na výzkumu mohu svobodně odstoupit.

Souhlasím s tím, aby byly anonymně použity získaná data a výsledky výzkumného šetření a další poznatky, včetně mého zdravotního stavu, zjištěné během celého výzkumného šetření.

Jméno a příjmení:

Podpis:

Adresa:

Dne:

Souhlas s pořizováním fotografií a dalších audiovizuálních záznamů pro:

Veronika Ihnašková
Univerzita J. A. Komenského Praha
Bakalářská práce – Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí

Souhlas s pořizováním fotografií a dalších audiovizuálních záznamů

Souhlasím s pořizováním fotografií a dalších audiovizuálních záznamů (včetně nahrávání výzkumných rozhovorů) mé osoby pro účely smíšeného výzkumu v bakalářské práci s názvem Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí psané Veronikou Ihnaškovou.

Souhlasím jen s anonymním použitím a zveřejněním pořízených dat.

Jméno a příjmení:

Podpis:

Adresa:

Dne:

Zdroj: autor práce, 2021 (Kašlíková In: Janečková, Vacková, 2010, s. 136)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Veronika Ihnašková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Využití reminiscenční terapie u seniorů s demencí

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 56

Celkový počet stran příloh: 12

Počet titulů českých použitých zdrojů: 29

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 5

Počet internetových zdrojů: 16

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.