

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Husitská teologická fakulta**

Studijní program: Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

**Markéta Pichová**

Využití reminiscenční terapie u seniorů a osob s demencí  
Use of reminiscence therapy for older people and people with dementia

*Bakalářská práce*

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Markéta Pichová

Praha, 2016

**Poděkování:**

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé práce RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za vedení mé bakalářské práce, za zajímavé přednášky z gerontologie, které mě inspirovaly při výběru tématu a byly cennou pomocí k sepsání její teoretické části. Dále děkuji PhDr. Jitce Cintlové za konzultace, které mi poskytla. Velké poděkování náleží mé matce za trpělivost, korekci textu a morální i finanční podporu v době mého studia. Rovněž děkuji za korekturu textu své sestře a svému synovi za trpělivost.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Využití reminiscenční terapie u seniorů a osob s demencí“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 1. 5. 2016

Podpis:

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zaměřuje na seniory, osoby s demencí a význam reminiscenční terapie při práci s těmito cílovými skupinami. V práci je popsána demence, druhy demence, průběh demence, prevence demence, potřeby seniorů a osob s demencí, teoretický popis reminiscenční terapie a její využití. Praktický popis reminiscence vychází z vlastního výzkumu, který je realizovaný za pomoci rozhovorů, osobních dokumentací, kazuistik a pozorování seniorů a osob s demencí.

## **ABSTRACT**

This thesis focuses on elderly people. It focuses on people with dementia and on the importance of reminiscence therapy when working with these target groups. The thesis describes dementia and types of dementia, progression of dementia, prevention of dementia, needs of seniors and people with dementia. It gives theoretical description of reminiscence therapy and its use. Practical description of reminiscence based on particular personal research, which is carried out with the help of interviews, personal documentation studies, case studies and observation of seniors and people with dementia.

## **KLÍČOVÁ SLOVA:**

Senior, demence, reminiscenční terapie

## **KEY WORD:**

Senior, dementia, reminiscence therapy

# Obsah

ÚVOD .....	7
1 SENIOR.....	8
1.1 Období raného stáří.....	8
1.2 Období pravého stáří.....	8
2 DEMENCE.....	9
2.1 Pojem demence, původ slova demence.....	9
2.2 Druhy demence a jejich příčiny .....	11
2.3 Průběh demence .....	13
2.4 Prevence vzniku demence, rizikové faktory .....	15
3 POTŘEBY A MOTIVACE .....	17
3.1 Maslowova pyramida lidských potřeb .....	17
3.1.1 Fyziologické potřeby u seniorů a u osob s demencí.....	18
3.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty u seniorů a u osob s demencí .....	19
3.1.3 Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti u seniorů a osob s demencí.....	20
3.1.4 Potřeba uznání a úcty u seniorů a osob s demencí.....	22
3.1.5 Potřeba seberealizace u seniorů a osob s demencí .....	22
4 REMINISCENCE .....	24
4.1 Definice reminiscence a přístupy k ní.....	24
4.2 Vznik a vývoj reminiscence.....	26
4.3 Vzpomínání a jeho role v životě člověka .....	26
4.4 Druhy reminiscenční terapie .....	27
4.4.1 Reminiscenční pomůcky .....	27
4.4.2 Využití reminiscenční terapie u seniorů.....	28
4.4.3 Využití reminiscenční terapie u osob s demencí .....	29
5 REMINISCENČNÍ TERAPIE U OSOB S DEMENCÍ A SENIORŮ.....	31
5.1 CÍLE A METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	31
5.1.1 Cíle výzkumného šetření .....	31
5.2 Metody, techniky šetření a výzkumné otázky.....	31
5.3 Charakteristika míst a vzorku výzkumného šetření.....	32
6 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
6.1 Vlastní šetření.....	34
6.2 Rozhovory s klienty.....	43
6.3 Interpretace rozhovorů .....	44
6.4 Vyhodnocení rozhovorů .....	46

7 ANALÝZA A INTERPRETACE POZOROVÁNÍ SKUPINY SENIORŮ S DEMENCÍ .....	48
7.1 Vlastní šetření.....	48
7.1.1 Popis pozorovaného vzorku .....	48
7.1.2 Místo a čas reminiscenční terapie.....	48
7.1.3 Cíle pozorování .....	48
7.1.4 Zúčastněné pozorování .....	48
7.2 Vyvozené závěry ze zúčastněného pozorování reminiscenční terapie .....	50
Závěr .....	52
Shrnutí .....	53
Summary .....	54
Použitá literatura.....	55
Přílohy.....	57
Příloha 1: Mini- Mental State Examination (MMSE) .....	57
Příloha 2: Test instrumentálních všedních činností.....	60
Příloha 3: Maslowova pyramida potřeb .....	62
Příloha 4: Rozhovor s panem Františkem.....	63
Příloha 5: Rozhovor s panem Antonínem.....	65
Příloha 6: Rozhovor s paní Marií .....	68
Příloha 7: Rozhovor s paní Zdenou.....	70

# ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na zkvalitnění života seniorů a osob s demencí v sociálních zařízeních, která jsou pro ně určena. Inspirací pro toto téma mi byla praxe na střední škole, absolvovaná v léčebně dlouhodobě nemocných, díky které jsem se začala o danou problematiku zajímat, a dále osobní zkušenost při práci s osobami s touto nemocí a se seniory v domácím prostředí i v ambulantních a pobytových sociálních zařízeních. K vytvoření této práce jsou využity nejen aktuální publikace, ale také starší tituly, které napomáhají k ucelenému pohledu na danou problematiku a na vývoj péče o seniory a osoby s demencí. Cílem práce je charakteristika demence, potřeb seniorů a osob s demencí, průběh reminiscenční terapie, analýza rozhovorů s vybraným vzorkem seniorů, popis pozorování reminiscenční terapie skupiny seniorů s demencí a shrnutí dopadu terapie na tyto klienty.

Teoretická část se zabývá úvodem do problematiky této nemoci. Popisuje průběh demence, příznaky, stádia, její druhy a rizikové faktory, vedoucí ke vzniku onemocnění. Druhá část teoretické části se zabývá Maslowovou pyramidou potřeb. Tato kapitola je rozdělena na jednotlivé potřeby, především v závislosti na potřeby osob nemocných demencí, u kterých jsou často upřednostňovány fyziologické potřeby, oproti ostatním potřebám. Taktéž jsou zde porovnávány potřeby seniorů a porovnání potřeb seniorů nezatížených demencí a osob s demencí. Posledním blokem teoretické části je část věnována reminiscenci, zaměřuje se na popsání průběhu terapie, pomůcky, které jsou k této metodě nezbytné a možnosti ulehčující život dementním osobám a osobám, které se o takto nemocné starají.

Výzkumná praktická část je rozdělena do několika kapitol, které se zabývají reminiscenční terapií u osob s demencí a u seniorů. V této části jsou popsány cíle a metody výzkumného šetření, které jsem prováděla v domovech pro seniory, v denních stacionářích a také v domově se zvláštním režimem. Dále zde popisuji vlastní výzkum realizovaný pomocí mých rozhovorů s klienty, za účasti facilitátora, na společné téma Vánoc, kazuistik a analýzou dokumentů osob s demencí a seniorů, v pobytových a ambulantních službách, za pomoci reminiscenční terapie a také zúčastněného pozorování skupiny seniorů s demencí v domově pro seniory se zvláštním režimem. Šetření se zaměřuje na konkrétní klienty, kterým reminiscence napomáhá v orientaci v minulosti, vzpomínkách a v prožitých situacích, v komunikaci se svou rodinou, případně s přáteli, rozpoznání míst, které pro ně byly v minulosti životními mezníky, ale také v orientaci v přítomnosti a rozvoji a udržení soběstačnosti.

# 1 SENIOR

## 1.1 Období raného stáří

Podle autorky Vágnerové, M. (2008, str. 299-378) se jedná o období 60 až 75 let. Jedná se o předposlední etapu v životě člověka. Součástí této životní etapy je odchod do důchodu, uvědomění si vlastního stárnutí, změna stylu života. S příchodem důchodu přicházejí také nové výzvy, senior může dělat to, na co doposud neměl čas, může realizovat svoje sny a touhy a plně se věnovat svým koníčkům, své rodině a všemu, co naplní jeho vnitřní potřeby. Starší člověk se musí také přizpůsobovat novým situacím, které přináší zhoršení zdravotního stavu, identifikuje se s novou sociální skupinou, do které patří. V tomto období ztrácí mnoho rolí, které dříve vykonával. Není již zaměstnaným a ztrácí část kompetencí, které do teď měl. Dochází také k tělesným změnám, které jsou nedílnou součástí stárnutí. Jednu z příčin, proč jsou rozdíly v stárnutí, nachází autorka i v genetických dispozicích, které ovlivňují průběh stárnutí i očekávatelnou délku života, dalším faktorem je i prostředí, ve kterém se senior nacházel převážnou část života. Dalšími změnami ve stáří jsou psychické změny, jedná se o celkové zpomalení paměti, těžké přizpůsobování se změnám - to může vést až k frustraci. Mění se také kognitivní funkce, starší člověk pomaleji zpracovává předložené informace, ale také mu dlouho trvá zpětná vazba. Je více unavitelný, může být podrážděný až agresivní. Obecně se zhoršuje paměť, hůře se učí, lépe se orientuje v dlouhodobé paměti, krátkodobá paměť mu způsobuje obtíže.

## 1.2 Období pravého stáří

Toto období začíná po 75. roce života a končí smrtí. Jak uvádí Vágnerová, M. (2008, str. 398-435) po 80. roce života žije již v průměru pouze jedna čtvrtina lidí, z této generace. Období je specifické nárůstem fyzických i mentálních úpadků. Na seniora je kladen velký nárok na schopnost adaptace. Musí se přizpůsobit době, ale také lidem, kteří o něj pečují. Je to období zátěžových situací, do kterých autorka řadí nemoc či smrt partnera, zhoršení zdravotního stavu, ztráta jistoty soukromí. Ztráta jistoty soukromí je způsobená zhoršeným zdravotním stavem seniora, kdy je nutné, aby k němu měla pečující osoba neustále volný přístup, dále je spojena s hospitalizací či s přemístěním do ústavní péče. K stále větším obtížím dochází ve zvládnutí vlastního života a uspokojování vlastních potřeb, ale také v míře soběstačnosti. Prohlubují se potíže, které byly popsány u období raného stáří (fyzický stav se zhoršuje, zhoršuje se emoční regulace- starší člověk není schopný ovládat své emoce). Výzkumy, které provedl Jiráček, R. (1999) ukazují, že 12% z celkové populace osob nad 70 let trpí demencí. U lidí o 10 let starších se procento nemocných zdvojnásobuje.



## 2 DEMENCE

### 2.1 Pojem demence, původ slova demence

Samotné slovo demence pochází z latiny, význam slova blíže popisuje Kučerová, H. (2006). „Slovo demence pochází z latinských slov „mens“, což znamená „mysl“ a předpony „de“, která značí „od“. Slovo „demens“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání.“

Podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí je demence: „*Syndromem způsobeným chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k poruše mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí<sup>1</sup>, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, jazyk a úsudek. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace*“ (Lékařský slovník [online]).

„Demence náleží mezi nejzávažnější choroby vyššího věku, Jsou to spolu s delirií a depresemi nejčastější těžké psychické poruchy v preseniu a v seniu. I když nejsou specifické pro vyšší věk a vyskytují se dokonce i ve věku dětském, s vyšším věkem se procento demenci zvyšuje.“ (Kalvach, Z a Zadák, Z. a Jiráček, R., 2004, str. 546).

Pidrman, V. (2007, str. 9) uvádí velmi podobnou definici demence jako Kalvach, Z. a Zadák Z. a Jiráček R. Definuje demenci takto: „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Přitom vědomí není zastřené.*“

„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“ (Borzová, C. a Holmerová, I. a Jiráček, R., 2009, str. 11).

---

<sup>1</sup> „Korové analyzátoři (skupiny buněk mozkové kůry schopné provádět rozборы přicházejících informací) si můžeme představit jako políčka mozkové kůry skládající se z obrovského počtu neuronů (základních stavebních a funkčních jednotek nervové tkáně, který se skládá z těla nervové buňky a jejich dostředivých a odstředivých výběžků). Korové analyzátoři jsou tedy funkční skupiny neuronů. Nejdůležitějšími analyzátoři jsou: analyzátoři kožní citlivosti, analyzátor motorický, zrakový, sluchový, vestibulární a čichový“ (Dylevský, I., 2000, str. 411-460).

Pidrman, V. (2007) popisuje obecná kritéria demence jako zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, přičemž se při onemocnění objevuje alespoň jeden z těchto faktorů: narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, narušení ostatních kognitivních funkcí nebo změny osobnosti. Všechny tyto poruchy se manifestují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí, ale nejedná se současně o poruchy vědomí. Demenci proto můžeme chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce, a tím i na život člověka s touto nemocí.

Glennerová, J. (2012) tvrdí, že se mezi základní symptomy demence řadí problémy s percepcí<sup>2</sup> a koordinací pohybů, problémy s rozsahem pozornosti (doba, během které se dokážeme soustředit na nějakou činnost nebo na to, co se děje okolo nás), problémy s řečovými schopnostmi (rozlišení receptivní a produktivní<sup>3</sup> řečové schopnosti), problémy s pamětí, problémy s ovládním emocí a problémy s racionálním uvažováním a úsudkem.

Pidrman, V. (2007) a Jiráček, R. (2004) rozdělují symptomy demence na tři základní skupiny. Narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit denního života a poruchy chování. Z vyjmenovaných základních skupin jsou nejzávažnější z hlediska etiologického příznaky kognitivní. Demence také zahrnuje další symptomy: poruchy intelektu, poruchy paměti, poruchy orientace, poruchy abstraktivního myšlení, poruchy chápání, poruchy pozornosti a motivace, poruchy krevních funkcí, poruchy emotivity, poruchy chování, ztráta soběstačnosti, poruchy osobnosti a psychotické příznaky.

K diagnostice demence slouží psychiatrické a psychologické vyšetření. Demenci nelze diagnostikovat pouze zobrazovacími technikami, jako je CT<sup>4</sup>, MR<sup>5</sup>, PET a SPECT<sup>6</sup>. „*Demence jako diagnóza je založena na chování a jednání, a není tudíž možné ji stanovit ani počítačovou tomografií, ani magnetickou rezonancí, ani jinou laboratorní metodou. Přínos zobrazovacích metod spočívá především v tom, že mohou prokázat organickou příčinu, pokud existuje, a dále v tom, že mohou být využity ke sledování pacientů podezřelých z demence*“ (Jiráček, R., 1999).

---

<sup>2</sup> „Percepce je schopnost rozumět tomu, co nás obklopuje, a interpretovat to. Je to naše chápání věcí, které vnímáme prostřednictvím zraku, sluchu, hmatu, chuti a čichu“ (Glenner, J. a kol., 2012).

<sup>3</sup> „Receptivní řečová schopnost je schopnost pochopit smysl informace v ústní nebo písemné formě. Produktivní řečová schopnost je schopnost předat informaci ústní či písemnou formou druhým“ (Glenner, J. a kol., 2012).

<sup>4</sup> Počítačová tomografie vytvoří obraz mozku, stejně jako rentgen. CT ale vytvoří více obrázků, takže si je lékař může poskládat k sobě a vidí ucelený, přesnější obraz (Dylevský, I., 2000).

<sup>5</sup> Magnetická rezonance využívá elektromagnetické vlnění, díky němuž poskytuje celkový obraz zkoumaného orgánu (Dylevský, I., 2000).

<sup>6</sup> Pozitronová emisní tomografie a Jednofotonová emisní výpočetní tomografie slouží k prokázání funkčních změn (snížení metabolismu v konkrétních oblastech centrálního nervového systému) (Dylevský, I., 2000).

Dalšími diagnostickými prostředky, které jsou nezbytné pro stanovení diagnózy, jsou testy, které provádí psycholog, psychiatr, popřípadě neurolog. Jedná se například o celosvětově nejvyužívanější test orientačních schopností „Mini-Mental State Examination“ (viz. Příloha 1). Tento test obsahuje třicet otázek a úkolů, které jsou rozděleny do šesti okruhů. Test zkoumá orientaci člověka, paměť, pozornost a početní schopnosti, popisování různých věcí a pojmenování. Dalším testem využívaným v posuzování schopností provedení denních činností je „Test instrumentálních všedních dovedností“, který obsahuje osm okruhů, u kterých zadavatel sleduje nemocného a jeho zvládnání činností, které následně oboduje. Činnosti se týkají telefonování, schopnosti cestovat dopravním prostředkem, nakupování a vaření, zvládnání domácích prací a prací okolo domu, pravidelného užívání léků a finanční gramotnosti (viz. Příloha 2). Dalším využívaným prostředkem je „Test hodin“, pacient má za úkol sám nakreslit hodiny, správně do nich umístit číslice a zaznamenat určený čas. Zkoumá se zde, s jakou přesností pacient hodiny zaznamenal (Topinková, E., 2005).

## 2.2 Druhy demence a jejich příčiny

Pidrman, V. (2007) rozděluje druhy demence do tří základních kategorií. První kategorie je Primárně degenerativní demence, do které je zahrnuta Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence.

