

Využití reminiscenční terapie při práci se seniory z pohledu sestry

Kristýna Strečková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Strečková**

Osobní číslo: **H13895**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Využití reminiscenční terapie při práci se seniory z pohledu sestry**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury v oblasti stáří, demence a reminiscenční terapie.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stáří, demence, reminiscenční terapie a ošetrovatelského procesu.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace kvalitativního šetření formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARKER, Sue a Michele BOARD. Dementia care in nursing. 1st ed. London: Sage/Learning Matters, 2012. 176 p. ISBN 978-0-85725-801-4.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Vyd 1. Praha: Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. 1. Vyd. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jarmila Verešová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 9. 2. 2016

..... Miroslava

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávatečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá využitím reminiscenční terapie při práci se seniory z pohledu sestry. Teoretická část je rozdělena na oddíly stáří a stárnutí, demence, ošetrovatelská péče o pacienty s demencí, paměť, vzpomínky a poslední část se zabývá metodou reminiscence. V praktické části jsou vyhotoveny rozhovory s jednotlivými respondenty, které proběhly ve dvou zařízeních, a to v Alzheimercentru Zlín z.ú. a v Charitě Svaté rodiny Nový Hrozenkov. Cílem práce bylo zjistit, jak je reminiscenční terapie využívána v daných zařízeních a co tato metoda poskytuje klientům a respondentům. Zjištěné výsledky jsou vyobrazeny v diskuzi a v závěru bakalářské práce.

Klíčová slova: Stáří, stárnutí, demence, reminiscence, ošetrovatelský proces, klient.

ABSTRACT

Topic of this bachelor thesis is Usage of Reminiscence Therapy in Care for Seniors from Nurses View. Theoretical part is divided into the blocks of old age and aging, dementia, nursing procedure for patients with dementia, memory, remembrance and the last part deals with reminiscence methodology. Practical part contains interviews with respondents from two facilities – Alzheimercentrum Zlín z.ú. and Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov. Goal of this thesis was to find out how selected facilities are using reminiscence therapy and how is it beneficial to clients of facilities. Final results are displayed in the discussion and in conclusion of the thesis.

Keywords: Old age, aging, dementia, reminiscence, nursing procedures, client.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí, PhDr. Jarmile Verešové, za to, že se ujala vedení mé bakalářské práce. Také bych jí chtěla poděkovat za rady, které mi dávala během psaní práce. Vedla mě tím správným směrem a stále mě podporovala. Dále děkuji všem respondentům za trpělivost a ochotu při poskytování rozhovorů, které byly základem pro praktickou část. V neposlední řadě mé poděkování směřuje k mé rodině a to především k mé mamince, která byla po celou dobu mým rádcem i oponentem.

Obsah

ÚVOD.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	14
1.1 DEFINICE A CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	14
1.2 VYMEZENÍ OBDOBÍ STÁŘÍ.....	15
1.2.1 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ	15
1.2.2 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ.....	15
1.2.3 KALENDÁRNÍ STÁŘÍ.....	16
1.2.4 DLOUHOVĚKOST	16
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ	17
1.3.1 FYZICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ	17
1.3.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	19
1.4 POTŘEBY VE STÁŘÍ.....	19
1.5 ADAPTACE NA STÁŘÍ.....	19
1.5.1 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	20
1.6 DEMOGRAFIE A POHLED SPOLEČNOSTI NA STÁŘÍ.....	20
1.7 AGEISMUS.....	21
2 DEMENCE	23
2.1 CHARAKTERISTIKA DEMENCE.....	23
2.2 DEMENCE A JEJÍ DĚLENÍ.....	23
2.2.1 PRIMÁRNĚ DEGENERATIVNÍ DEMENCE	23
2.2.2 SEKUNDÁRNÍ DEMENCE.....	23
2.2.3 SMÍŠENÁ DEMENCE	24
2.3 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	24
2.3.1 TYPY ALZHEIMEROVY CHOROBY	24
2.4 DIAGNOSTIKA, LÉČBA A PROGNÓZA DEMENCE.....	25
2.4.1 DIAGNOSTIKA	25
2.4.2 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ POZNÁVACÍCH FUNKCÍ	26
2.4.3 ZOBRAZOVACÍ METODY	27
2.4.4 LÉČBA	27
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÝCH S DEMENCÍ.....	28
3.1 FÁZE POSUZOVÁNÍ.....	28
3.1.1 ANAMNESTICKÉ ÚDAJE	28
3.2 DIAGNOSTICKÁ FÁZE.....	29
3.2.1 DIAGNOSTIKA V OBLASTI TĚLESNÝCH POTŘEB	29
3.2.2 DIAGNOSTIKA V OBLASTI PSYCHICKÉHO STAVU A SOCIÁLNÍ SITUACE.....	30
3.2.3 DALŠÍ DIAGNOSTIKA U KLIENTŮ S DEMENCÍ.....	30
3.3 FÁZE PLÁNOVÁNÍ	30
3.4 FÁZE REALIZACE.....	30
3.5 FÁZE HODNOCENÍ	31