Koukolík, F. a Jiráček, R. (1998) uvádí, že Alzheimerova choroba je nazvána podle Aloise Alzheimerova, který jako první popsal případ paní Auguste D. Případ byl zveřejněn v roce 1907 v publikaci: „O svérázném onemocnění mozkové kůry.“ Tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci. *„Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Je to primární onemocnění šedé kůry mozkové“* (Pidrman, V., 2007, str. 42). V průměru onemocnění trvá devět let a má tři stádia: časná, střední a těžká. Alzheimerova nemoc trvale graduje, ale vyvíjí se nejčastěji plíživě, nemocný ztrácí osobnostní rysy a zájem o své koníčky, dochází nejprve k poruchám krátkodobé paměti a poté také k poruchám dlouhodobé paměti. Postižena je také emocionální stránka osobnosti, u pacienta se objevuje deprese a zřídka i mánie. *„K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří věk nemocného. Genetické faktory se týkají změn na čtyřech chromozomech. Ženské pohlaví je více rizikové pro tento druh demence, nižší vzdělání je rovněž rizikovým faktorem, stejně tak úraz či opakované úrazy hlavy“* (Pidrman, V., 2007, str. 41-42). *„Proces Alzheimerovy demence je vždy spojen s různými změnami osobnosti, od postupující pasivity až po zvýšený egocentrismus, nepřiměřenou tvrdohlavost a podezřívavost.*

*Průměrné přežití pacienta se udává mezi osmi až deseti lety, ale individuálnost případů je značná“ (Hrdlička, M. a Hrdličková D., 1999, str.28).*

Koukolík, F. a Jiráček, R. (1998) definují demenci s Lewyho tělísky jako druhou nejčastější příčinu demence starších lidí v průmyslově rozvinutých zemích. Představuje asi 20% celkového onemocnění demencí. Prvními příznaky jsou poruchy pozornosti, vizuospaciální<sup>7</sup> poruchy, tato demence častěji postihuje muže. Dalším projevem jsou zrakové či sluchové halucinace. Nemocný má postiženy kognitivní funkce, které se týkají jak paměti, tak i dalších funkcí (jazyk, usuzování).

Frontotemporální demence podle kritérií Koukolíka, F. a Jiráčka, R. (1998) způsobuje poruchy chování, má pomalý vývoj, obsahuje afektivní příznaky (deprese, úzkosti, sentimentálnost), poruchy řeči a špatnou prostorovou orientaci.

Druhou kategorií podle Pidramana, V. (2007) jsou sekundární demence, které jsou velmi nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada různých příčin. Celkem bylo popsáno více než sedmdesát druhů sekundárních demencí. Jedná se o demence, které jsou způsobeny například posttraumatickým syndromem, špatným fungováním jater, infekčními poruchami, endokrinními nemocemi apod. Mezi sekundární druhy demence se řadí Vaskulární demence. Ta představuje do 20% všech demencí. „*Vaskulární demence je charakterizována třemi základními veličinami: pacient je dementní, musí být prokázáno onemocnění a předchozí dvě poruchy na sebe navazují.*“ (Holmerová, I. a Jiráček, R. a Borzová, C., 2009, str. 54). Vaskulární demence je způsobena nemocí kardiovaskulárního systému, hypertenze a často souvisí s cévní mozkovou příhodou. „*Vzniká nejčastěji u kuřáků, obézních lidí, lidí s diabetes mellitus, lidí se srdečním onemocněním, se změnou krevního tlaku, s onemocněním krvevorní, s akutním či chronickým onemocněním dýchacích cest a u lidí s opakovaným traumatem hlavy a mozku*“ (Holmerová, I. a Jiráček, R. a Borzová, C., 2009, str. 54). Dalšími typy sekundárních demencí jsou metabolické demence (k rozvoji této demence slouží poruchy metabolického rytmu), toxické demence (demence způsobené alkoholem, drogovou závislostí apod.), demence při různých chorobách (při Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorobě, při nádorech centrální nervové soustavy) a dalším nejčastějším typem sekundární demence je demence při infekcích (do ní patří demence způsobená HIV, syfilitická demence atd.).

Třetí a zároveň poslední kategorií podle Pidramana, V. (2007) je smíšená demence, tou trpí přibližně 10% lidí trpících demencí. Do této skupiny patří smíšená Alzheimerova/vaskulární

---

<sup>7</sup> „Zrakově- prostorový, poruchy těchto funkcí vedou k dezorientaci“ (Lékařský slovník [online]).

demence, smíšená Alzheimerova demence s jiným primárně degenerativním typem demence a ostatní smíšené demence.

Jiráček, R. (1999) se dále zaměřuje na poruchy, které končí demencí převážně u dětských pacientů. Ten mezi demence dále řadí degenerace bílé hmoty, která se projevuje kolem osmého roku, jejími příznaky jsou porucha chůze, problémy s motorikou, vyhaslé reflexy na dolních končetinách apod. Kvůli tomu dochází k rozvoji demence, jejichž průběh je pomalý a plíživý. Další kategorií je psychóza, u té je problém ji rozlišit a diagnostikovat, protože u dětí mladších šesti let je špatně rozpoznatelná. Díky psychózám vzniká u dětí infantilní demence, která začíná už po druhém roku věku a nejpozději po pátém roce. Dítě ztrácí všechny osvojené funkce, zájem o okolí a dochází až k rozpadu řečových funkcí. Další demencí zařazenou mezi psychotické nemoci patří dezintegrační psychóza, která se projevuje mezi třetím až šestým rokem, z počátku se u těchto dětí objevuje úzkost, ztrácí sociální a adaptivní chování, dítě začíná mít stereotypní vzorce chování. Další demencí v dětském věku je Hellerův syndrom. Ten začíná ve třetím až čtvrtém roce dítěte, jako první se objevují poruchy řeči, tiky a neklid, dětem ale zůstává inteligentní výraz v obličeji. Posledním druhem, který patří pod psychotická onemocnění, vedoucí k rozvoji demence je postprocesuální defekt. Tento termín použil poprvé Bourne roku 1955 pro typ schizofrenie, jejímž výsledkem je přerušování osobnostního vývoje, který vede až k demenci. Pevně v předškolním věku je rozvoj schizofrenie katastrofický a končí trvalým a těžkým defektem.

## 2.3 Průběh demence

Fázemi demencí se zabývá Glenner, J. (2012, str. 16-17). Základní symptomy demence se nemění stejně rychle, nezhoršují se po určité době, ale jsou proměnlivé. Vědci a lékaři rozlišují přesto tři fáze nevratných a progresivních typů demencí, které slouží jako vodítko při diagnostice i jako pomoc osobám pečujícím o lidi s demencí.

*„První fáze je počínající, mírná demence, druhá fáze je již rozvinutá demence a třetí fáze je pokročilá, terminální demence“ (Glenner, J., 2012, str. 16). V první fázi, kdy demence teprve nastupuje, není snadné nemoc rozpoznat. Jejími příznaky jsou zhoršování paměti a afázie<sup>8</sup>. Dalším příznakem je zmatenost nemocného, zjevné obtíže při plnění úkolů a práci s přístroji, které nemocný zná, narušená schopnost úsudku a racionálního uvažování, může se objevit také úzkost, deprese a uzavřenost.*

---

<sup>8</sup> „Afázie je mírné zhoršení řečových schopností“ (Glenner, J., 2012).

„Druhá fáze je stupňování první fáze, kdy se projevy zviditelňují a prohlubují“ (Glennner, J., 2012, str. 16). Součástí druhé části jsou projevy, které se objevují u nemocného. Patří mezi ně neklid a agitovanost, nemocný je zmatený, nechápe, co se s ním děje, proč mu okolí nerozumí. Stále opakuje totožné úkony a činnosti, začíná být dezorientovaný na místech, které zná. Má nejisté a často až ztuhlé držení těla, problémy s motorikou a s vnímáním. Je roztěkaný a nesoustředěný. Začínají také potíže s chozením na toaletu a s inkontinencí, nemocný zapomíná na fyziologické potřeby. Zhoršuje se mu také dlouhodobá paměť a potíže se projevují při všech aktivitách denního života.

„Třetí fáze je poslední fází demence, při které je nutný nepřetržitý dohled a asistence“ (Glennner, J. 2012, str. 16-17). K projevům této fáze patří psychologické a psychiatrické příznaky, například zrakové a sluchové halucinace a bludy. Výskytem bludů a halucinací se zabývá Pidrman, V. (2007), bludy se vyskytují u 10-75% případů. Mezi tři nejčastější okruhy bludného myšlení u osob s demencí je bludné přesvědčení, že je jedinec okraden. Tento okruh lze u demenčních pacientů vysvětlit tím, že demenční lidé si nedokáží vzpomenout, kam věci dali, nemohou ji najít a nemohou přijít na jiné vysvětlení než takové, že jim věc někdo odcizil. Jedná se o závažnou psychickou poruchu. Druhým okruhem bludů, které jsou nejčastější u osob s demencí, jsou takové bludy, že příbuzní nebo pečovatelé se snaží nemocného zlikvidovat a zabít. Ve druhém okruhu se tedy objevují převážně paranoidní bludy. Nemocný je přesvědčen, že je zcela opuštěn a vydán na milost svým pečovatelům, kteří se o něj nestarají. Třetím nejčastějším bludem jsou bludy z oblasti sexuální. Nemocný je přesvědčen, že ho partner podvádí, má někoho jiného. Podezírá ošetřovatele, že na něm či na jeho okolí používají různé sexuální praktiky. Bludy jsou u lidí s demencí převážně vztahovačné. Halucinace se vyskytují u 10 až 50% případů. Zrakové halucinace má přibližně 30% pacientů trpících demencí. Dalším projevem třetí fáze je neschopnost pacienta udržet moč a stolici, nemocný má také obtíže s polykáním, které mohou způsobit vdechnutí potravy, následkem čehož může dojít k dušení. Pacient ve třetí fázi má často potíže s přijímáním potravy, proto dochází k úbytku hmotnosti a hubnutí. Na to by si měl dát ošetřovatel největší pozor, je třeba pacienta kontrolovat, aby potravu přijímal. Osoba s demencí ve třetí fázi není schopná reagovat na podněty a uvědomovat si okolní dění. Není schopná se sama o sebe postarat, zajistit si základní fyziologické potřeby.

Hrdlička, M. a Hrdličková. D. (1999) používají tři modelová stádia (Sjörger, 1950). V prvním stádiu u všech pacientů dochází ke zhoršení paměti. Nemusí být porušena orientace v čase, ale často dochází k postižení orientace místem. Pacient přestává být spontánní a klesá jeho aktivita i zájem o činnosti, které dříve vykonával. U pacienta můžeme také sledovat

depresivní nálady. V druhém stádiu dochází k jasnému postižení řeči, pacient si špatně nebo vůbec nevzpomíná na minulost, je značně dezorientovaný a má problém i při motorických výkonech. Ve třetím stádiu se demence začíná projevovat i v emoční oblasti a osobnosti nemocného. Pacient není schopen komunikovat s okolím, dorozumívá se pomocí nesrozumitelných zvuků, v mnoha případech není schopen ani toho. „*V posledních měsících života pacient rapidně fyzicky chátrá, umírá obvykle na nespecifickou komplikaci, např. na bronchopneumonii*“<sup>9</sup> (Hrdlička, M. a Hrdličková, D., 1999, str. 28).

Na rozdíl od těchto autorů popisuje ve své publikaci Jiráček, R. (1999, str. 14) čtyři stadia demence. Tato stadia jsou využívána především u onemocnění Alzheimerovou demencí. První fáze je charakterizována zapomínáním, potížemi s řešením nových úkolů a postupů a sociálním stažením. Sociální stažení se projevuje ve všech situacích, ať už při komunikaci s rodinou, tak s cizími lidmi. Ve druhém stádiu už můžeme pozorovat střední až těžší postižení paměti, nemocný začíná být dezorientovaný i na místech, které dobře znal (například doma, v práci apod.). Objevují se potíže s řečí a neschopnost přeskreslit obrazec, který má nemocný před sebou. V této fázi onemocnění je nutný dohled druhé osoby. Ve třetím stádiu už je nutný nepřetržitý dohled druhé osoby, která o nemocného pečuje. Nemocný člověk v této fázi není schopen o sebe pečovat a nedokáže si obstarat ani základní fyziologické potřeby. Intelekt u takové osoby nelze měřit pomocí žádných testů, nemocný trpí inkontinencí moči i stolice. Čtvrté a poslední stádium demence se nazývá terminální, v tomto stádiu je člověk zcela upoután na lůžko a není schopný žádné komunikace s okolím.

## 2.4 Prevence vzniku demence, rizikové faktory

V předchozích letech byly zveřejňovány různé studie, jejichž cílem bylo objasnit hlavní příčiny a vlivy, vedoucí ke vzniku demence. „*Jedno populární vysvětlení, jež panovalo dlouhou dobu, tvrdilo, že mozek je poškozený virem. Jiné uvádí otravu kovy, zvláště hliníkem (v pitné vodě). Třetí vysvětlení hledá příčinu v chemické látce, která má zásadní vliv pro fungování mozku*“ (Buijssen, H., 2006, str. 18). Ze všech teorií a možností, které kdy byly publikovány, můžeme říct, že není zcela jasné, z čeho demence vzniká. Není však pochyb, že důležitou roli v onemocnění demencí hrají genetické (dědičné) faktory. Vzhledem k tomu, že většina demencí se rozvine až u starších lidí je jasné, že dalším faktorem je stárnutí. Největší riziko pro vznik demence jsou opakované úrazy hlavy, u kterých může dojít k tzv. posttraumatické demenci.

---

<sup>9</sup> „Povrchový zápal plic, způsobený bakteriálným onemocněním, môže byť spôsobený napríklad streptokoky, stafylokoky apod“ (Dylevský, I., 2000).

Ve svém článku Sheardová, K. (2012) uvádí, že dalším rizikovým faktorem jsou stravovací návyky, a také zde uvádí několik výzkumů, které byly prováděny na toto téma. Změna stravovacích návyků je nejméně bolestivou prevencí vzniku demence. Nejpodstatnější změnou návyků je zařazení ryb do jídelníčku, jejichž pozitivní vliv na prevenci vzniku demence byl publikován v několika studiích, ale nebyl zcela potvrzen. Dalším rizikovým faktorem je pití alkoholických nápojů a kouření. Kouření i nadměrné pití alkoholických nápojů může vést k řadě kardiovaskulárních onemocnění, které jsou příčinami rozvoje demence. Další pozitivní změnou životního stylu a prevencí rozvoje onemocnění je fyzická aktivita. U jedinců, kteří pravidelně cvičí, je menší riziko vzniku nemoci než u jedinců, kteří fyzickou aktivitu nevykonávají. Pozitivní výsledky jsou dokonce i u lidí, kteří demencí již trpí, díky fyzické aktivitě dochází ke zlepšení kognitivních funkcí a tak i ke zpomalení rozvoje nemoci. Fyzická aktivita také napomáhá ke zlepšení psychického stavu pacientů, u kterých se díky ní neobjevuje deprese a dochází ke zlepšení kvality spánku.

Další studie také uvedly, že u lidí s nižším mentálním intelektem je větší pravděpodobnost výskytu demence, než u lidí s vyšším vzděláním. Proto je využíván kognitivní trénink jako prevence proti demenci a zmírnění příznaků. Součástí kognitivního tréninku je trénink paměti, zapamatování si různých slov nebo předmětů po delším časovém úseku. Mezi další rizikové faktory se řadí obezita, která může vést k zvýšení krevního tlaku, ke kardiovaskulárním onemocněním a k diabetu, a tím ke vzniku Vaskulární demence.

Obecně lze tedy ze studií, uváděných Sheardovou, K. (2012), konstatovat, že správný životní styl, správná životospráva a vyhýbání se úrazům hlavy, jsou významnými faktory prevence vzniku demence. Některé studie také potvrdily, že lidé, kteří užívají a v minulosti užívali léky na zánětlivá onemocnění nebo na artrózu mají nižší riziko vzniku Alzheimerovy demence. Další studie hovoří o tom, že lidé, kteří měli dva a více úrazů hlavy, trpí častěji Alzheimerovou demencí a jsou touto nemocí více ohroženi. Primární prevencí je také léčba ostatních onemocnění (například diabetu, cévní mozkové příhody apod.), důležité je také odstranění deficitu vitaminů v těle.



## 3 POTŘEBY A MOTIVACE

### 3.1 Maslowova pyramida lidských potřeb

*„Vytváříme si rozvrh prací na celý den a přitom vycházíme z našich představ o potřebách klientů a myslíme na náš časový plán. Jaké jsou však ve skutečnosti potřeby lidí, kterým chceme pomáhat? Opravdu si vždycky přejí, aby byl jejich dům nebo pokoj uklizený a zářivě čistý? Nechtěli by mít věci na „svém“ místě a raději si povídat a mít posluchače...?“ (Pichaud, C. a Thareauová, I., 1998, str. 35).*

V jedné z kapitol své knihy se Fontana, D. (2003, str. 214-217) zabývá motivací a teorií amerického psychologa Abrahama Maslowa (1908-1970), jehož nejvýznamnějším počinem byla Pyramida lidských potřeb, která je v sociálních i zdravotních službách využívána dodnes (viz. příloha 3).

Model, který Maslow vytvořil, postupuje od základních potřeb k vyšším potřebám. Na spodní příčce pyramidy jsou osobní potřeby (fyziologické potřeby a potřeba bezpečí a jistoty) a na vyšších stupních pyramidy jsou rozumové potřeby (od potřeb lásky, přijetí a spolupatříčnosti až k potřebě seberealizace). Osobní potřeby považuje Maslow za vrozené, ostatní potřeby považuje za z části vrozené a z větší části naučené. *„Ve světle našeho současného poznání není jasné, jak tento pochod propojování probíhá, avšak Maslow nevyklučuje možnost, že vrozené činitele mohou stále ještě mít hlavní úlohu i na kognitivních úrovních, a dokonce i touha po sebeúctě a sebeuskutečnění může obsahovat něco lidem vlastního, oč budou usilovat, i když tyto kvality nejsou vzhledem k jejich tělesným nebo sociálním potřebám nezbytné“ (Fontana, D., 2003, str. 215).* Z názorného vytvoření pyramidy můžeme rozpoznat hlavní podstatu návaznosti potřeb v pyramidě. Podle Maslowa není možné uspokojit potřeby, které se nacházejí na vyšších úrovních pyramidy, pokud nejsou uspokojeny osobní potřeby. Člověk, který trpí hladem, popřípadě žízni se tudíž nemůže seberealizovat, protože mu na to nezbývá energie. I z těchto důvodů jsou jako první ve zdravotnictví, i v sociálních službách řešeny fyziologické potřeby pacientů či klientů. V případě, že není fyziologická potřeba vyřešena, může dojít až k zhoršení zdravotního stavu či celkového zdraví. U seniorů a osob s demencí je těžké určit, co v daný moment potřebují. Dementní člověk si často nepamatuje, zda a kdy se napil, kdy spal apod. Stejně tak senior nepocituje žízeň, což je pro pečující velmi náročné. Často musí upřednostnit potřeby osob, o které se stará, před svými vlastními potřebami. *„Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a*

*posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání“ (Pichaud, C. a Thareauová, I, 1998, str. 36).*

### **3.1.1 Fyziologické potřeby u seniorů a u osob s demencí**

Fyziologické potřeby patří mezi potřeby osobní, tzv. základní. Jak se zmiňuje ve své publikaci Pichaud, C. a Thareauová, I. (1998, str. 37) mezi fyziologické potřeby řadíme potřebu dýchat, potřebu zdraví, potřebu hygieny, potřebu regulace teploty, potřebu být bez bolesti, potřebu smíchu a pláče, potřebu jídla a pití, potřebu vylučování, potřebu dostatečného odpočinku a kvalitního spánku, potřebu hýbat se a chodit a potřebu fyzického kontaktu. Dále mezi fyziologické potřeby můžeme zařadit potřebu tělesné integrity a rozmnožování. *„...bývají sexuální potřeby starších lidí obecně méně intenzivní, než byly dříve... Jejich hlavním smyslem je vyjádření vztahu a potvrzení vzájemné blízkosti. Sexuální, popřípadě erotický kontakt, je přínosný i pro seniory, podporuje jejich sebevědomí a sebeúctu, uvolňuje napětí a úzkost“ (Vágnerová, M., 2007, str. 372).*

Utišení fyziologických potřeb věnujeme nejvíce času, to je způsobeno tím, že jsou pro nás zcela přirozené, takto dále popisuje základní potřeby Pichaud, C. a Thareauová, I. (1998, str. 35-37). Podle nich často u realizace těchto potřeb dojde k nedorozumění mezi pečující osobou a osobou s demencí. U osob s demencí dochází ke zhoršení paměťových schopností, proto si nepamatují, kdy naposledy potřebu uspokojili a nepocítí její nutnost ji splnit. U seniorů se často projevují návyky z mládí, například u hygienických návyků (senior se nechce umýt, protože celý den nic nedělal, takže se necítí špinavý). To pramení ze zkušeností z mládí, kdy senior neměl možnost se každý den důkladně mýt.

U osob s demencí popisuje Glenner, J. (2012, str. 16-17) vývojová stádia pokročilé demence. Zatímco v prvním stupni, kdy dochází ke zhoršení paměti a zmatenosti, je dementní člověk schopný zajistit si uspokojení fyziologických potřeb sám, popřípadě s mírnou pomocí osoby pečující. Ve třetí fázi, kdy má již dementní osoba halucinace a bludy, dochází k naprosté závislosti na osobě pečující. Člověk v této fázi nemoci má potíže s přijímáním potravy, není schopen regulovat vylučování, sám si obstarat hygienu a často je zcela upoután na lůžko. U takového člověka je nejdůležitější zajistit fyziologické potřeby, tišit jeho bolest a utrpení, ale také je důležité poskytnout mu fyzický kontakt. *„Fyzický dotek se zdá stejně důležitý na konci života jako na začátku, kdy jsme kojenci. Dotek, pohlazení, polibek“ (Pichaud, C. a Thareauová, I., 1998, str. 135).*

### 3.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty u seniorů a u osob s demencí

Druhá a zároveň poslední z vrozených, základních potřeb je potřeba bezpečí a jistoty. Ta se projevuje již u novorozence, u první sociální skupiny, se kterou se setkává, a tou je rodina. Fontana, D. (2003, str. 21-23) připisuje tuto skutečnost sociálnímu učení dítěte. U novorozenců, kteří jsou zcela závislí na osobách, které o ně pečují, se rozvíjí jistota připoutání (jistota, že jim budou zajištěny všechny fyziologické potřeby a potřeba bezpečí), to je první jistota v životě člověka. Na tuto jistotu se dále v průběhu života navazují další jistoty a bezpečí, které potřebuje mít každý člověk.

Vágnerová, M. (2007, str. 344- 365) srovnává potřebu bezpečí ve stáří a ve středním věku. Podle ní se ve stáří nutnost této potřeby prohlubuje, to je způsobeno pocitem většího ohrožení, které starší člověk pociťuje. Seniorům ubývají síly, jsou častěji nemocní, mohou ovdovět a zůstat sami. Dříve nabyté schopnosti se nyní stávají problematickými a senior se stává více závislým na lidech okolo, než byl dříve. Z tohoto důvodu se více fixuje na rodinu, popřípadě pečovatele, u kterého se cítí v bezpečí. Činnosti vykonává pomaleji než dříve, s větším strachem, pocity úzkosti, strachu a selhání. V této fázi se může objevit i deprese, lítostivost, pocit seniora, že je již k ničemu, sám nic nezvládá a může se strachovat i z toho, že zůstane zcela závislý na osobě, která o něj pečuje.

Podle autorů Pichauda, C. a Thareauové, I. (1998, str. 37- 38) je dělení potřeby bezpečí a jistoty následující. První skupinu tvoří potřeba ekonomického zabezpečení. Ta se projevuje především v prostředcích (především peněžních, ale může se také jednat o předměty, jídlo apod.). Starší lidé mají snahu utvářet si zásoby všeho, co by mohl někdo někdy potřebovat (s tím souvisí jejich zkušenosti z válek, které prožili, kdy neměli dostatek jídla a trpěli často nouzí). Když mají dostatek těchto zásob, cítí se více v bezpečí a nebojí se tolik toho, co přijde. Druhou skupinou, kterou autoři řadí do potřeby bezpečí a jistoty, je potřeba fyzického bezpečí. Zde je třeba si uvědomit, že starší lidé mají větší potíže s pohybem (to je způsobeno fyziologickými změnami ve stáří, např. dochází k řídnutí kostí, svalové ochablosti apod.). Tito lidé mají také větší obavu z pádu, ke kterému často z důsledku nedostatečných kompenzačních pomůcek dochází. Důležité je u starších lidí odbourat pocit nejistoty a poskytnout jim takové pomůcky, kterým budou důvěřovat a budou mít s nimi pocit bezpečí. Třetí skupinou je potřeba psychického bezpečí, pro nějž jsou důležité orientační body, které senior během dne má, například kroužek malování je každý den od- do. Pečující má často nutkání se o seniora starat a hlavně ho chránit víc, než by bylo potřeba. Tím snižuje samostatnost seniora a jeho

sebevědomí a dochází k úpadku jeho schopností. Je tudíž důležité najít správnou cestu a míru toho, co je pro seniora dobré a co ho degraduje.

U osob s demencí je zajištění bezpečí a jistoty velmi problematické. U osob v první fázi dochází ke zhoršení paměti, ale hlavně také k větší zmatenosti. Osoba s touto nemocí ztrácí pocit bezpečí a jistoty, stává se jí, že neví, kde se nachází, kdo o ní pečuje a má potíže s orientací i v čase. U druhé fáze se projevy zhoršují, z toho důvodu se objevují pocity neklidu a stresu. Demence se projevuje také dezorientací a problémy s motorikou. V této fázi ztrácí člověk pocit ekonomického zabezpečení, fyzického zabezpečení, ale i psychického zabezpečení. Ve třetí fázi, kdy je nemoc zcela rozvinutá, dochází k halucinacím a bludům, nemocný ztrácí důvěru i v osoby, které o něj pečují, nepoznává je, má pocit, že se ho snaží zabít, že ho okrádají o jeho osobní věci (nepamatuje si, kam je dal). U všech fází nemoci je důležité poskytnout nemocnému co největší pocit bezpečí, například pomocí kompenzačních pomůcek, věcí, které nemocný zná z minulosti. Je důležité mu pomoci v orientaci v čase a místě (například vytvořením nástěnky s kalendářem, kam si může nemocný zaškrtnout dny, které už proběhly, vytvořit mu album s fotkami osob, které o něj pečují a další pomůcky), podrobně viz Glenner, J. (2012, 16-17).

### **3.1.3 Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti u seniorů a osob s demencí**

V některých publikacích také nazvána jako potřeba sociální. *„Kontakt s lidmi je důležitý v každé životní fázi, ale musí být přiměřený z hlediska kvantity i kvality. Starší lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace. Potřebují, aby jejich vztahy s lidmi měly symetrický charakter, a jakékoliv narušení této rovnováhy citlivě prožívají“* (Vágnerová, M., 2007, str. 344-345). Vágnerová, M. (2007, str. 344-345) dále zmiňuje, že senioři nemají rádi jakoukoli změnu, která přichází. Je pro ně tedy velmi důležité, aby udržovali sociální vztahy s osobami, které znají ze svého okolí a své minulosti, díky kterým získávají pocit jistoty. Lépe se cítí se svými vrstevníky, se kterými mají stejné zájmy a vzpomínky. Mladší generaci málo rozumí, nechápou jejich cíle, životní postoje, názory a často nerozumí ani jejich vyjadřování.

Více dělení k této potřebě uvádějí Pichaud, C. a Thareauová, I. (1998, str. 39). První kategorii nazvali potřebou informovanosti, v této skupině je důležité, aby měl senior dostatek informací o tom, co se děje v místě kde bydlí, co je nového ve městě, ve státu, nebo i například v práci, do které dříve docházel. Druhou kategorií tvoří potřeba náležet k nějaké skupině. Není podstatné, ke které kategorii má senior či člověk s demencí náležet, může se jednat o skupinu lidí, kteří s ním sdílejí zařízení, ve kterém se nachází, nebo o rodinu. Podstatné je, aby měl

pocit, že někam patří a je někde potřebný a chtěný. Podle mých zkušeností je v zařízeních sociálních služeb tato potřeba často opomíjená. Senior není zapojován do „chodu“ zařízení, jsou mu poskytovány převážně služby, které se starají o jeho fyziologické potřeby, ale málokdy je také přizván, aby se účastnil nějaké aktivity, kterou nabízí například dobrovolník, který do zařízení dochází (často je to způsobeno nedostatkem personálu, pro personál by bylo obtížné dopravit ležícího klienta do nějakého kurzu, který se koná v jiném patře zařízení). Je důležité také vycházet vstříc potřebě seniora setkávat se i s jinými lidmi, než s těmi, kteří o něj pečují nebo se nacházejí v zařízení s ním. To lze zařídit například zprostředkováním kontaktu s rodinou, úpravou návštěvních hodin, výlety se seniory, doprovody seniorů apod. (opět se jedná o velice časově náročné aktivity a z mé zkušenosti personálem příliš neoblíbené aktivity). Další kategorií je potřeba lásky, nejedná se jen o to, aby senior lásku dával, ale aby ji také dostával. V zařízeních sociálních služeb senioři často vyjadřují lásku a náklonnost k personálu dáváním různých dárků (ať už se jedná o výrobky, které senior sám vytvořil v kurzu, nebo o jídlo). Velmi málo se jim láska vrací, z tohoto důvodu často dochází k pocitům smutku a beznaděje (senioři mají potíže vyrovnat se s tím, že na domluvenou schůzku někdo nedorazil – například jejich rodina, mají pak pocit, že o ně nikdo nestojí a snaží se vymyslet různé způsoby, jak k sobě rodinu více připoutat). Poslední kategorií popsanou těmito autory je potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut. Tuto potřebu má každý člověk, v zařízeních sociálních služeb velmi často dochází k frustraci seniorů právě kvůli tomu, že získají pocit, že je nikdo neposlouchá, nechtějí obtěžovat personál, často mají také špatné zkušenosti. Příkladem může být situace, kdy se senior chce bavit se sestrou právě v momentě, kdy musí odejít z pokoje, popřípadě se musí věnovat jinému klientovi a konverzaci odmítne. Tím ztratí senior důvěru, už si nechce povídat a bojí se oslovit pečovatele, aby nedošlo k dalšímu zklamání. Potřeba mluvit je hodně závislá na povaze člověka, některý člověk se spokojí pouze s tím, že je fyzicky mezi lidmi, může je poslouchat a je tichou součástí kolektivu, jiní naopak potřebují být středem pozornosti a sdílet s ostatními své poznatky a zkušenosti.

Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti nebo také sounáležitosti u dementních osob se velmi špatně rozpozná. Často u těchto osob dochází k velké změně povahy (hodný člověk se stává agresivním), jak popisují Hrdlička, M. a Hrdličková. D. (1999). Důležité je, aby pečující této povaze nepodlehli a nezačali se k dementnímu člověku chovat stejně, protože ten si své chování neuvědomuje. Má pocit strachu a nejistoty a tím se řídí i jeho projevy chování. I přes takovéto chování je snaha poskytnout nemocnému pocit lásky a sounáležitosti velice podstatná a může projevy agresivního chování zmírnit.

### **3.1.4 Potřeba uznání a úcty u seniorů a osob s demencí**

Potřeba uznání a úcty patří mezi vyšší potřeby v Maslowově pyramidě. Pro seniory je největším mezníkem odchod do důchodu. Více příkladů k této problematice uvádí např. Říčan, P. (2006, str. 337-351), který se ve své knize zabývá problematikou stárnutí a odchodem do důchodu. V seniorském věku ubývá nejen tělesných, ale i psychických sil, v tomto období dochází také ke sčítání životních úspěchů a neúspěchů. Senior si uvědomuje, co v životě nestihl a co už zřejmě nestihne, bilancuje nad svým životem. Uvědomuje si zdravotní komplikace, které nastanou, a také větší závislost na osobách, které mu pomáhají. Loučí se s životem pracujícího člověka a připravuje se na život nový. Hledá si nové koníčky a nové způsoby, jak trávit svůj volný čas. Správná motivace, která úzce souvisí s uznáním, je velmi podstatná v jeho dalším snažení. Pro seniora je právě uznání a úcta, kterou mu projevuje okolí, nejsilnější motivací v tom, že koná správně. Pichaud, C. a Thareauová, I. (1998, str. 39-40) poznamenávají, že senior potřebuje hlavně být užitečný pro své okolí a cítit velkou míru svobody a soběstačnosti, za kterou by měl být oceněn právě uznáním.

Stejně jako u seniorů je velmi důležitá motivace pro osoby s demencí. Je třeba radovat se z malých úspěchů a krůčků, které jsou schopni udělat. Pečující osoba by měla uznání, úctu a pozitivní zpětnou vazbu s nemocným sdílet a dávat mu najevo, že si snahy cení. V žádném případě by neměla jeho snažení degradovat a brát ho jako samozřejmost.

### **3.1.5 Potřeba seberealizace u seniorů a osob s demencí**

Potřebu seberealizace, jak uvádí Fontana, D. (2003, str. 50-59), mají už děti, které se učí hře. Díky hrám si rozvíjejí senzomotorické schopnosti a také vymýšlet různé strategie, taktiky a uvědomují si také role, které vykonávají. Fontana, D. (2003, 214-217) dále popisuje výzkumy Maslowa, které byly směřovány na seberealizaci dospělých jedinců, nejčastěji studentů. Seberealizovaní lidé podle jeho tvrzení umí dobře rozlišit realitu a umí se vyrovnat s novou situací, zajímají se více o problémy ostatních lidí, jsou soudní, umí využít svůj humor, vztahy udržují hluboké, ale spíše s menší skupinou lidí, jsou flexibilní a nenechají se strhnout názory společnosti. Vágnerová, M. (2007, str. 346-347) vidí u seniorů nahrazování potřeby seberealizace v přemítání úspěchů, které proběhly v minulosti. Například pracovní úspěchy, ocenění ve škole, výchova dětí apod. Důvodem k tomuto jednání je podle ní nezpochybnitelnost a nezměnitelnost minulých výkonů, která nemůže být změněna ani aktuálním stavem, který by pravděpodobně seniorovi tyto úspěchy neumožnil.

Potřeba otevřené budoucnosti a naděje náleží jak seniorovi, tak i dementnímu člověku. Pro všechny je důležitá vize přijatelné budoucnosti, která je stále před nimi, i když jejich sil ubývá. Důležitým a nezbytným bodem v plánování budoucnosti a smířením se stářím je vyrovnání se s ním a přijetím změn, které nastanou a také s novým smyslem života, který může senior hledat například u svého potomstva, více viz Vágnerová, M. (2007, str. 347).

## 4 REMINISCENCE

### 4.1 Definice reminiscence a přístupy k ní

Nejčastěji využívanou definicí v odborné i laické literatuře je citace geriatra britského původu, Roberta Woodse a jeho spolupracovníků. „*Reminiscence je hlasité nebo tiché vybavování událostí ze života, které uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou*“ (Woods at al., 1992, str. 138). Tuto definici nám potvrzuje i samotný překlad slova *reminiscere*, které v latině znamená vzpomenout si, rozpomenout se nebo obnovit paměť. Podle Špatenkové, N. a Bolomské, B. (20011, str. 9-24) můžeme nahlížet na reminiscenční terapii jako na proces, který vede k záměrnému vzpomínání, při kterém jsou využívány vzpomínkové předměty (staré obrazy, pohlednice, fotografie, hudba apod.). Reminiscenční terapie probíhá v zařízeních za účasti a vedení terapeuta, který skupině nebo jednotlivci napomáhá v třídění vzpomínek a usnadňuje mu orientaci v čase pomocí kladení doplňujících otázek. Všichni účastníci terapie se navzájem podporují a stimulují (např. jeden z účastníků začne vyprávět o svém dětství před 1. světovou válkou, tím dá impuls ostatním, aby i oni začali vzpomínat na tuto dobu). Důležité je, aby se klient cítil ve skupině v bezpečí, měl pocit přijetí skupinou a aktivně se zapojoval do vzpomínání. Reminiscenční terapie může být předem strukturovaná (terapeut si připraví téma, o kterém bude skupina hovořit), ale také spontánní (terapeut nechá klienty, aby sami začali hovořit o vzpomínkách, které je zrovna napadají). Výhodou spontánního vedení reminiscenční terapie je větší pocit bezpečí pro klienta. Klient si sám zvolí téma, o kterém chce hovořit, takže je menší pravděpodobnost, že narazí na nějakou bolestivou vzpomínku, která se může objevit při strukturovaném vedení. Norris, A. D., 1986 uvádí tři hlavní funkce, které reminiscenční terapie poskytuje: „*Oddechovou, podpůrnou a terapeutickou.*“ Cílem všech funkcí je zkvalitnit život seniorů a osob s demencí. První funkce má za cíl naučit seniory a osoby s demencí, jak naložit se svým volným časem, aby docházelo k uspokojení jejich potřeb, na tuto funkci navazují zbylé dvě. Podpůrná funkce slouží k navození psychické pohody klienta, nalezení identity a také k sebeúctě. Terapeutická funkce slouží ke shrnutí dosavadního života, životních zkušeností, vypořádáním se s životními úspěchy i neúspěchy, ale také s blížícím se závěrem a koncem života.