4 PAMĚŤ A VZPOMÍNKY	32
4.1 ULTRAKRÁTKODOBÁ PAMĚŤ	32
4.2 KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ	32
4.3 DLOUHODOBÁ PAMĚŤ	32
4.4 VZPOMÍNKY	33
5 REMINISCENCE	35
5.1 VZNIK A PŮVOD REMINISCENČNÍ TERAPIE	35
5.2 REMINISCENČNÍ PŘÍSTUPY	36
5.2.1 NARATIVNÍ PŘÍSTUPY	36
5.2.2 REFLEKTUJÍCÍ PŘÍSTUPY	36
5.2.3 EXPRESIVNÍ PŘÍSTUPY	37
5.2.4 INFORMATIVNÍ PŘÍSTUPY.....	37
5.3 KREATIVNÍ REMINISCENČNÍ METODY	37
5.3.1 REMINISCENČNÍ DIVADLO	37
5.3.2 KNIHY A MAPY ŽIVOTA	38
5.3.3 REMINISCENČNÍ KRABICE.....	38
5.4 REMINISCENČNÍ POMŮCKY	39
5.4.1 VIZUÁLNÍ POMŮCKY.....	39
5.4.2 SLUCHOVÉ POMŮCKY	40
5.4.3 DALŠÍ POMŮCKY	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST	41
6 CÍLE PRÁCE A METODIKA	42
6.1 CÍLE VÝZKUMU	42
6.2 METODIKA VÝZKUMU	42
6.2.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	42
6.2.2 METODA PRO ZÍSKÁNÍ DAT VÝZKUMU	43
6.2.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	43
6.2.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	44
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	46
7.1 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTY	46
7.1.1 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 1	46
7.1.2 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 2	48
7.1.3 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 3	51
7.1.4 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 4	53
7.1.5 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 5	54
7.1.6 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 6	56
7.1.7 VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 7	58
8 DISKUZE	61
8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma využití reminiscenční terapie při práci se seniory z pohledu sestry. Tuto tematiku jsem si vybrala zejména z důvodu vlastního zájmu o tuto metodu. Sama jsem měla snahu rozšířit si obzory v oblasti reminiscenční terapie, zorientovat se v jejich metodách a možnostech uplatnění. Důležitým důvodem pro výběr tématu jsou také možnosti následné aplikace do praxe v mé budoucí profesi. Mám také na paměti stále zvyšování průměrného věku naší populace, z čehož vyplývá vyšší počet občanů - seniorů - v našem okolí. S tím jsou samozřejmě spojeny změny v poskytování péče. Právě kvůli této změně jsem se rozhodla zpracovat tuto oblast, která napomáhá u seniorů udržet si své „aktivní já“ co nejdéle.

Nedílnou součástí mého rozhodnutí pro tuto oblast výzkumu byla také osobní dlouhodobější pracovní zkušenost z domova pro seniory, kde by se tato metoda mohla následně uplatnit a zpříjemnit tak obyvatelům zařízení jejich pobyt.

Posledním krokem, který mě vedl k výběru tématu, je zjištění časté neznalosti této metody u osob vykonávající ošetrovatelskou péči u seniorů. Informovanost u širší veřejnosti na tom není lépe. Svou prací bych chtěla upozornit zejména na značné přínosy této metody, pokud se s ní pracuje systematicky a dlouhodobě. Také bych chtěla popsat poměrně jednoduchou aplikaci metody do praxe.

Moje práce čtenářům nabízí bližší seznámení s pohledem společnosti na stáří, jako nedílné součásti života. Pokusím se objasnit čtenáři, co stáří přináší a také jim chci objasnit změny v průběhu stárnutí, které jsou pro toto období charakteristické. Takovou změnou může být také v práci hojně zmíněné téma demence. Ta v posledních letech postihuje čím dál více osob. Pokusím se popsat, k jakým změnám dochází u člověka z důvodu tohoto onemocnění.