Při reminiscenci se také využívají čtyři přístupy k práci se vzpomínkami. Tyto přístupy popisuje Janečková, H. a Vacková, M. (2012, str. 23-30). Prvním přístupem je narativní přístup, vychází z latinského slova *narro*, které znamená vyprávět, líčit, podávat zprávu. Tento přístup má oddechovou funkci. Hlavním cílem přístupu je navození psychické pohody, socializace klienta, vyplnění volného času a posílení sebevědomí. K tomu se využívají vzpomínky, o



kterých klient spontánně hovoří, sám určí, který příběh ze svého života bude vyprávět. Při této metodě nikdo vzpomínky nehodnotí, hlavním důvodem je zajištění pocitu bezpečí klienta. K této metodě není zapotřebí terapeut, využívá se tzv. facilitátor, který pouze stimuluje rozhovor a kontroluje skupinové procesy. Zasahuje v případě, kdy dochází ke slovnímu napadání, nátlaku nebo k přerušování jednoho klienta druhým. Hlavním přínosem této metody je skupinová důvěra, která se při setkávání vytváří, a také navazování přátelských vztahů. Klienti poznávají své osudy a často zjišťují, že mají podobné nebo totožné zkušenosti, které v nich vyvolávají pocity vzájemného respektu a podpory. „*Kvalitativní metody (pozorování, rozhovory s účastníky i s facilitátory, analýzy videonahrávek) ukazují, že účastníci narativně zaměřených skupinových setkání si tuto aktivitu užívají, reagují na podněty, dochází ke změnám v jejich chování- začínají se např. spontánně obracet jeden k druhému, místo, aby komunikovali pouze s personálem.*“ (Janečková, H. a Vacková, M., 2010, str. 24).

Druhým přístupem, který autorky popisují je reflektující přístup. Jak napovídá název, jedná se o metodu založenou především na životní rekapitulaci. Klient má možnost zhodnotit svůj život, vyprávět své životní příběhy, které jsou pro něj významné a utvořily důležité životní mezníky, vyrovnat se se svou minulostí a také ji blíže prozkoumat. Přístup může vést i k usmíření klienta s lidmi, s kterými ho spojují citlivé vzpomínky, proto je potřeba k vedení reflektující skupiny terapeut, který je schopný pracovat s emocemi klientů, s jejich sebereflexí a napomáhá klientovi, aby přijal svůj život jako hodnotný a byl schopen se s ním vyrovnat. Na konci každého sezení shrnuje terapeut obsah vzpomínek, jak se lze s negativními vzpomínkami vypořádat. Důležité je, aby terapeut nejen naslouchal, ale také sledoval vnější i vnitřní projevy klienta (například mimiku, gesta, užíval metody rozhovoru, jako je zrcadlení, parafrázování, využíval doplňující otázky, empatii, udržoval s klientem oční kontakt a také přizpůsobil prostředí, v kterém se terapie odehrává).

Třetím přístupem k vedení reminiscenční terapie je expresivní přístup, který je využíván při terapii s citově složitými, traumatizujícími vzpomínkami, které si člověk nosí hluboko v sobě, nechce o nich hovořit a snaží se na ně zapomenout. Terapeut, který pracuje s klientem, který v sobě uchovává traumatické vzpomínky, si musí nejdřív získat důvěru klienta. Klient musí získat pocit bezpečí, že ho nikdo nebude hodnotit, nebude na něj tlačit a nebude mu přisuzovat negativní vlastnosti. Otevření traumatických témat zbavuje klienta stresu, úzkostí a dává mu možnost se vyrovnat s minulostí, která i když o ní nemluví je stále přítomná, a díky tomu může klient také snadněji hledět do budoucnosti.

Posledním přístupem je informační přístup, nebo také biografický. Díky tomuto přístupu se z klienta stává mentor, který vypráví svůj životní příběh v kontextu historických dějin. Tato terapie by také měla zahrnovat historické přednášky odborníků i pamětníků, návštěvy muzeí, galerií, kulturních památek, setkávání s různými věkovými skupinami, kterým senioři mohou předat své životní zkušenosti, příběhy a poučení. V praxi se využívá především po návštěvě nějaké památky, kdy se účastníci sejdou, vyprávějí si, co zažili při návštěvě a spojují své vzpomínky s tímto místem (navštívili ho například jako děti s rodiči, hráli tam různé dětské hry, ukazovali to tam svým dětem, jeli tam na školní výlet apod.).

## **4.2 Vznik a vývoj reminiscence**

Špatenková, N. a Bolomská, B. (2011, str. 19-20) srovnávají historii vývoje reminiscence od šedesátých let minulého století až po současnost. Zatímco v šedesátých letech minulého století převládala myšlenka, že senior se nemá podporovat ve vzpomínání z důvodu přinášení negativních emocí (úzkosti, strachu) a také kvůli neustálému žití v minulosti, které nepřináší nic dobrého, v současné době převažuje názor zcela odlišný, prosazený díky Robertu Butlerovi, americkému lékaři a gerontologovi, který se stal prvním ředitelem Národního ústavu stárnutí. Butler vytvořil teorii, kterou nazval Rekapitulací života, díky které došlo v polovině 70. let k převratu při péči o seniory a osoby s demencí. Tato teorie se brzy dostala do podvědomí zdravotnických i sociálních pracovníků, kteří začali tuto metodu využívat při své práci. Dalším milníkem k rozvoji reminiscence byl Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek, které sponzorovalo britské ministerstvo zdravotnictví a sociální péče v letech 1978-1979. V roce 1981 byly publikovány výsledky, kterými se staly magnetofonové záznamy, které byly nazvány „Vzpomínka“ (Recall). Od této doby až po současnost je ve Velké Británii metoda reminiscence velmi uznávaná a oblíbená při práci se seniory a osobami s demencí. Postupem času se reminiscence dostávala i do ostatních zemí, k nám došla až 20 let po úspěchu ve Velké Británii, hlavně díky občanskému sdružení JOB.

## **4.3 Vzpomínání a jeho role v životě člověka**

Erikson, E. (2002) vidí v závěrečné fázi života hledání životní integrity a moudrosti. Pokud člověk najde životní integritu, zbaví se pocitů neúplnosti, zoufalství, strachu, životního zmaru, pocitu beznaděje, nepotřebnosti a získá pocit sebeúcty a sebenaplnění. Je proto důležité, aby se naučil smířit se svou minulostí a realizoval své vlastní já a vybudoval si novou osobnost. V této fázi života se senior vyrovnává s tím, co bylo, ale zároveň také hledí do budoucnosti a vyrovnává se s blížící se smrtí. Je to období, kdy má možnost zhodnotit svůj předchozí život a uzavřít otevřené kapitoly. Když projde touto životní etapou, dojde podle Eriksona k životnímu

naplnění. „*Můžeme pak umírat se sebeúctou navzdory prohrám, neúspěchům a nenaplněným snům*“ (Erikson, E., 2006). Špatenková, N. a Bolomská, B. (2011, str. 12-18) doplňují funkci vzpomínání potřebou vyzdvihnout to, co člověk sám ještě zvládne, pozitivním předáním zkušenosti mladším a nabytím nesmrtelnosti (jedině vzpomínky jsou to, co nám nikdo nevezme, člověk i po své smrti zůstává ve vzpomínkách blízkých lidí, díky kterým „žije“ i nadále).

#### **4.4 Druhy reminiscenční terapie**

Gibson, F. a Bornat, J. (1994, str. 46-60) rozlišují dva základní druhy reminiscenční terapie. Prvním druh nazvali obecnou reminiscencí. Hlavním znakem této reminiscence je předem připravený plán průběhu terapie. Terapeut si předem připraví všechny pomůcky, které bude potřebovat (hudbu, fotografie, obrazy apod.), zvolí vybrané téma a až poté předstoupí před skupinu seniorů. Druhým druhem reminiscence je specifická reminiscence, která je přesným opakem obecné reminiscence. Využívá se při ní pomůcek přímo od účastníků, pracují tedy se svými fotkami, obrázky, vzpomínkovými předměty a o těch hovoří. Terapeut dopředu nic nepřipravuje, vše vyplyne ze vzpomínkových pomůcek, které si přinesli sami senioři. Druhá forma reminiscence je více vhodná pro osoby s demencí, které nemusí poznat pomůcky, které donesl terapeut, lépe se jim pracuje s jejich vlastními, které znají.

Špatenková, N. a Bolomská, B. (2011, str. 25-29) uvádějí další typ dělení podle počtu osob, které se terapie účastní. Jedná se buď o terapii individuální, kdy se jeden terapeut věnuje pouze jednomu klientovi, při kterém dochází k osobnějším přístupům, rychlejšími reakcemi a větší důvěrou ze strany klienta, nebo o neformální skupinovou a formální skupinovou. Neformální skupinová a formální skupinová je pro více účastníků, terapeut zde vede celou skupinu, nevěnuje se pouze jedinci. Neformální skupina není naplánovaná, může vzniknout například u jídla, při herní aktivitě. Formální skupina je naplánovaná dopředu a má jasně daný cíl, místo a čas, kdy bude probíhat. U obou skupin je nutné zajistit pohodlí všech účastníků. V praxi dochází k prolínání formální a neformální skupiny.

##### **4.4.1 Reminiscenční pomůcky**

Vizuální pomůcky, auditivní a senzomotorické, takto dělí do tří skupin Špatenková, N. a Bolomská, B. (2011, str. 31-38) pomůcky, které se využívají při reminiscenční terapii. Hlavním úkolem pomůcek je navodit vzpomínky, pozitivně stimulovat paměť a zapojit co nejvíce smyslů do vzpomínání (čich, hmat, zrak, sluch). Je důležité, aby měl terapeut zkušenosti v užívání pomůcek a dokázal odhadnout vhodnou míru jejich využití, aby naopak nepůsobily negativně. Ne vždy navodí pomůcka vzpomínku nebo souvislost, kterou očekával terapeut. Terapeut

například donese před svou skupinu brambory a očekává, že si účastníci začnou vzpomínat na vaření se svou rodinou a recepty. Ti si ale začnou vybavovat, že brambory museli jíst v době války a vyvolají v nich negativní pocity a vzpomínky. Proto je důležité, aby byl terapeut flexibilní a uměl rychle reagovat na nastalou situaci. Mezi vizuální pomůcky autorky řadí fotografie (fotografie účastníků, z výletů, historické fotografie, fotografie budov, známých osobností, zvířat apod.), kresby a obrázky (slavné obrazy z galerií), články z novin (vázané na historii- například článek o začátku války, o slavné osobnosti), televizi (vysílání pro pamětníky zprávy z minulosti, dokumentární filmy), promítání filmů (převážně černobílých pro pamětníky, s osobnostmi, které senioři dobře znají). Jedná se tedy o pomůcky, na které se účastník terapie může dívat, jsou tedy převážně pro zrakový vjem. Druhou skupinu tvoří auditivní pomůcky, které slouží ke stimulaci sluchové paměti, je k nim teda zapotřebí sluch, nejsou vhodné pro seniory, kteří mají poruchu sluchu, jsou nedoslýchaví. Řadí se mezi ně nahrávky zvuků (zvuky starých aut, ruch silnice, zvuky zvířat, šumění vody), nahrávky mluveného slova (vyprávění knih, pohádek, politické projevy, rozhovory se slavnými lidmi, nahrávky z magnetofonových desek), hudební nahrávky (nahrávky muzikálů, oper, operet, lidové hudby), které navozují příjemnou atmosféru a velmi účastníky sblíží (mohou sborově zpívat apod.). Poslední skupinu tvoří sensorické stimulace, do kterých se řadí vnímání chuti (například ochutnávání jídel, pití), vůně (využití rostlin, parfémů, koření, bylinek) a také vnímání doteků. Doteky nemusí být jen mezi klienty navzájem a terapeutem, ale jedná se i o doteky povrchů (například doteky písku, vody, kamínků, koberce, tkaniny).

#### **4.4.2 Využití reminiscenční terapie u seniorů**

Největší slabinu v domovech pro seniory, vidí Vaňková, H. (2007, str. 466-471) v pasivním zapojování klientů do nějaké činnosti. Aktivit a kroužků, které se zabývají například malířskými činnostmi, je v pobytových zařízeních na výběr mnoho, problém ale nastává v případě, kdy aktivitu vymýšlejí pouze pracovníci, bez zapojení seniorů. Ti přicházejí k aktivitě, která je jim oznámena, nemají možnost ji změnit a dělat tak, jak chtějí oni. Často nepracují společně, ale pouze vedle sebe, stávají se tichými pozorovateli a skupinu vede k tomu určený pracovník. V takovém případě dochází k velmi slabé seberealizaci seniorů. Janečková, H. a Vacková, M. (2010, str. 76-99) dodávají, že většina aktivit v domově pro seniory je zacílená na jednotlivce, i když je prováděna ve skupině. Aktivita je sice připravena pro skupinu, ale každý senior pracuje sám. V reminiscenční terapii by k tomuto jevu nemělo docházet. Za ideální počet členů ve skupině považují autorky 5-10 seniorů a 2 terapeuti, popřípadě facilitátoři. K navázání vztahů členů skupiny je ideální, pokud se skupina schází pravidelně nejméně jedenkrát týdně, ve stejný

den a stejný čas. Senior má čas si promyslet, o čem bude hovořit a zároveň má dostatek času na to, aby zpracoval vzpomínky z předešlého sezení. Na začátku reminiscenční terapie by měl terapeut určit, kolik sezení celkem proběhne. Počet sezení je velmi důležitou informací, která slouží seniorům k tomu, aby všichni měli stejnou možnost hovořit o svých vzpomínkách. Důvody seniorů, proč docházejí na reminiscenci, jsou různé, někteří chtějí vyprávět o svých vzpomínkách, jiní chtějí pouze vyplnit volný čas nebo se seznámit s ostatními klienty v zařízení. Cílem reminiscence je posílení sebevědomí seniorů, zlepšení orientace ve vlastních vzpomínkách, vyrovnání se s minulostí, seberealizace nebo například navázání vztahů. Témata na reminiscenční terapii jsou různá, mohou se týkat práce, kterou senior vykonával, dětství, předmětů, na které rád vzpomíná, rodiny, těžkých životních situací, které prožil, významných dní, ale i smrti a zdraví. Senior může skupině sdělit vzpomínky pozitivní i negativní, to záleží pouze na jeho rozhodnutí, terapeut ani členové skupiny by ho v žádném případě neměli k ničemu nutit, vše záleží na jeho svobodném rozhodnutí. Při reminiscenční terapii může dojít i k problematickým situacím, které musí terapeut řešit. Nejčastějším problémem je konflikt, který hrozí při zpětné vazbě, kterou seniorovi dávají jednotliví členové skupiny. „*Ve skupině může člověk získat moc a kontrolu, možnost něco měnit, ovlivnit, zaujmout větší prostor na úkor druhých*“ (Janečková, H. a Vacková, M., 2010, str. 89). Skupina se skládá ze seniorů, kteří jsou společně v jednom zařízení, proto ke konfliktu může dojít i mimo skupinu a poté se promítne i do terapie, při které může vlivem předchozího konfliktu dojít k hádkám, obviňování a vzájemným útokům. V tento moment je nutná role vedoucího konfliktu, který musí věnovat pozornost nejprve tomu, kdo hádku začal. Musí se zaměřit na jeho osobu, aby zjistil, co ho trápí a postupně se vrátil k tématu vzpomínání a celou situaci tím zklidnil. Druhým nejčastějším problémem ve skupině je upravení vlastních vzpomínek. Účastník sezení vědomě překroučí nebo zcela změní svou vzpomínku. K tomu dochází například z potřeby zalíbit se skupině a získat její obdiv. Zásadou reminiscence je respektovat druhého, proto není vhodné a žádoucí takového člověka opravovat, či mu sdělovat, že neříká pravdu. Ve skupině jsou členové, kteří pocházejí z různého kulturního prostředí, mají různou mentalitu, mají odlišnou víru, pohled na svět, politickou ideologii a spoustu dalších vlastností a věcí, které je rozdělují. Důležité ale je, aby se navzájem respektovali, jednali spolu s úctou, nehledali při sezení pravdu, ale hledali své mnohdy již zapomenuté vzpomínky a společně je sdíleli.