V poslední části se zaměřuji na podstatu mé práce, čili reminiscenční terapii. Ta by měla čtenáři přiblížit celý proces fungování reminiscenční terapie, především popis přístupů, metod a také pomůcek, které napomáhají k uskutečnění aktivit v zařízeních pro seniory.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Dnešním trendem mladých lidí je zaměření na jejich vlastní prospěch s důrazem na osobní kariéru. Především je to jejich zdraví, energie a celková aktivita, která způsobuje, že nemyslí na budoucnost v podobě stáří. Je to pro ně něco tak vzdáleného, že je to jednoduše vytlačeno, z jejich mysli. Ovšem i tato generace mladých lidí jednou zestárne a bude se potýkat se stejnými problémy, jako senioři nynější doby. (Haškovcová, 2012, s. 11)

Ve vyspělých zemích obecně platí, že senioři se dožívají vyššího věku, jsou zdravější. Z toho vyplývá, že jsou schopni aktivně vykonávat různé činnosti a jsou méně omezeni prostředím. Díky tomu se fenotyp stáří pozitivně mění. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20)

1.1 Definice a charakteristika stáří a stárnutí

Období stáří a stárnutí lze definovat mnoha způsoby. Převážná většina odborníků z oblasti biologie se shoduje v tom, že jde o přetrvávající pokles specifických pohybových schopností organismu v důsledku vnitřní fyziologické degenerace. Jinými slovy je to celkový pokles nebo neschopnost adaptovat se na zvyšující se fyzické nároky. Tato situace je způsobena postupným stárnutím organismu a ubýváním sil. (Flatt, 2012, s. 148)

Další možnou definicí je souhrn změn způsobující zánik a to jak morfologický, tak funkční, nastupující postupně se značnou individualitou nebo různorodostí v závislosti na sexuální dospělosti a s možnou adaptací na tuto situaci.

Morfologicky jde o fyziologickou, věkově obvyklou sešlost, funkčně zase o zhoršování vlastností, pokles funkcí, špatné reakce a hromadění chybných úsudků a deficitů. Tím vším dochází k celkovému vyčerpávání organismu se snížením výkonnosti, funkčního zdraví, spontaneity a odolnosti vůči zátěži.

Stáří označujeme za pozdní fázi ontogeneze. Je poslední vývojovou formou, která uzavírá lidský život. Dá se označit za projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, které probíhají druhově specifickou rychlostí. Vedou k typickému obrazu, který je označován jako fenotyp stáří. Fenotyp stáří je dán vlivem prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivem socioekonomickým a také psychickým.

Vzhled a stav ve stáří je dán především zákonitým biologickým zánikem, který je do jisté míry ovlivněn geneticky. Dále také důsledky a projevy předešlých úrazů nebo onemocnění,

způsobem života a celkovou životosprávou. V této oblasti je nejvíce zohledňována výživa, pohybová a mentální aktivita nebo právě naopak pasivita. Dalším kritériem je i schopnost adaptovat se na změny jak fyzické a psychické, tak i sociální a ekonomické. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19-20)

1.2 Vymezení období stáří

Stáří se dá jen velmi těžce vymezit, především v dnešní době, kdy jsou senioři čím dál více aktivní, a nepotýkají se tolik s problémy definující stáří. Ani odborníci zabývající se touto problematikou nejsou schopni přesně stanovit periodizaci této věkové kategorie.

1.2.1 Biologické stáří

Je to pouze hypotetické označení konkrétní míry involučních změn, často úzce spjatých se změnami způsobenými chorobami, které jsou typické pro osoby ve vyšším věku. Příkladem takového onemocnění jsou, ateroskleróza, degenerativní onemocnění kostí, nebo prostá atrofie svalstva. Tato metoda se ovšem příliš neuzívá. Chybí u ní totiž objektivizace skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se značně liší mírou funkčních změn a celkovou zdatností.

1.2.2 Sociální stáří

Období vymezené různou kombinací sociálních změn nebo splněním určitého kritéria. Takové kritérium může být penzionování, tedy vznik nároku na odchod do starobního důchodu. Podstatou sociálního stáří je především změna role, životního způsobu a ekonomického zajištění. V tomto smyslu lze chápat stáří jako sociální událost. Sociální stáří je rozděleno do čtyř podskupin.

- **První věk** – předproduktivní – zde je zahrnuto období dětství a mládí charakteristické růstem, vývojem, vzděláním, přípravou na profesi a získávání zkušeností a znalostí.
- **Druhý věk** – produktivní – toto období je charakterizováno dospělostí, životní produktivitou biologickou, sociální a pracovní.
- **Třetí věk** – postproduktivní – může naznačovat představu stáří jako období „úpadku“ nebo také neproduktivní období. Často tento věk svádí k diskriminaci a minimalizaci potřeb.

- **Čtvrtý věk** – závislý – označení závislý není ovšem příliš vhodný, navozuje totiž dojem, že nesoběstačnost je jasný předpoklad pro toto období. Odporuje to konceptu úspěšného stárnutí a představě, že tzv. zdravé stáří přetrvává i v pokročilém věku samostatně.

1.2.3 Kalendářní stáří

Stáří kalendářní je určováno dosažením určitého věku, od kterého dochází k involučním změnám, které jsou typické pro danou věkovou skupinu. Určuje ho také demografické hledisko, a to tak, že čím je více seniorů ve společnosti, tím vyšší je hranice stáří. Pozitiva tohoto dělení jsou jednoznačnost, jednoduchost a možnost srovnání. V 60. letech minulého století byla organizací WHO stanovena hranice začátku stáří 60 let v patnáctileté periodizaci. Tuto skutečnost přijala následně i organizace OSN v roce 1980. V nynější době se hranice pro počátek stáří posunula na věk 65 let a to díky nižší mortalitě a zlepšování zdravotnosti seniorů.

Stejně jako je problematické celkové rozlišení období stáří, tak je tomu i u kalendářního věku. Vždy se jedná jen o schématické naznačení, u kterého se stav daných jedinců může značně lišit. Není zde zahrnut ani tolik potřebný rozdíl mezi pohlavími. Je vědecky podloženo, že ženy se dožívají vyššího věku a to může orientační schéma značně narušit. Celý význam periodizace je tedy v tom, aby byl znám orientační odhad potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob různých věkových kategorií.

Jak již bylo zmíněno v předchozím odstavci, WHO stanovilo patnáctileté dělení stáří. V dnešní době se od tohoto dělení upouští a je stále častěji uplatňováno dělení následující:

- **65-74** **Mladí senioři** (s problematikou adaptace na penzionování)
- **75-84** **Staří senioři** (je zhoršena funkční zdatnost, specifické zdravotní problémy)
- **85 a více** **Velmi staří senioři** (zde je sledována soběstačnost a zabezpečení)

1.2.4 Dlouhověkost

Za dlouhověkost je považován pokročilý věk nad 90 let. Počet seniorů v této kategorii je minimální, ovšem s přibývajícím zlepšením stavu seniorů a příznivým podmínkám pro udržení zdraví se tato skupina začíná rozrůstat. Stále se můžeme setkat s teoriemi vědců, kteří předpokládají, že v budoucnu bude možné dosáhnout věku až 150 let. (Mühlpachr, 2004, s. 18-20)

1.3 Změny ve stáří

1.3.1 Fyzické změny ve stáří

Během celého života dochází k velkému opotřebování organismu a právě ve stáří jsou tyto změny nejvíce znát. Dochází k postižení tělesných tkání a orgánů, které je určováno genetickými vlivy, životním stylem a vlivem okolí. V průběhu stáří dochází k zpomalení a oslabení funkcí a poklesu biologických adaptačních mechanismů. Během těchto změn je nejvíce ohrožen mozek, kdy dochází k úbytku mozkové tkáně, a její přestavbě na pojivovou tkáň. Postižená osoba pak postupně ztrácí kontrolu nad svým tělem.

1.3.1.1 Změny pohybového systému

Postupem času u seniorů dochází ke snížení výšky, protože ubývá kostní hmota. Pružnost vaziva je stále více omezena a chrupavky se stávají tuhými. Dochází k úbytku svalové hmoty, zpomaluje se rychlost vedení vzruchů a tím je omezen pohyb celého těla. Z toho jasně vyplývá, že u těchto lidí dochází ke snížení tempa a obratnosti, hrozí riziko pádů a tím vznik zlomenin. Se snížením pohyblivosti se snižuje i průtok krve žilami, ty se stávají méně pružnými, dochází k ukládání tuků v jejich stěnách a následnému kornatění. To vše může vést k uzávěru tepen a vzniku infarktu myokardu.