#### **4.4.3 Využití reminiscenční terapie u osob s demencí**

*„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, H. a Vacková, M., 2010, str. 100). Při reminiscenční terapii osob s demencí je důležité, aby se sezení účastnili pouze lidé s demencí. Hlavní důvod vidí Janečková, H. a Vacková, M. (2010, str. 100-110) v pocitu bezpečí, který tím nemocný získá. Skupina utvoří stejnou kompatibilitu, měla by být menší než skupina seniorů, aby měl vedoucí skupiny na každého člena dostatek času. Počet nemocných by neměl být vyšší než 4 osoby. Také je vhodné, aby se sezení účastnili alespoň dva lidé, kteří se vzájemně lépe podpoří, při vedení skupiny osob s demencí se málo využívá narativní přístup. Terapeut či facilitátor by měl být na sezení připraven a měl by mít stanovený úkol, který bude skupině zadávat, může se jednat o vzpomínání na uklízení domu, přípravu pokrmů, události, které se staly, zvyky apod. Osoba s demencí trpí poruchou paměti, proto je důležitou součástí sezení podpora ve vzpomínání, ujišťování nemocného, že má podporu vedoucího skupiny i ostatních. Podstatná je i správná motivace a oceňování, před ostatními členy skupiny, pocit bezpečí a členství je velmi důležitý. Pro seberealizaci člověka s demencí je nezbytně nutné, aby věděl, že někam patří, měl se kam a hlavně ke komu vracet, byl v bezpečném a klidném prostředí, které jej přijme bez předsudků a bude ho podporovat. Je velmi žádoucí, aby vzpomínání doprovázely různé stimuly, díky nimž si nemocný snadněji vzpomene. Mohou být využity vůně (je vhodné využívat stimuly, o kterých víme, že je nemocný pozná, například čaj, mýdlo, jídlo), dále mohou být využity hmatové podněty (hračky z dětství, chůze po koberci, hlazení zvířat, doteky), sluchové podněty (hlasy lidí, projevy zvířat, kostelní zvony), zrakové podněty (video nahrávky, sledování dětského hřiště, ulice) a pohybové podněty (ty jsou důležité i pro udržení fyzické kondice nemocného). Všechny aktivity musí být přizpůsobeny stavu všech účastníků skupiny, k tomu je potřeba zkušenost s prací s lidmi s touto nemocí a velká trpělivost. Takto nemocný může jeden den dlouze vyprávět své vzpomínky a druhý den o nich již neví. Řada osob s demencí se setkává s velmi negativními projevy okolí při snaze vzpomínat, z tohoto důvodu se raději přestanou projevovat úplně. Každý pracovník s lidmi s demencí by měl klienty motivovat k tomu, aby své vzpomínky vyjadřovali, měl by se radovat z rozpoznání věcí, které jemu přijdou samozřejmé, dbát na to, aby u klienta nevznikl pocit selhání, měl by respektovat pomalejší tempo nemocného, používat co nejvíce neverbálních prostředků, které jsou pro nemocného snadněji rozpoznatelné (smích, úsměv, dotek apod.), a nikdy by neměl přestat respektovat důstojnost nemocného, ať už je v jakémkoli stádiu nemoci.

# 5 REMINISCENČNÍ TERAPIE U OSOB S DEMENCÍ A SENIORŮ

## 5.1 CÍLE A METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1.1 Cíle výzkumného šetření

#### Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumného šetření je potvrzení či vyvrácení přínosu reminiscenční terapie u vybraného vzorku osob s demencí a u seniorů, včetně popisu průběhu reminiscenční terapie u jednotlivců i u skupiny.

#### Dílčí cíle:

1. Shromáždění informací o klientech domova pro seniory a o skupině seniorů s demencí.
2. Analýza reminiscenčních rozhovorů vybraného vzorku seniorů.
3. Shrnutí postřehů a poznatků z pozorování skupiny seniorů s demencí.

## 5.2 Metody, techniky šetření a výzkumné otázky

#### Metoda:

Kvalitativní výzkum

#### Techniky:

Případové studie (kazuistiky) – případové studie jsem sestavila podle získaných údajů o klientech. Zahrnují věk, pohlaví, vzdělání, délku pobytu v zařízení, stupeň demence, rodinnou a osobní anamnézu. Z důvodu zachování anonymity klientů jsou v kazuistikách změněna jména všech klientů.

Pozorování - zúčastněné pozorování klientů v rámci pracovní praxe při reminiscenční terapii i při denních činnostech, které v zařízeních vykonávají.

Analýza dokumentů – analýza anamnéz o seniorech a klientech s demencí, které mají pečovatelé k dispozici v zařízení (rodinná anamnéza, Mini-Mental State Examination).

Rozhovory - nestrukturované rozhovory na téma Vánoce, které probíhaly v přirozeném prostředí klienta s facilitátorem.

## **5.3 Charakteristika míst a vzorku výzkumného šetření**

### **Charakteristika míst šetření:**

K šetření jsem zvolila pět zařízení ze Středočeského kraje a z Prahy, která se zaměřují na péči o seniory a osoby s demencí.

Domovy pro seniory - výzkum jsem prováděla ve dvou domovech pro seniory se stejnou cílovou skupinou (seniory se sníženou soběstačností, zejména vzhledem k věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby). První domov pro seniory se nachází v Praze a druhý ve Středočeském kraji. V každém domově je přibližně 60 klientů, jedná se tedy o menší domovy pro seniory.

Denní stacionáře pro seniory - opět jsem výzkum prováděla v jednom zařízení, nacházejícím se ve Středočeském kraji, a v druhém, nacházejícím se v Praze. Oba stacionáře jsou určené pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost a pro seniory s demencí. Zařízení poskytují ambulantní služby, jejich provozní doba je od pondělí do pátku od 7 hodin do 18:00 hodin. V tomto čase je klientům poskytována odborná péče a speciální aktivizační programy (keramická dílna, počítačová dílna, kurzy šití a vyšívání, literární kurz, malířský kurz, kurz historie a také reminiscenční terapie).

Domov se zvláštním režimem - určený pro osoby s demencí, jedná se o pobytové zařízení ve Středočeském kraji, poskytující pobytovou službu přibližně 30 seniorům s demencí. Hlavním cílem zařízení je podpora klientů s orientací v čase a v prostředí, v kterém se vlivem této nemoci špatně orientují. K uspokojení jejich potřeb je nutný dohled a dopomoc jiné fyzické osoby.

### **Charakteristika vzorku výzkumného šetření:**

K výzkumnému šetření jsem zvolila 2 seniory z domova pro seniory (jednoho z Prahy a druhého ze Středočeského kraje), 2 seniory z denního stacionáře v Praze a 1 seniora s demencí z denního stacionáře ve Středočeském kraji. Zkoumala jsem též skupinu 8 seniorů s demencí z domova se zvláštním režimem ze Středočeského kraje. Všichni klienti jsou ve věku od 60 do 75 let, jedná se tedy o stádium raného stáří. U seniorů s demencí z domova se zvláštním režimem jsem využila ke zkoumání metodu zúčastněného pozorování, u seniorů z ostatních zařízení jsem využila metodu rozhovorů, kazuistik a analýzu dokumentů, které mi byly v zařízeních poskytnuty k nahlédnutí.



**Výzkumné otázky:**

1. Jak se změnil život seniora po příchodu do zařízení? Jak se změnil život seniora s demencí po onemocnění?
2. Jak probíhá reminiscenční terapie a jaké je zapojení seniorů a osob s demencí do jejího průběhu?
3. Jaký přínos reminiscenční terapie lze pozorovat u vybraného vzorku seniorů a osob s demencí?

## **6 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

### **6.1 Vlastní šetření**

#### **KAZUISTIKA Č. 1:**

S panem Františkem jsem se setkala v roce 2014 v domově pro seniory ve Středočeském kraji, kam jsem docházela jako dobrovolnice a pořádala dramatický kroužek, kterého se pan František aktivně účastnil.

#### **Anamnestické údaje:**

Údaje o panu Františkovi jsem získala z jeho osobní dokumentace, do které mi dovolil nahlédnout. Osobní dokumentace zahrnovala zdravotní dokumentaci a osobní spis pana Františka, v němž jsou uvedeny osobní údaje o klientovi, např. rodinná anamnéza, sociální anamnéza, individuální plán klienta a záznamy z klientských dnů. Další informace jsem získala přímo od klienta, pomocí rozhovorů, jež jsem s ním vedla, a také při reminiscenční terapii.

#### **Rodinná anamnéza:**

Pan František se narodil roku 1946, v květnu roku 2016 oslaví 70. narozeniny. Narodil se v Olomouci, kde prožil většinu svého života. V 18 letech se oženil a se svou ženou zůstal až do její smrti. Rok po svatbě se manželům narodila první dcera a za další dva roky druhá. Pan František pracoval celý život jako automechanik. Když jeho dcery vyrostly, odešly obě studovat do Prahy, a pan František zůstal se svou ženou sám. V roce 1990 byla lékaří manželce pana Františka diagnostikována rakovina žaludku. Aby se pan František mohl o svou manželku postarat, odstěhoval se s ní do Kladna, kde poblíž bydlí jeho nejstarší dcera, která mu v péči o matku pomáhala. Klientova manželka se uzdravila, ale bohužel po 8 letech se rakovina vrátila znovu. Pan František se znovu o svou ženu staral s pomocí svých dvou dcer, jeho žena však v roce 2000 v domácí péči zemřela. V té době byl pan František již v důchodu, a protože se cítil čím dál více osamělý, rozhodl se podat si žádost o umístění do domova pro seniora. Žádosti bylo vyhověno v roce 2002 a od té doby v zařízení klient pobývá.

**Osobní anamnéza:****Diagnóza:**

Deprese.

**Sociální chování:**

Pan František byl celý život zvyklý starat se o svou rodinu, nejprve o své dvě dcery a poté o svou nemocnou manželku, o ní se staral až do její smrti. Byl velmi společenský a měl hodně přátel, na které rád vzpomíná. Většina z nich už bohužel zemřela, nebo zůstala v jeho rodném Olomouci. V současné době se stýká pouze se svými dcerami a jejich rodinami. Je velmi přátelský a díky svému velkému kulturnímu a historickému přehledu je schopný bavit se s kýmkoli o čemkoli, čehož jsem byla svědkem na několika akcích, pořádaných domovem pro seniory pro širokou veřejnost. Je vidět, že mu velmi chybí žena a kontakt s jiným sociálním prostředím, než poskytuje domov pro seniory. Rád se zapojuje do kroužků, pořádanými v domově.

**Vzdělání a znalosti:**

Pan František vystudoval gymnázium, po jeho absolvování se hlásil na vysokou školu, kam však kvůli svému otci, odpůrci komunismu, nebyl přijat. Proto, jak velmi rád vypráví „šel do učení na automechanika“. Automechanikem byl celý život. Protože má velice rád historii, věnoval se jí aktivně v průběhu celého života. Přečetl mnoho historických knih, navštěvoval se ženou a s dětmi historické a kulturní památky, divadla, koncerty a žil velmi aktivním životem. Zná celou českou historii a velmi rád o ní vypráví a diskutuje. V současné době dochází do Akademie třetího věku, kde navštěvuje semináře o dějinách, kultuře a malířství.

**Sebeobsluha:**

Pan František je zcela samostatný, potřebuje jen minimální dopomoc jiné fyzické osoby. Je schopný se sám postarat o domácnost, vařit, nakupovat, sám dochází i do Akademie třetího věku, nacházející se ve stejném městě jako domov pro seniory.

**Zdravotní stav:**

Pan František trpí od smrti své manželky depresí, kvůli které se také rozhodl podat si žádost do domova pro seniory. Po zdravotní stránce je zcela v pořádku, trpí pouze lehkou inkontinencí.

### **Život v zařízení:**

Pan František je v domově pro seniory čtrnáctým rokem. První dva roky žil se spolubydlícím, který bohužel zemřel, a od té doby bydlí v samostatném pokoji, s vlastním sociálním zařízením. Účastní se většiny aktivit v domově pro seniory, jezdí na výlety, chodí do kroužků a sám pořádá karetní hráčské turnaje, kterých se účastní jako hráč spolu s ostatními klienty ze zařízení. V zařízení je velice oblíbený, jak u klientů, tak u personálu.

### **KAZUISTIKA Č. 2:**

Mé první setkání s panem Antonínem proběhlo na konci roku 2012 v Domově pro seniory v Praze 8. Do domova jsem jezdila pravidelně každý týden necelých 6 měsíců, díky tomu jsem měla možnost mnohokrát s panem Antonínem komunikovat a účastnit se spolu s ním reminiscenčních terapií.

### **Anamnestické údaje:**

Informace o panu Antonínovi jsem čerpala převážně z našich společných rozhovorů, také mi byla poskytnuta k nahlédnutí, díky jeho souhlasu jeho osobní dokumentace, obsahující rodinnou anamnézu, sociální anamnézu a individuální plán klienta.

### **Rodinná anamnéza:**

Pan Antonín se narodil v roce 1945 jako třetí syn. Jeho matka byla dělnice a otec krátce po jeho narození zemřel na zápal plic. Pan Antonín vyrůstal bez otce, o něj a o dva bratry se starala pouze matka, která zemřela v roce 1965, kdy bylo panu Antonínovi 20 let. Vystudoval gymnázium a poté ekonomickou školu, stal se účetním ve sklářské firmě, kde se seznámil se svou budoucí ženou, s kterou se oženil a měl s ním syna. V 41 letech ovdověl a sám se staral o svého 15 let starého syna. V roce 2000 utrpěl vážnou dopravní nehodu, jejímž následkem došlo k ochrnutí obou dolních končetin vlivem poškození míchy. Pan Antonín pobýval od té doby v mnoha zdravotnických zařízeních, není schopen se o sebe sám postarat bez pomoci jiné fyzické osoby a od roku 2010 je v domově pro seniory. Se svým synem se nestýká od doby, kdy syn prodal byt, který mu pan Antonín daroval. Jediným příbuzným, s nímž se stýká, je jeden z jeho vnuků, který za ním do zařízení jednou za měsíc pravidelně dochází na návštěvy.

**Osobní anamnéza:****Diagnóza:**

Paraplegie - ochrnutí dolních končetin následkem dopravní nehody, inkontinence třetího stupně.

**Sociální chování:**

Pan Antonín se stýká pouze se svým vnukem, je spíše samotář a rád se věnuje četbě klasické literatury. V domově už 6. rokem bydlí se spolubydlícím, s kterým má přátelský vztah. Nerad se účastní aktivit pořádaných domovem, dochází pouze na reminiscenční terapii, do dramatického kroužku a na ergoterapii, kde s pomocí terapeuta posiluje horní končetiny a jemnou motoriku, nechce jezdit na výlety a je raději sám v ústraní.

**Vzdělání a znalosti:**

Pan Antonín vystudoval gymnázium a poté ekonomickou školu, celý život byl účetním jedné firmy. Má velké znalosti o světové i české literatuře, kterou velice rád i v současné době čte. Rád také luští křížovky a sudoku, díky kterým si posiluje logické myšlení i svou paměť. Zakládá si na vzdělání, ke kterému vede i svého vnuka.

**Sebeobsluha:**

Pan Antonín se od nehody, která se mu stala, neobejde bez pomoci jiné fyzické osoby, zejména při hygieně, kdy je zcela odkázán na pomoc pečovatele. Dále potřebuje pomoc na místech, která nejsou bezbariérová. Na bezbariérových místech dopomoc nepotřebuje, po domově se také pohybuje sám.

**Zdravotní stav:**

Jak jsem již zmiňovala, pan Antonín má ochrnuté dolní končetiny od roku 2000 a také trpí inkontinencí třetího stupně. Jinak je zcela zdrav.

**Život v zařízení:**

Pan Antonín si podal žádost o přijetí do domova pro seniory v roce 2009 a od roku 2010 je v zařízení ubytovaný. Od začátku bydlí se stejným spolubydlícím. Dochází na ergoterapii, do dramatického kroužku a na reminiscenční terapii, jinak se aktivně nezúčastňuje žádných akcí, pořádaných domovem. Je spíše samotář a dlouho mu trvá, než naváže s někým kontakt. V domově si asi nejvíce rozumí se svým spolubydlícím.

### **KAZUISTIKA Č. 3:**

Paní Marii jsem poznala v roce 2015 v denním stacionáři v Praze, kam jsem docházela v rámci pracovní praxe.

#### **Anamnestické údaje:**

Zdrojem informací o paní Marii mi byl její individuální plán, sociální a rodinná anamnéza, informace od personálu zařízení a také rozhovory s ní.

#### **Rodinná anamnéza:**

Paní Marie se narodila v roce 1948. Neměla žádné sourozence a vyrůstala se svými rodiči v centru Prahy, kde pobývala celý život a také později vychovávala své děti. Po absolvování základní školy se vyučila prodavačkou a toto povolání vykonávala celý život. V 18 letech se vdala a se svým mužem, s kterým vychovala dvě dcery a syna, žije dodnes. V současné době je v důchodu.

#### **Osobní anamnéza:**

#### **Diagnóza:**

Paní Marii byla v roce 2011 diagnostikována Alzheimerova choroba. Trpí ztrátou paměti na události, které se staly před krátkou dobou i na události, jež se staly v minulosti (má poruchu krátkodobé i dlouhodobé paměti), obtížně řeší složitější úkoly, vyžadující delší soustředění, často je podrážděná (důsledek zmatenosti), má potíže při vyjadřování svých vlastních myšlenek a při nalézání věcí, i přesto, že si je sama odložila. Trpí inkontinencí druhého stupně.

#### **Sociální chování:**

S nástupem Alzheimerovy demence se sociální vztahy paní Marie zhoršily, má problém s navazováním nových kontaktů, ale také s občasným rozpoznáním lidí, které v minulosti znala. Stýká se převážně se svým manželem, ten o ni pečuje, a také se svými dětmi a s jejich rodinami. Následkem Alzheimerovy demence má lepší a horší dny (dny, kdy se nemoc projevuje méně, a dny, kdy se nemoc projevuje více). Pokud má horší den (nemoc se projevuje zhoršenou pamětí a zmateností), ve stacionáři příliš nenavazuje nové vztahy, raději jen naslouchá, co si ostatní povídají, a příliš se do diskuzí a činností nezapojuje. Pokud má lepší den (vybavuje si události z minulosti, není zmatená a podrážděná), ráda vypráví o své rodině a zaměstnání, které vykonávala v minulosti.

### **Vzdělání a znalosti:**

Paní Marie se vyučila prodavačkou, toto povolání vykonávala po celý svůj život až do doby, kdy odešla do důchodu. Pracovala v malé prodejně potravin v centru města. Zajímá se spíše o domácí manuální práce, pečení a vaření. Ráda své pekařské a kuchařské znalosti předává dál. Následkem nástupu nemoci není schopna získávat nové informace, spolu s personálem denního stacionáře nacvičuje vybavování si minulosti a uchování dlouhodobé paměti.

### **Sebeobsluha:**

Paní Marie potřebuje dohled jiné fyzické osoby, kvůli své nemoci často zapomíná, je třeba jí často připomínat, co má udělat. Není schopna se sama orientovat na neznámých místech, má potíže s orientací i na místech, na kterých se dříve orientovala. Má potíže sama uspokojovat fyziologické potřeby, je závislá na dohledu jiné osoby, ta jí dává pokyny k tomu, co má udělat.

### **Zdravotní stav:**

Klientka trpí Alzheimerovou demencí (má zhoršenou krátkodobou i dlouhodobou paměť, trpí zmateností, má potíže při vyjádření svých myšlenek a potřeb), v důsledku Alzheimerovy choroby má inkontinenci druhého stupně.

### **Život v zařízení:**

Paní Marie dochází do zařízení přibližně 1,5 roku, vždy od pondělí do pátku od 8 hodin ráno do 14:00 odpoledne, kdy si ji v liché dny vyzvedává její manžel a v sudé dny její dcera. V zařízení dochází na kroužek vaření, pečení, reminiscenční terapii, do tvořivých dílen a na ergoterapii. V zařízení má svou vlastní nástěnku, na které má umístěny všechny aktivity v podrobném rozvrhu, spolu s fotografiemi personálu, aby pro ni bylo snazší orientovat se v místě a čase, v kterém se nachází. Každý den po příchodu do zařízení si ve svém rozvrhu najde aktivitu, kterou bude vykonávat a s kým.

Do zařízení dochází s dalšími deseti klienty, s kterými má přátelské vztahy. Jedná se o klienty, trpící stejnou nemocí jako paní Marie, díky tomu se klientka v takovém prostředí cítí v bezpečí. Zařízení funguje jako odlehčovací služba pro rodiny, jejichž člen trpí demencí a rodina se o něj stará v domácím prostředí. To je i případ paní Marie, trávící zbytek dne se svou rodinou, která o ní pečuje.

### **Diagnóza demence:**

Paní Marii byla demence diagnostikována před pěti lety. Z počátku její rodina ani okolí nepřikládali jejímu občasnému zapomínání žádný význam, proto od nástupu prvních příznaků uplynul po diagnostikování nemoci jeden rok. Z počátku se u paní Marie projevovало jen mírné zapomínání (při nakupování, vaření, úklidu, domluvy s manželem apod.), později se tyto symptomy začaly zhoršovat a docházelo k nim stále častěji. Paní Marie si své potíže začala uvědomovat ve chvíli, kdy začala mít potíže s vyjádřením vlastních myšlenek, a proto vyhledala neurologa, ten ji provedl CT, MR a SPECT vyšetření, po nichž byla zaslána k psychiatrovi, ten provedl Mini- Mental State Examintion test. Všechna tato vyšetření a následný test vedly k diagnóze Alzheimerovy demence.

### **KAZUISTIKA Č. 4:**

S paní Zdenou jsem se setkala v denním stacionáři ve Středočeském kraji na konci roku 2015.

#### **Rodinná anamnéza:**

Paní Zdena se narodila v roce 1950 v malé vesnici ve Středočeském kraji do rodiny statkáře a ženy v domácnosti. Byla druhorozenou dcerou. Od dětství se starala o statek společně se svou rodinou, vyučila se prodavačkou, ale toto povolání nikdy nevykonávala. V 17 letech otěhotněla a se svým nemanželským synem zůstala na statku u rodičů, o statek se starala i po jejich smrti, kdy celé hospodářství připadlo jí. Paní Zdena nebyla nikdy vdaná a vždy se starala pouze o svého syna a o hospodářství zděděné po rodičích. Po prodělání cévní mozkové příhody žije se svým synem, jeho ženou a dětmi na statku.

#### **Osobní anamnéza:**

#### **Diagnóza:**

V roce 2013 prodělala paní Zdena cévní mozkovou příhodu, jejímž následkem došlo ke zhoršení vyjadřovacích schopností (afázii), zhoršené výslovnosti (dysartrii) a epileptickému syndromu. Po prodělání cévní mozkové příhody došlo také ke zhoršení motorických schopností. Paní Zdena první rok po CMP strávila v Geriatrickém a rehabilitačním centru, kde díky pravidelné ergoterapii a fyzioterapii došlo ke zlepšení jejího zdravotního stavu. Po roce již ze zařízení odešla, od té doby bydlí se svým synem a jeho rodinou.



### **Sociální chování:**

Paní Zdena je i přes afázii a dysartrii velice komunikativní a pozitivní. Ráda si povídá s kýmkoli o čemkoli, ráda chodí na procházky, na kterých se seznamuje s novými lidmi. Bohužel často dochází k situacím, kdy jí cizí lidé špatně rozumí kvůli jejím zhoršeným vyjadřovacím schopnostem. Je velmi aktivní a společenská a zapojuje se do jakýchkoli činností, při kterých se může seznamovat a komunikovat s jinými lidmi. Ve stacionáři má spoustu přátel, s nimi se stýká i mimo zařízení. Bydlí se svým synem a jeho rodinou, na svou rodinu je velmi pyšná, ale také fixovaná.

### **Vzdělání a znalosti:**

Paní Zdena se vyučila prodavačkou, ale povolání nikdy nevykonávala. Je spíše manuálně zručná, má znalosti z oblasti zemědělství, chovatelství, zahrádkářství. Ráda své znalosti předává ostatním lidem. Zajímá se spíše o praktické věci, než o kulturní dění.

### **Sebeobsluha:**

Sebeobsluhu zvládá paní Zdena velmi dobře, nepotřebuje dohled jiné fyzické osoby. Je soběstačná.

### **Zdravotní stav:**

Paní Zdena prodělala CMP, po které má zhoršenou vyjadřovací schopnost a zhoršenou výslovnost. Prognóza v jejím případě je velice dobrá.

### **Život v zařízení:**

Do zařízení dochází paní Zdena druhým rokem. Vždy v pondělí, ve středu a v pátek od 7 hodin do 16:00, kdy si ji vyzvedává syn. V zařízení se účastní kroužku vaření, šití, pletení, reminiscenční terapie, dochází také do pěveckého souboru. Využívá většiny aktivit, které zařízení svým klientům poskytuje, jezdí na výlety, do divadel a účastní se i olympiád, které zařízení pořádá pro seniory i z jiných zařízení.

## **KAZUISTIKA Č. 5:**

Paní Anna dochází do denního stacionáře ve Středočeském kraji, kam jsem docházela na konci roku 2015.

### **Rodinná anamnéza:**

Paní Anna se narodila v Praze roku 1943. Spolu s bratrem ji vychovával otec, pracující jako řezník, a matka učitelka na základní škole. Paní Anna vystudovala gymnázium a poté pedagogiku. Stala se učitelkou zeměpisu a tělesné výchovy na střední škole. V 30 letech se vdala, otěhotněla a porodila dceru. Celý život učila na střední škole a žila se svým manželem. Před pěti lety ovdověla, odešla do důchodu a od té doby bydlí u své dcery.

### **Osobní anamnéza:**

#### **Diagnóza:**

Paní Anna má Diabetes mellitus 1. typu (úplný nedostatek inzulínu, je závislá na léčbě inzulínem), důsledkem tohoto onemocnění se u ní objevila diabetická retinopatie (porušení správné funkce sítnice - snížení zrakové ostrosti)

#### **Sociální chování:**

Díky svému povolání učitelky je paní Anna velmi komunikativní a společenská, ráda se zapojuje do debat s ostatními klienty zařízení. Ráda vypráví o své rodině i o své profesi, kterou vykonávala, ráda baví ostatní historiky ze své učitelské kariéry.

#### **Vzdělání a znalosti:**

Paní Anna vystudovala gymnázium a poté pedagogickou fakultu. Učila na střední škole zeměpis a tělesnou výchovu. Zajímá se o kulturní, politické i literární dění. Mluví aktivně třemi světovými jazyky (rusky, anglicky, německy), ale domluví se také španělsky. Dříve v těchto jazycích četla i knihy, to nyní kvůli diabetické retinopatii nemůže, ale ráda si nechává číst od svých vnoučat, učí je zeměpisu i jazykům, které ovládá. Ráda by také docházela na univerzitu třetího věku, ale bohužel se jí to zatím nedaří, proto alespoň využívá seminářů, přednášek a kurzů, pořádaných denním stacionářem ve spolupráci s městskou knihovnou, ta pořádá též přednášky vedené odborníky.

#### **Sebeobsluha:**

Sebeobsluhu zvládá velmi dobře, je schopná se o sebe sama postarat. Potřebuje jen pomoc jiné fyzické osoby při orientaci na neznámých místech, při čtení a při činnostech, které vyžadují úplné zrakové schopnosti.

**Zdravotní stav:**

Diabetes mellitus 1. stupně, diabetická retinopatie.

**Život v zařízení:**

Paní Anna dochází do denního stacionáře třetím rokem, patří mezi dlouhodobé klientky. Zapojuje se aktivně do většiny akcí pořádaných zařízením. Dochází do kroužku pečení a vaření, jezdí na výlety, chodí také na přednášky, pořádané zařízením. Účastní se i reminiscenční terapie, na které ráda vypráví o své rodině. V zařízení si velmi zvykla, má zde mnoho přátel.

**6.2 Rozhovory s klienty****Rozhovory:**

Nestrukturované rozhovory na téma Vánoce (oslava Vánoc s rodinou, rodinné zvyky a tradice). U nestrukturovaných rozhovorů, jak uvádí Miovský (2006), výzkumník nemá předem jasně zvolené otázky, ale pouze okruhy otázek, na které se bude ptát. Změna otázek je tedy možná - výzkumník přizpůsobuje otázky respondentovi podle aktuálních odpovědí, zvolených respondentem. U nestrukturovaného rozhovoru můžeme také očekávat negativa - hlavním negativem je obtížnější interpretace a analýza dat. Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou metodu z důvodu charakteru cílové skupiny (seniorů a osob s demencí), u nichž rozhovor o minulosti vyžaduje sekundární otázky výzkumníka. „V kvalitativní výzkumné strategii výzkumník neměří, nevymezuje proměnné veličiny, ale chce porozumět pojmům, které vytvořili „herci“ (aktéři) na „scéně“ každodenního života“ (Žižlavský 2005, str. 15).

**Prostředí:**

Rozhovory s klienty byly vedeny vždy v zařízení, v kterém se klient nachází. V domově pro seniory v Praze a ve Středočeském kraji probíhaly rozhovory v pokojích klientů, v denním stacionáři v Praze pak v místnosti, určené pro arteterapii, ve stacionáři ve Středočeském kraji probíhal rozhovor ve společenské místnosti. Prostředí bylo zvoleno tak, aby ho senior dobře znal a cítil se v něm bezpečně. Jednalo se o místnosti, klienty často využívané, do kterých docházejí na denní aktivity pořádané zařízením. Rozhovory probíhaly vždy v dopoledních hodinách.

## **Účastníci:**

Účastníky rozhovorů byli vždy facilitátor (terapeut) - ten do rozhovorů nezasahoval, klient a já. Klienty jsem zvolila podle délky doby, jak dlouho se s nimi znám, podle zdravotního stavu a také podle dřívějších rozhovorů, které jsem s nimi měla.

## **6.3 Interpretace rozhovorů**

### **Rozhovor s panem Františkem (příloha 4):**

Polostrukturovaný rozhovor s panem Františkem probíhal v jeho pokoji, v domově pro seniory. Téma rozhovoru bylo stejné jako pro všechny klienty - Vánoce. Rozhovor začínal vzpomínáním na předešlý rozhovor z minulého týdne, který jsem s klientem vedla, ale nechala jsem ho, aby si sám zvolil téma, které ho nejvíce zaujalo. Téma Adventu volně přešlo k tématu, o kterém jsem si chtěla s klientem povídat - téma Vánoc.

Na konci rozhovoru jsem požádala pana Františka, aby si na příště připravil fotografie, využívající se často při reminiscenci jako terapeutická pomůcka. Sdělila jsem mu také přesný čas a den dalšího konání terapie.

Pan František rád hovoří o své manželce, o svých dcerách a o tom, co všechno prožili. To se odrazilo i v rozhovoru o Vánocích, během něhož klient hovořil o své rodině a hlavně o své ženě, která zemřela před 16 lety, ale pan František se s její smrtí nevyrovnal. Hlavním přínosem reminiscence pro pana Františka je možnost hovořit o své ženě. Klientovi pomáhá, když o ní může mluvit, může s někým sdílet své vzpomínky, a díky tomu je jeho žena pořád s ním. Pan František nemá žádné zdravotní potíže, ovlivňující jeho paměť, tudíž rozhovor probíhal po celou dobu na dané téma, hlavní používanou technikou byla technika dotazování.

### **Rozhovor s panem Antonínem (příloha 5):**

Rozhovor probíhal v pokoji pana Antonína v domově pro seniory. Po dobu rozhovoru se u pana Antonína velmi měnila nálada, z počátku byl veselý, když začal mluvit o synovi, byl smutný. Po mé otázce, zda by chtěl trávit Vánoce se synem, byl rozladěný, mrzutý, podrážděný.

Rozhovor byl polostrukturovaný a využíval doplňujících otázek. Zahájila jsem ho otázkou, jak se pan Antonín cítí, tím jsem mu dala najevo, že mám o něj zájem. Poté jsem využila kontextu se sněhem, aby sám volně přešel k tématu Vánoc. Poprvé, když se jsem se zeptala, zda by chtěl trávit Vánoce se synem, byla odpověď kladná, po druhé už byla negativní.

Z rozhovoru je vidět, že pana Antonína mrzí vztah se synem, ale zároveň je na syna rozzlobený, nechce nic měnit. Rozhovor byl na téma Vánoce, ale pan Antonín hovořil o jiných věcech (pekárna, knihy). Důležité bylo nechat mluvit pana Antonína i o těchto věcech, ale zároveň zcela neopustit téma Vánoc.

Hlavním přínosem reminiscence pro pana Antonína je vzpomínání na léta strávená se synem, což by mu mohlo pomoci v opětovném navázání kontaktu a smíření se s ním.

#### **Rozhovor s paní Marií (příloha 6):**

Rozhovor s paní Marií probíhal v místnosti určené pro arteterapii. Nejdříve jsem paní Marii oznámila, proč za ní přicházím, aby se klientka necítila zmatená z nastalé situace. Celý rozhovor probíhal pod mým vedením, návodnými otázkami jsem se snažila pomoci paní Marii, aby si vzpomněla, využila jsem fotografii, kterou nosí klientka stále při sobě (její svatební fotografii s manželem), a také dvou obrázků s vánoční tematikou. Rozhovor trval přibližně půl hodiny, byly v něm časté odmlky paní Marie, ta přemýšlela nad odpověďmi. Otázky jsem formulovala jednoduše, aby je klientka snáze pochopila a mohla na ně odpovědět. Pokud paní Marie otázku nepochopila, využila jsem fotografií. Během rozhovoru byla klientka zmatená, jistá si byla hlavně, když hovořila o pečení vánočky. Pečení byla jedna z jejích největších zálib.

Reminiscenční terapie paní Marii pomáhá v utřídění a vybavení vzpomínek, které je kvůli Alzheimerově demenci pro ni stále těžší. Napomáhá jí v orientaci v minulosti a uchování vzpomínek. Pro klientku je velmi důležité, aby s ní o její minulosti někdo hovořil a aby měla prostor pro vyjádření i vzpomínání.

#### **Rozhovor s paní Zdenou (příloha 7):**

Rozhovor s paní Zdenou probíhal v denním stacionáři ve společenské místnosti, kde paní Zdena vyráběla vánoční přání pro svého syna a jeho rodinu. Výrobou přání jsem navázala na nadcházející vánoční svátky a na téma Vánoc, o kterém jsem chtěla s klientkou hovořit. Klientka si ráda povídá a bylo vidět, že rozhovor uvítala a potěšil ji, po celou dobu rozhovoru byla usměvavá. Hovořila o Vánocích, které prožívala se svým synem a se svými rodiči. Zmínila rodinnou tradici hledání zlatého prasátka. Také jsem se s klientkou domluvila na tématu příštího rozhovoru.

Paní Zdeně pomáhají reminiscenční rozhovory v získání sebedůvěry a v procvičení komunikačních dovedností zhoršených od doby, kdy prodělala CMP, protože paní Zdena často naráží na nepochopení toho, co říká.

#### **Rozhovor s paní Annou (příloha 8):**

Rozhovor s paní Annou byl nejkratším rozhovorem. Jako první jsem zvolila otázku, jak se paní Anna má, abych v ní vzbudila pocit bezpečí a dala jí najevo, že mám o ní zájem. Poté jsem přešla na téma Vánoc, položila jsem klientce otázku, kde bude trávit Vánoce letos, a tímto způsobem jsme přešly k další otázce trávení Vánoc v době, kdy byla klientčina dcera ještě malá. Paní Anna vzpomínala na svého zesnulého manžela a na jeho vánoční program, který připravoval pro dceru.

Pro paní Annu jsou reminiscenční rozhovory důležité kvůli snížené zrakové ostrosti. Díky reminiscenčním rozhovorům získává sebedůvěru v komunikaci se svým okolím. Vzpomíná na svého zesnulého manžela, se kterým prožila velkou část svého života, a tím se s jeho smrtí lépe vypořádává. Může také hovořit o své dceři, s níž v současné době bydlí.

### **6.4 Vyhodnocení rozhovorů**

V této části budu analyzovat rozhovory s pěti klienty, které měly společné téma Vánoce, pokusím se na základě získaných odpovědí od klientů odpovědět na dílčí výzkumné otázky. Rozhovor byl polostrukturovaný, takže klienti měli prostor pro vlastní vyjádření a výpovědi. Hodně otázek bylo z mé strany doplňujících. Rozhovory probíhaly na podobných místech - v samostatné místnosti, kterou klient znal, kde jsem byla pouze já, klient a facilitátor, vedoucí reminiscenční terapii.