1.3.1.2 Změny kardiopulmonálního systému

Dochází ke snížení vitální kapacity plic a menšímu přísunu kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší. Srdce následně přečerpává menší množství krve a dochází ke sníženému průtoku krve orgány. Nejvíce jsou ohroženy ledviny a mozek, může dojít k jejich selhání. Stěny cév se stávají nepružnými, se známky kornatění, což vede ke změnám v celém organismu. Příkladem takových změn je typická pružnicková hypertenze, která se projevuje vyšším systolickým tlakem a diastolickým v normě.

Protože v plicích dochází ke snížené výkonnosti řasinkového epitelu, hrozí vyšší riziko vzniku infekce v dýchacích cestách. Změnám podléhají také srdeční chlopně, které neuzavírají srdce během systoly, část krve se vrací zpět a reakce organismu na tento stav je dušnost. Nejdříve ponáhlová, při stálém přetěžování i klidová.

1.3.1.3 Změny trávicího systému

U starých lidí dochází k menší tvorbě trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozkládá a také vstřebává. Játra a slinivka břišní jsou méně výkonné. Z důvodu snížení svalové síly dochází k poklesu tlustého střeva, což se projevuje zácpou nebo bolestmi v oblasti bederní páteře.

1.3.1.4 Změny vylučovacího systému a pohlavních orgánů

U mužů dochází ke snížení potence, ženy procházejí klimakteriem s následnou absencí menstruačního cyklu. V ledvinách dochází ke sníženému koncentrační a čisticí schopnosti ledvin. Snižuje se kapacita močového měchýře a dochází k jeho poklesu. Následně může vzniknout ochabnutí svěračů s rizikem inkontinence.

1.3.1.5 Změny kožního systému

Kůže ztrácí svou elasticitu a ztenčuje se. Tímto procesem dochází k tvorbě vrásek, vlasy často ztrácejí svou přirozenou barvu a řídnou. V kůži dochází k hromadění pigmentu a vznikají stařecké skvrny nebo můžeme pozorovat také jejich absenci.

1.3.1.6 Změny nervového systému

Probíhá nerovnoměrný úbytek neuronů, snižuje se schopnost přenášet vzruch. To je jedna z možností pro vznik demence. Poruchy hlubokého cití se projevují nerovnováhou a poruchou chůze. Zpomaluje se regulace hormonů, adaptační schopnost je snižená, což může zapříčinit depresivní sklony seniorů s neschopností adaptace na nové situace. Přibývá porucha spánku se spánkovou inverzí.

1.3.1.7 Změny smyslových orgánů

V průběhu stáří nedochází pouze ke snížení zrakových a sluchových schopností, ale také je to snižená chuť k jídlu a jsou oslabeny hmatové schopnosti. Receptory zajišťující kontrolu nad tělem a pohybem také ubývají, a proto u seniorů můžeme pozorovat nekoordinovanost při vstávání a chůzi. Dochází k nesprávnému vyhodnocení vzdálenosti a to může u seniorů znamenat vznik poranění a vážných úrazů. (Kleťová, 2008, s. 19-22)

1.3.2 Psychické změny ve stáří

Stejně jako se mění tělesná konstituce a funkce orgánů v průběhu stáří, probíhají i v oblasti psychiky změny, které značně ovlivňují život seniora. Jsou to kognitivní změny, které jsou spojeny s procesy vnímání, paměti, inteligence, schopnosti řeči, myšlení a řešení problémů. U starších osob dochází k tomu, že vyžadují více času pro rozpoznání a řešení nových situací i přesto, že se může situace vyskytovat častěji. Dále je nutné brát ohled na pomalejší schopnost učit se něčemu novému, a získávání nových informací. Dochází totiž ke změnám v dlouhodobé paměti, která umožňuje schopnost zapamatování a rozpoznávání. Krátkodobá bývá zachována. Přestože se může takováto problematika objevit, kreativita a inteligence může být u některých jedinců zachována až do doby těsně před smrtí. (American Psychology Association, 1998)