Každý rozhovor trval jiný časový úsek - to záleželo na klientových schopnostech. U pana Františka jsem nejprve navázala na předchozí rozhovor, který jsem s ním vedla, u pana Antonína a paní Anny jsem se nejdřív zeptala, jak se mají. U pana Antonína jsem tuto otázku zvolila kvůli osobnějším kontaktu, který s ním díky několika letům, kdy se známe, mám. U paní Anny jsem naopak otázku zvolila z důvodu menšího kontaktu a menšího počtu rozhovorů, vedených s klientkou. U paní Zdeny jsem využila chvíle, kdy připravovala vánoční přání pro svého syna, díky tomu jsem navázala na téma Vánoc. Nejtěžší byl rozhovor s paní Marií, trpící vzhledem ke své nemoci zhoršenou krátkodobou i dlouhodobou pamětí. Zvolila jsem při zahájení rozhovoru s ní oznámení, na jaké téma se rozhovor bude konat, jako reminiscenční pomůcku fotografii z její svatby.

U všech klientů se mi podařilo získat zpětnou vazbu o Vánocích. Někteří klienti hovořili i o jiných vzpomínkách (např. pan Antonín o pekárně), jiní se drželi striktně daného tématu (např. pan František). Všichni klienti, účastníci se rozhovorů, se aktivně zapojili do rozhovoru o minulosti, jen paní Marie byla spíše pasivním účastníkem rozhovoru.

Přínos reminiscenční terapie u klientů je nezpochybnitelný. Pro paní Annu a Zdenu jsou reminiscenční rozhovory zdrojem pro posílení vlastní sebedůvěry. Pro paní Zdenu je také důležité vědomí, že jí i přes její handicap lidé rozumí. Panu Františkovi pomáhá reminiscence vyrovnat se se smrtí jeho ženy, stejně tak paní Anně, která se vyrovnává se smrtí manžela. Pro pana Antonína je reminiscence důležitá v kontextu s omezeným stykem se synem. Všichni klienti získávají pocit, že o ně má někdo zájem, někdo chce slyšet o jejich minulosti, a oni mohou předávat své životní zkušenosti dál. Janečková a Vacková (2010, str. 31-36) uvádějí přínos reminiscence na náladu, zdraví, na léčbu deprese a také sociální integraci a zapojení seniora do chodu zařízení, v kterém se nachází. U seniorů a osob s demencí dochází také k redukci stresu a stresových situací, které tyto osoby pociťují a do kterých se dostávají. Očekávaný vliv se projevuje ve zlepšení komunikačních dovedností, zlepšení vlastního pocitu „já“, zlepšení komunikace seniorů a osob s demencí s pečovateli a obyvateli zařízení, ve kterých se nacházejí.

## **7 ANALÝZA A INTERPRETACE POZOROVÁNÍ SKUPINY SENIORŮ S DEMENCÍ**

### **7.1 Vlastní šetření**

Pozorování skupiny osmi seniorů s demencí při reminiscenční terapii proběhlo v domově pro seniory se zvláštním režimem. Metodou pozorování je zúčastněné, nestandardizované pozorování, trvající přibližně jednu hodinu. Nebyly předem zvoleny znaky pozorování a třídy, ale pouze cíle pozorování.

#### **7.1.1 Popis pozorovaného vzorku**

Výzkumným vzorkem byla skupina osmi seniorů s Alzheimerovou demencí. Podle Vackové a Janečkové (2010) je nejvhodnějším počtem klientů pro reminiscenci 5-10 a přítomnost dvou facilitátorů, popřípadě reminiscenčních asistentů, u skupiny osob s demencí jsou ale ideálním počtem osob ve skupině 2-4 osoby. Reminiscenční terapie se zúčastnili tři muži a pět žen, ve věku od 70 let do 82 let, jednalo se tedy o válečnou a poválečnou generaci seniorů. Při terapii byli tři klienti (dvě ženy a jeden muž) více aktivní, zbytek klientů spíše pozoroval, co se při terapii děje, a poslouchal vzpomínky tří klientů. Celkově byly ženy více aktivní než muži.

#### **7.1.2 Místo a čas reminiscenční terapie**

Reminiscenční terapie probíhala v domově pro seniory se zvláštním režimem, ten je určený pro osoby s demencí. Nachází se ve Středočeském kraji, má kapacitu 75 lůžek a poskytuje celoroční ubytovací službu, pro jedince i pro partnery. Reminiscenční terapie se koná v zařízení každý pátek od 10 hodin dopoledne a trvá přibližně jednu hodinu.

#### **7.1.3 Cíle pozorování**

1. Popsání průběhu reminiscenční terapie
2. Zapojení seniorů s demencí do reminiscenční terapie
3. Přínos reminiscenční terapie pro seniory s demencí

#### **7.1.4 Zúčastněné pozorování**

V místnosti určené pro volnočasové aktivity a kroužky v zařízení je do kruhu rozestaveno 10 židlí tak, aby na sebe všichni účastníci dobře viděli. Na židlích sedí pět žen a tři muži, facilitátorka a já. Z účastníků spolu hovoří pouze dvě ženy, probírající, co bylo k snídani, ostatní čekají na zahájení terapie. Uprostřed kruhu je velká, uzavřená krabice. Reminiscenční



terapie začíná úderem desáté hodiny. Facilitátorka se představuje a vítá všechny účastníky sezení, každý z nich se následně představuje. Po představení facilitátorka začíná hovořit o třetí adventní neděli, která již byla, a o čtvrté, jenž bude následovat. Díky tomu se dostává k tématu Vánoc. Po krátkém úvodu o Vánocích se ujímá slova první klientka (paní Ivana, 72 let). Hovoří o Vánocích, které trávila se svou rodinou, když byla malá. Bydlela s matkou, s otcem a mladší sestrou v domě na okraji Prahy. Vánoce slavili tradičně - zdobením stromečku, rozkrajováním jablka, hledáním zlatého prasátka, půlnoční mši v kostele. Na téma půlnoční mše v kostele už navazuje další klient (pan Jaroslav, 80 let), vzpomíná na Vánoce, trávené u své babičky jako dítě, protože jeho matka byla v té době v nemocnici. Pan Jaroslav vzpomíná na vesnici, v které babička bydlela, i na její domek. Když nastal Štědrý den, pan Jaroslav se s babičkou vydal na procházku, následovala vánočka k snídani, k obědu čočka a po obědě mu babička četla pohádky. Večer si dali pečeného kapra s bramborem a vydali se na půlnoční mši, konající se ve vzdálené vesnici. Cesta na mši trvala asi hodinu a půl a pan Jaroslav se svou babičkou museli jít lesem, sněhovými závějemí, cestu si také zkrátili přes zamrzlý rybník. Samotnou mši už si pan Jaroslav nepamatuje, vzpomíná hlavně na dlouhou cestu na ní. Po vyprávění pana Jaroslava a paní Ivany se ujímá slova opět facilitátorka a ptá se ostatních klientů, jaké tradice dodržovali oni. Na tuto otázku reaguje paní Karolína (73 let) a vyjmenovává tradice, jako je bramborový salát a kapr, vánočka, pohádky apod. Facilitátorka proto přistupuje ke krabici, v níž jsou fotografie a různé předměty spojené s Vánocemi (fotografie vánočního stromku, rodiny u štedrovečerní večeře, ozdoby na stromek, keramická vánočka, zlaté prasátko, fotografie cukroví, upečené cukroví, mandle, rozinky, vánoční přání, vánoční pohlednice, obrázky sněhu). Facilitátorka žádá klienty, aby se šli podívat, co jim přinesla. Každý z klientů poznává nějaký předmět a začínají mezi sebou debatovat. Pan Karel (82 let) si vzal jako první fotografii sněhu a začíná vzpomínat, jak ze sněhu stavěli na základní škole sněhuláky, pan Zdeněk hovoří o vánočce, kterou pekla jeho maminka. Paní Hana (77 let) a paní Marie (79 let) poté debatují o mandlích, sypaných na vánočku, čichají k nim a vzpomínají na provoněnou kuchyni svých matek. Paní Dana (72 let) navazuje vzpomínkou na trhy, kde se vánočky prodávaly, když vodila svou dceru do školy. Paní Terezie (80 let) popisuje za pomoci facilitátorky co vidí na obrázku, na němž si hraje skupina chlapců na hromadě sněhu a jezdí na saních. Doba určená pro reminiscenční terapii již končí, proto facilitátorka žádá klienty, aby navrátili předměty do krabice, chválí jednotlivě všechny účastníky skupiny a děkuje jim, že se zapojili do vzpomínání. Připomíná, že další sezení bude v pátek v 10 hodin a loučí se s celou skupinou. Klienti v místnosti ještě zůstávají a dál

debatují o Vánocích, o příhodách s nimi spojených, ale také o jiných příhodách, které je právě napadají.

## **7.2 Vyvozené závěry ze zúčastněného pozorování reminiscenční terapie**

Cílem mého zúčastněného, nestandardizovaného pozorování bylo popsat průběh reminiscenční skupinové terapie, zapojení seniorů s Alzheimerovou demencí do terapie a její přínos. Hodinová reminiscenční terapie, do níž jsem měla možnost se zapojit, měla za téma nadcházející dobu Vánoc - byla tedy tematicky zvolená s ohledem na období, v kterém probíhala. Reminiscence se zúčastnilo osm seniorů s Alzheimerovou chorobou, z domova pro seniory se zvláštním režimem. Počet účastníků není ideální (ideální počet účastníků při reminiscenci u seniorů s demencí je 2-4), bohužel z provozních a personálních důvodů nejsou v současné době menší skupiny v zařízení možné. Proto se ve vymezeném čase nestihnou k danému tématu svými vzpomínkami vyjádřit všichni účastníci a facilitátor nemá tolik příležitostí k motivování vzpomínání ostatních, což pro ně může být stresující, více se vyjadřují průbojnější jedinci. Tato situace nastala během mého pozorování, kdy hovořili převážně tři klienti, ostatní pouze naslouchali a zapojili se až do závěrečné fáze terapie, když facilitátorka využila názorné pomůcky, které měla dopředu připravené.

Reminiscenční terapie probíhala v klidném, tichém prostředí. Účastníci respektovali, když hovořil někdo jiný, neskákali si do řeči, nehodnotili, co jiný účastník říká, trpělivě si navzájem naslouchali. Facilitátorka využila při reminiscenci pomůcek, ty pozitivně stimulovaly vzpomínky klientů. Každý klient si mohl sám zvolit pomůcku, o níž následně hovořil a spojil s ní svou minulost.

Přínos reminiscenční terapie pro seniory s demencí je značný. Janečková a Vacková (2010, str. 33-37, 100-103) kladou hlavní důraz na význam růstu sebevědomí a autonomie na účastníky, pozitivní vliv má reminiscence především na osoby s kognitivní poruchou. Čím je demence hlubší, tím jsou výsledky reminiscence znatelnější. Pro seniory s demencí je velmi důležité společenské začlenění do sociální skupiny (do rodiny, do zařízení). Při pozorování reminiscenční terapie byl tento jev očividný. Každý z účastníků měl radost z naslouchání druhých a z pozornosti, jenž se k němu upírala. Klienti získávali v průběhu terapie sebedůvěru a pocit bezpečí. Účastníci měli možnost prokázat své silné stránky - zachovanou dlouhodobou paměť, odbourávající stres klientů při komunikaci. Zlepšení komunikace mi potvrdily i pečovatelky ze zařízení, které jsou s klienty v nejčastějším kontaktu.

Po skončení reminiscence zůstali klienti společně v místnosti, kde se terapie konala a společně dál pokračovali ve vzpomínání. To považují za jasný důkaz pomoci reminiscence v integrování klientů do sociální skupiny, odbourání strachu z komunikace, navazování nových vztahů a získání důvěry v sebe sama.

## Závěr

Člověk, který se nachází v životní tísní, pociťuje bolest, nebo prožívá těžké životní období, se může stále vracet díky vzpomínkám do doby, kdy byl šťastný a spokojený. To senior a člověk s demencí často nemůže. Nemoc a stáří mu to nedovolí. Demence v současné době není vyléčitelná, ale díky rozšíření reminiscenční terapie, je možné zpomalit symptomy úbytku paměťových schopností, projevy onemocnění u těchto lidí, a nabídnout těmto lidem možnost, jak se naučit se svou pamětí pracovat a s tímto onemocněním se smířit.

Bakalářská práce se zabývala seniory a onemocněním demencí, hlavním tématem byla reminiscenční terapie, využívaná při práci s těmito cílovými skupinami. Reminiscenční terapie napomáhá klientům v třídění vzpomínek, zlepšení paměti a usnadňuje orientaci v čase. Pomáhá seniorům a lidem s demencí v získání sebedůvěry, zlepšení komunikačních dovedností, snadnější komunikaci a navazování vztahů s pečovateli i s ostatními klienty v zařízení. Zlepšuje také adaptaci klientů na zařízení, ve kterém se nacházejí. Díky reminiscenci se klient může snáze vypořádat se svými životními úspěchy i neúspěchy a zhodnotit svůj dosavadní život a dojít ke smíření.

Cílem mé práce bylo popsání průběhu reminiscenční terapie, analýza rozhovorů seniorů, kteří se nacházejí v denních stacionářích i v pobytových službách, pro seniory a také popis průběhu pozorování reminiscenční terapie, která probíhala u skupiny osob s demencí.

Z výzkumného šetření, realizovaného pomocí rozhovorů, kazuistik a pozorování klientů, vyplynul pozitivní přínos reminiscenční terapie na tyto klienty. Z rozhovorů vedených s klienty vyplývá, že reminiscence přináší pocit bezpečí, pomáhá jim navazovat kontakt s ostatními klienty, vyrovnat se s minulostí, získat vlastní sebedůvěru i vypořádat se s vlastním handicapem. Hlavní přínos reminiscence při pozorování skupiny seniorů s demencí v zařízení, určené pro osoby s demencí je navázání osobního kontaktu s ostatními klienty zařízení, které se projevilo hlavně po skončení reminiscence samostatnými rozhovory klientů.

Dalším možným rozšířením této práce by byl výzkum, zaměřený na zlepšení či zhoršení paměti při dlouhodobém využití reminiscenční terapie u klientů. Výzkum by byl proveden na základě dlouhodobého pozorování širšího vzorku respondentů a záznamů z více setkání s jednotlivými klienty, na základě kterého by bylo možné sledovat dopad reminiscence. Z výstupů získaných z této bakalářské práce předpokládám potvrzení pozitivního přínosu.

## Shrnutí

Téma bakalářské práce je využití reminiscenční terapie u seniorů a osob s demencí, v pobytových a ambulantních zařízeních.

Bakalářská práce je rozdělena do sedmi kapitol, první čtyři kapitoly jsou zařazeny do teoretické části, zbylé kapitoly jsou v praktické části této práce. První kapitola se zaměřuje na popis pojmu senior. V druhé kapitole je detailně popsána demence, její druhy, průběh onemocnění a možná prevence před vznikem tohoto onemocnění. Třetí kapitola se zabývá potřebami a motivací, podle psychologa Abrahama Maslowa u seniorů a osob s demencí. Reminiscenční terapii popisuje čtvrtá kapitola této práce, zde je popsán vznik terapie, její druhy, reminiscenční pomůcky a také využití reminiscenční terapie při práci se seniory a osobami s demencí.

Poslední tři kapitoly této práce jsou výzkumné. Pátá kapitola popisuje pomocí kazuistik klienty, zapojené do výzkumných rozhovorů, které jsou analyzovány v šesté kapitole. Poslední kapitola popisuje záznam zúčastněného pozorování reminiscenční terapie u osob s demencí.

Hlavním cílem této práce bylo analyzovat přínos reminiscenční terapie na vybraný vzorek seniorů a skupinu osob s demencí. Dílčími cíli bylo popsání průběhu reminiscenční terapie u skupiny osob s demencí a reminiscenční rozhovory se seniory, jak reminiscenční terapie pomáhá těmto klientům při adaptaci na zařízení, jak se u klientů demence projevuje a shromáždění informací o klientech.

## **Summary**

The subject matter is the use of reminiscence therapy for older people and for people with dementia in residential and outpatient facilities.

The thesis is divided into seven chapters, the first four chapters constitute the theoretical part, the remaining chapters constitute the practical part of this work. The first chapter focuses on the description of the concept “senior”. In the second chapter dementia is described in detail. Dementia types, disease progression and possible prevention before the onset of the disease. The third chapter deals with the needs and motivations, according to psychologist Abraham Maslow in the elderly people and persons with dementia. Reminiscence therapy is described in the fourth chapter of this work. There is a description of the beginning of the therapy, its types, reminiscence aids and the use of reminiscence therapy when working with the elderly people and with persons with dementia.

The last three chapters of this thesis are research based. The fifth chapter discusses the usage of case studies of clients involved in research interviews. The findings are analysed in the sixth chapter. The final chapter describes the recording of participant observation of reminiscence therapy for people with dementia.

The main objective of this work was to analyse the contribution of reminiscence therapy on selected sample group of seniors and people with dementia. Partial aims were to describe the course of reminiscence therapy in a group of people with dementia, to carry out reminiscence interviews with seniors, to describe how the reminiscence therapy helps these clients to adapt to the facility, to describe how the clients dementia is manifested and to gather information about clients.

## **Použitá literatura**

- BORZOVÁ, C. a HOLMEROVÁ, I. a JIRÁK, R. *Demence a jiné poruchy paměti-komunikace a každodenní péče*. Vydání 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024724546
- BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vydání 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 807367081X
- DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. Vydání 2. Epava, 2000. ISBN 9788086297057
- ERIKSON, E.,H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. ISBN 8072033808
- FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Vydání 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071786268.
- GIBSON, F. a BORNAT, J. *What can reminiscence contribute to people with dementia?* Vydání 1. Buckingham: Open university press, 1994.
- GLENNER, J. *Péče o člověka s demencí*. Vydání 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978802620154
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama Praha, 1989. ISBN 8070381582
- HRDLIČKA, M. a HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře*. Vydání 1. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071697974
- JANEČKOVÁ, M. a VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vydání 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073675813
- JIRÁK, R. a HOLMEROVÁ, I. a BORZOVÁ, C. a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Vydání 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024724546
- JIRÁK, R. *Demence*. Maxford, 1999. ISBN 8085800446
- KALVACH, Z. a ZADÁK, Z. a JIRÁK, R. *Geriatric a gerontologie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024705486
- KOUKOLÍK, F. a JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vydání 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071696153
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Vydání 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024714914
- Maslowova pyramida potřeb. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2016-01-16]. Dostupné z:

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova\\_pyramida\\_pot%C5%99eb\\_-\\_%C4%8Dernob%C3%ADle](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_%C4%8Dernob%C3%ADle)

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4

MUDR. SHEARDOVÁ, K. a MUDR. HUDEČEK, D. Prevence demence a životní styl. *Neurologie pro praxi*[online]. 2011, 7.7.2011 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z:

<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/10.pdf>

NORRIS, A.D. *Reminiscence with elderly people*. Londýn: Winslow Press, 1986.

PIDRMAN, V. *Demence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024714905

PICHAUD, C. a THAERAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vydání 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 8071781843

ŘÍČAN, P. *Cesta životem, vývojová psychologie*. Vydání 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671247

ŠPATENKOVÁ, N. A BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 9788072627110

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623656

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Vydání 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 9788024613185

Velký lékařský slovník: Mezinárodní (statistická) klasifikace nemocí. [online]. Maxford, 2000 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z:<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-zkr-mkn-3>

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

ŽIŽLAVSKÝ, M. *Metodologie výzkumu v sociální politice a v sociální práci*. Brno: Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita



## **Přílohy**

### **Příloha 1: Mini- Mental State Examination (MMSE)**

(Pidrman, V., 2007, str. 167)

#### **„Orientace:**

**Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.**

#### **Jaké je dnešní datum?**

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

#### **Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.**

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrt', kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

#### **Registrace:**

**Řeknu vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.**

11. Klobouk
12. Citron
13. Auto

#### **Pozornost a počty:**

**Počítejte do sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.**

14. 93

15. 86

16. 79

17. 72

18. 65

**Paměť:**

**Zopakujte prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.**

19. Klobouk

20. Citron

21. Auto

**Jazyk:**

22. Ukažte pacientovi tužku.

**Můžete mi říci, co to je?**

23. Ukažte pacientovi hodinky.

**Můžete mi říci, co to je?**

24. Pozorně poslouvejte a opakujte po mně:

**Žádná jestli, ano, nebo ale.**

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

**Pozorně poslouvejte, co vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.**

**26. Přeložte ho napolovic.**

**27. A hod'te ho na podlahu.**

**28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči: a řekněte pacientovi:**

**Prosím udělejte to, co je zde psáno.**

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

**Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být plná.**

**Praxe:**

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

**Prosím, nakreslete stejný obrázek.**

Celkové skóre (0 až 30)

Skóre mezi 24-27: jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Kognitiva jsou pojišťovny hrazena v rozmezí 20-12.“

## Příloha 2: Test instrumentálních všedních činností

(Topinková, E., 2005)

### „Činnost:

#### 1. Telefonování

- Vyhledá samostatně číslo, vytočí je..... 10 bodů
- Zná několik čísel, odpovídá na zavolání.....5 bodů
- Nedokáže použít telefon.....0 bodů

#### 2. Transport

- Samostatně cestuje dopravním prostředkem.....10 bodů
- Cestuje, je-li doprovázen.....5 bodů
- Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod  
.....0 bodů

#### 3. Nakupování

- Dojde samostatně nakoupit.....10 bodů
- Nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby.....5 bodů
- Neschopen bez podstatné pomoci.....0 bodů

#### 4. Vaření

- Samostatně uvaří celé jídlo.....10 bodů
- Ohřeje jídlo.....5 bodů
- Jídlo musí připravit druhá osoba.....0 bodů

#### 5. Domácí práce

- Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací.....10 bodů
- Provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný.. 5 bodů
- Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti  
neúčastní.....0 bodů

#### 6. Práce kolem domu

- Provádí samostatně a pravidelně.....10 bodů
- Provede pod dohledem.....5 bodů
- Vyžaduje pomoc, neprovede.....0 bodů

#### 7. Užívání léků

- Užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků.....10 bodů
- Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty.....5 bodů
- Léky musejí být podány druhou osobou.....0 bodů

#### 8. Finance

- Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje...10 bodů
- Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi .....5 bodů
- Neschopen bez pomoci zacházet s penězi.....0 bodů

#### **Celkové skóre (0 až 80)**

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 až 40 bodů.....závislý

45 až 75 bodů.....částečně závislý

100 bodů.....nezávislý

### **Příloha 3: Maslowova pyramida potřeb**

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova\\_pyramida\\_pot%C5%99eb\\_-\\_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg)



#### **Příloha 4: Rozhovor s panem Františkem**

**Dotazující:** Dobrý den, pane Františku.

**František:** Dobrý den

**Dotazující:** Minule jsme se spolu bavili na téma předvánočních zvyků, vzpomínáte si?

**František:** Ano, vzpomínám si

**Dotazující:** Co Vás nejvíce zaujalo na tomto tématu?

**František:** (dlouho přemýšlí) ..asi Advent

**Dotazující:** Bylo u Vás zvykem slavit Advent, nebo jste ho se svou rodinou neslavil?

**František:** Se svými rodiči jsem ho nikdy neslavil, později jsme ho začali slavit s manželkou a našimi dcerami

**Dotazující:** Co Vás vedlo k oslavě Adventu?

**František:** Asi to, že dcery byly malé a manželka byla zvyklá od své rodiny Advent slavit, tak jsem jim to nechtěl kazit

**Dotazující:** Jak taková oslava probíhala?

**František:** Obvykle začínala už ráno, manželka udělala ke snídani skořicový závin a kakao. Všichni jsme společně posnídali a potom jsme šli na procházku. Večer jsme pak zapálili svíčku na věnci, zahráli si karty a šli jsme spát

**Dotazující:** Co následovalo po Adventu?

**František:** Nákup dárků pro dcery a Vánoce

**Dotazující:** A jak probíhaly Vánoce?

**František:** Asi jako všude. Ráno o Štědrý den jsme vstali, dali jsme si vánočku, kterou pekla moje manželka, potom k obědu kubu, večer kapra a bramborový salát, šli jsme ke stromečku, rozdali jsme si dárky a šlo se spát

**Dotazující:** Kdo byl tím, kdo se nejvíce staral o vánoční pohodu?

**František** (je vidět, že ho otázka rozesmutněla): To byla vždycky moje žena. Starala se o všechno, i když nebyly Vánoce. Vánoce ale měla moc ráda, chtěla, aby byly výjimečné pro mě i pro dcery. Stávala už v noci, aby stihla vše připravit, pekla Vánočky, balila a vybírala dárky pro dcery. Když jsme byli večer všichni u stromečku, tak brečela dojetím. Snažila se, abych měl hezké Vánoce i v době, kdy už byla nemocná

**Dotazující:** Na které Vánoce nejradši vzpomínáte?

**František:** Vzpomínám rád na všechny Vánoce, které jsem prožil se svou ženou

**Dotazující:** Za tři týdny máme Vánoce znovu, jak je budete slavit?

**František:** Pojedu ke své dceři a oslavím je s její rodinou

**Dotazující:** Na co, nebo na koho se nejvíce těšíte?

**František:** Asi na pravnuka, který se nedávno narodil, ještě jsem ho neviděl

**Dotazující:** To budete mít opravdu hezký vánoční dárek

**František:** Jo, vnučka mi udělala radost. Jen škoda, že už ho manželka neuvidí a on nepozná její Vánoce

**Dotazující:** Jsem si jistý, že mu o nich můžete vyprávět, stejně jako jste o nich vyprávěl nám

**František:** To určitě budu

**Dotazující:** Pro dnešek se už rozloučíme, uvidíme se zase příští týden ve čtvrtek v devět hodin, můžeme si povídat ještě o Vánocích a Vy mi třeba můžete ukázat fotografie, které máte

**František** (natěšeně): Řeknu dceři, aby mi je přivezla, má jich víc, než já tady

**Dotazující:** Dobře, budu se těšit

**František:** Já taky.



## **Příloha 5: Rozhovor s panem Antonínem**

**Dotazující:** Dobrý den, pane Antoníne. Jak se dnes máte?

**Antonín:** Dobrý den, mám se celkem dobře, až na to počasí. Byl jsem domluvený se sestrou, že pojedeme ven, ale kvůli počasí jsme to museli zrušit

**Dotazující:** To chápu, že Vás mrzí, že nemůžete jít ven. Nemáte rád sních?

**Antonín:** Sních mám rád, ale nemůžu při něm jezdit ven

**Dotazující:** To je škoda, ale sních s sebou přeci přináší i Vánoce

**Antonín:** Jo, to je pravda, ale já už Vánoce moc neslavím

**Dotazující:** Proč Vánoce neslavíte?

**Antonín:** Ani nevím, dřív jsem je slavil se synem, ale teď už ani nemám s kým je slavit

**Dotazující:** Můžete je přeci slavit s ostatními tady

**Antonín:** To není ono

**Dotazující:** A jak byste si přál slavit Vánoce?

**Antonín:** Jako dřív, se synem

**Dotazující:** A jak takové Vánoce se synem probíhaly?

**Antonín:** Ráno jsme si dali vánočku, kterou jsem kupoval v malé pekárně kousek od našeho domu, už tam ale dávno není, majitel ji prodal, a teď tam je myslím večerka (dlouho přemýšlí)

**Dotazující:** A co bylo potom, co jste si dali se synem vánočku?

**Antonín:** No, pak jsme si dali k obědu čočku a odpoledne jsme šli na dlouhou procházku, která trvala až do večera. Když jsme se vrátili domů, tak jsme si dali řízek a bramborový salát. Dělal jsem bramborový salát i řízky den dopředu, aby byly dobře odleželé

**Dotazující:** A potom jste šli ke stromečku?

**Antonín:** Ano. Pod stolem jsem měl schovaný zvoneček, zazvonil jsem, a to bylo znamení pro syna, že už může ke stromečku

**Dotazující:** Určitě měl z dárků radost

**Antonín:** To měl, sbíral autíčka a ke každým Vánocům jedno auto dostal, aby měl větší sbírku. Myslím, že už je dávno vyhodil

**Dotazující:** Proč si to myslíte?

**Antonín:** Nevím

**Dotazující:** Co se dělo po rozdání dárků?

**Antonín:** Přečetl jsem synovi pár pohádek a šlo se spát

**Dotazující:** Jakou pohádku měl nejradši?

**Antonín:** Nejradši asi o Koblížkovi, ale záleželo v jakém věku. Později už měl rád Verneovky

**Dotazující:** Četl jste mu, i když byl starší?

**Antonín:** To už četl on mně. Vždycky večer jsme si sedli, on četl a pak jsme si o tom povídali, takhle jsme trávili spoustu večerů

**Dotazující:** Jaká byla Vaše nejoblíbenější kniha?

**Antonín:** Cesta kolem světa, tu jsme měli nejradši

**Dotazující:** Četli jste ji i o Vánocích?

**Antonín:** Řekl bych, že někdy asi jo. Ale o Vánocích jsme četli spíš pohádky.

**Dotazující:** Takže Vánoce jste trávil vždy se synem

**Antonín:** Než jsme se pohádali, tak ano.

**Dotazující:** Přál byste si trávit Vánoce zase se synem?

**Antonín:** Potom, co udělal už asi ani ne.

**Dotazující:** Jak byste tedy chtěl trávit Vánoce?

**Antonín:** Tady jsem celkem spokojený. Vánoce pro mě nejsou nic zvláštního.

**Dotazující:** Dobře, zkusíme tedy do příště vymyslet něco, čím by pro Vás Vánoce mohly být zvláštními

**Antonín:** Můžeme to zkusit

**Dotazující:** Tak jsme domluvení. Děkuji Vám za dnešní rozhovor a budu se těšit na příště

**Antonín:** Taky díky

## **Příloha 6: Rozhovor s paní Marií**

**Dotazující:** Dobrý den, paní Marie

**Marie:** Dobrý den

**Dotazující:** Přišla jsem za Vámi, abychom si popovídaly o Vánocích, které za týden budou. Jak budete slavit Vánoce Vy?

**Marie:** Vánoce nebudu slavit.

**Dotazující:** Nebudete slavit Vánoce s manželem?

**Marie:** (tváří se zmateně a přemýšlí)

**Dotazující:** Kde bydlíte?

**Marie:** Bydlím v bytě.

**Dotazující:** Bydlíte sama?

**Marie:** Ne.

**Dotazující:** S kým bydlíte?

**Marie:** (opět přemýšlí)

**Dotazující:** Podívejte se na tuto fotografii (podávám klientce fotografii, na které je vyfocená na svatbě se svým manželem)

**Marie:** Tady jsem já a manžel.

**Dotazující:** Bydlíte tedy s manželem?

**Marie:** Ano, bydlím.

**Dotazující:** Budete slavit Vánoce s manželem?

**Marie:** Ano

**Dotazující:** Budete péci nějaké vánoční cukroví?

**Marie:** Peču vánočky.

**Dotazující:** Co se do takových Vánoček dává?

**Marie:** Cukr, mouka, droždí.

**Dotazující:** A zdobí se Vánočky něčím?

**Marie:** Něco se na ně dává.

**Dotazující:** Vánočku jíte hned po upečení?

**Marie:** Ne, jíme jí až na Vánoce, peče se dopředu

**Dotazující:** Přinesla jsem Vám dva obrázky (podává paní Marii dva obrázky, na prvním je vánoční stromek a na druhém kapr)

**Marie:** Kapra dělávala moje maminka

**Dotazující:** Kdy jste kapra jedli?

**Marie:** K večeři, s bramborem

**Dotazující:** Máte kapra ráda?

**Marie:** Moc ne.

**Dotazující:** Ale na Vánoce jste ho jedla s rodinou

**Marie:** (je vidět, že je již unavená) Asi ano.

**Dotazující:** A co teď děláte?

**Marie:** Vyšívám ubrus.

**Dotazující:** Pro koho ho vyšíváte?

**Marie:** To nevím.

**Dotazující:** Určitě se bude moc líbit, až ho doděláte. Přijdu se za Vámi zase podívat, až bude hotový.

**Marie:** (usmívá se)

## **Příloha 7: Rozhovor s paní Zdenou**

**Dotazující:** Krásný den, paní Zdeno. Vidím, že se pilně připravujete na Vánoce

**Zdena:** Dobrý den, ano připravuji (ukazuje přání, které právě vytvořila)

**Dotazující:** Komu přání budete posílat?

**Zdena:** Pro syna a jeho rodinu, dělám jim přání každý rok

**Dotazující:** Budete se synem slavit Vánoce?

**Zdena:** Trávím tak už několikáté Vánoce.

**Dotazující:** A s kým jste trávila Vánoce dřív?

**Zdena:** Dřív taky se synem a ještě s mými rodiči. Trávili jsme je doma na statku všichni společně.

**Dotazující:** Jak takové Vánoce probíhaly?

**Zdena:** Nejdřív jsme se postarali o hospodářství a až pak jsme slavili Vánoce. Přes den jsme nic nejedli, abychom viděli zlaté prasátko. To jsme dělali, už když já jsem byla malá a synem jsme v tom pokračovali. Chodili jsme večer kolem statku, dívali se a hledali světlo, které nám připomínalo zlato.

**Dotazující:** Nacházeli jste takové světlo?

**Zdena:** Vždycky jsme něco našli. V okolí nebylo moc domů, ale říkali jsme i hvězdám prasátko.

**Dotazující:** Co se dělo potom?

**Zdena:** Pak jsme si šli dát večeři, jedli jsme řízky a brambory. Pak se šlo ke stromečku a rozdávali se dárky, to měl můj syn nejradši.

**Dotazující:** Jaké dárky dostával?

**Zdena:** Dostával nejčastěji hračky a knížky. Hračky dostával ode mě a knížky od mojí matky.

**Dotazující:** Letos od Vás dostane přání?

**Zdena:** Přání dostává každý rok, dostane ještě něco, ale to je překvapení.

**Dotazující:** A řeknete mi po Vánocích, jaké to překvapení bylo?

**Zdena:** Určitě

**Dotazující:** Dobře, budu se těšit

## **Příloha 8: Rozhovor s paní Annou**

**Dotazující:** Dobré dopoledne, Anno

**Anna:** Dobré dopoledne

**Dotazující:** Jak se dnes máte?

**Anna:** Mám se celkem dobře, co Vy?

**Dotazující:** Děkuji. Já se mám taky dobře, už se těším na Vánoce

**Anna:** Já už se taky těším

**Dotazující:** S kým budete na Vánoce?

**Anna:** Budu se svojí dcerou a s vnoučaty, jsem s nimi každý rok

**Dotazující:** Jak takové Vánoce probíhají?

**Anna:** Hlavně večer probíhají, sedíme u stromečku, vnoučata čekají netrpělivě na dárky, pak si je rozdají a mají z nich radost. Přes den připravuje dcera kapra a bramborový salát a pro svého manžela řízky. Pak si rozbalíme dárky a díváme se na pohádky

**Dotazující:** Jak probíhaly Vánoce, když byla ještě Vaše dcera malá?

**Anna:** To žil ještě můj muž. Ten Vánoce miloval, vymýšlel různé věci pro naši dceru - jednou vymyslel hledání vánočního cukroví ve sněhu. Řekl dceři, že někdo cukroví ukradl, a ta ho musela hledat venku, jednou taky schoval dárky

**Dotazující:** To muselo být zábavné

**Anna:** Pro dceru velmi, já se bála, aby se nenastydla

**Dotazující:** A co se stalo, když hledané věci našla?

**Anna:** No, mezitím přišel Ježíšek, tak šla ke stromečku, kde měla dárky.

**Dotazující:** Jaké dárky dostávala?

**Anna:** Nejčastěji asi knížky a pak hračky, měla ráda panenky.

**Dotazující:** A jaký dárek dostane letos?



**Anna:** Ráda čte, tak jsem jí koupila knihu

**Dotazující:** Tak přeji hodně štěstí, ať se jí kniha líbí

**Anna:** Děkuji