1.4 Potřeby ve stáří

Základní lidské potřeby jsou obvykle znázorňovány jako pyramida potřeb dle Maslowa. Ve stáří tomu není jinak. Její základna je tvořena základními biologickými potřebami a to nemít hlad, žízeň, netrpět zimou, bolestí atd. Střed je vyhrazen pro psychosociální potřeby, ke kterým patří soukromí, komunikace, poznávání, možnost někam patřit, být pozitivně vnímán a další. Špička pyramidy je tvořena potřebou duchovna. Ani tato část nesmí být zanedbávána. Zde lze zařadit naplnění mravního ideálu nebo propojenost s vyššími principy a to jak božskými, lidskými, tak i nadčasovými. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 11-12)

1.5 Adaptace na stáří

Období přechodu z aktivního, produktivního stavu do etapy penzionování a stáří může činit mnohým velké obtíže. Aby nedocházelo k prudké a negativní změně, je vždy vhodné ze strany budoucího seniora se na tuto situaci řádně připravit. Tato příprava by měla být celoživotní a určitou zodpovědností každého člověka.

Penzi je nutno přijmout jako nezbytnou součást a zajímat se o možnosti, jak aktivně využívat seniorský věk. Pokud se člověk na stáří aktivně připraví, bude i nadále moci aktivně uspokojovat a naplňovat veškeré své potřeby.

Erikson uvedl, že každý člověk musí na stupni svého vývoje vyřešit základní psychologický rozpor, aby mohl pokračovat v následném rozvoji své osobnosti. Posledním stádiem je podle něj pozdní dospělost, věk nad 65 let. Dochází zde k neshodě mezi integritou ega

a zoufalstvím. Pocit integrity a vyrovnanosti se dává do konfliktu s pocitem zoufalství a strachu ze smrti.

1.5.1 Příprava na stáří

Dlouhodobá - má charakter výchovný a vzdělávací, vede k socializaci a rozvoji osobních zájmů. Je zde typická snaha o stabilní rodinné vztahy, využití citové vazby mezi generacemi a tím utváření pozitivního obrazu stáří. Vede často adolescenty k tomu, aby pozitivně chápali stáří a aktivně se zapojili do pomoci seniorům (prarodičům).

Středně dlouhodobá - vhodný začátek tohoto období je minimálně deset let před ukončením aktivní ekonomické soběstačnosti. Tato příprava zahrnuje biologický okruh, kdy by si každý měl osvojit zásady zdravého životního stylu. Psychologický okruh zahrnuje umění duševní hygieny a smíření se s faktem stáří, jako nevyhnutelnou situací. Posledním okruhem je sociální rovina. Ta je zaměřena na budování mimopracovních aktivit a udržování mezilidských vztahů.

Krátkodobá - je zahájena 3 - 5 let před odchodem do penze. Nezbytným předpokladem je dostatek informací o možnostech aktivního způsobu života. Mezi takové informace patří i možnost dalšího vzdělávání na univerzitách třetího věku. (Příbyl, 2015, s. 22-24)

1.6 Demografie a pohled společnosti na stáří

Obecně je známo, že s možností poskytování kvalitní lékařské péče dochází ke snížení úmrtnosti. Postupem času se zlepšily hygienické podmínky, dostupnost výživy, došlo k radikálnímu rozvoji lékařské péče umožňující minimalizaci faktorů, které zvyšovaly procenta úmrtnosti. Příkladem takových faktorů byla četná úmrtí novorozenců a mladších dětí, epidemie nebo hladomor. (Štěpánková, Höschl, Vidovicová a kolektiv, 2014, s. 34)

Česká republika se řadí na 63. pozici z 220 států, které uvádí data o naději na dožití. V posledních více než dvaceti letech dochází v ČR k nepřetržitému růstu naděje dožití při narození. Pro rok 2012 dosáhla hodnot 75 let pro muže a 80,9 let pro ženy. Tento nárůst naděje na dožití při narození nabyt vyšších hodnot především díky poklesu úmrtnosti na nemoci oběhového systému.

Ke snížení úmrtnosti došlo i ve vyšších věkových skupinách. Pro rok 2012 naděje dožití v 65 letech věku dosáhla hodnot 15,6 let u mužů a 18,9 let u žen. Přestože se Česko z hle-

diska epidemiologické situace vzdálilo od států střední a východní Evropy, zdaleka nedosahuje úmrtnostních poměrů a zdravotního stavu populací západní Evropy. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014, s. 12-14)

O celkovém demografickém stárnutí populace se může každý doslechnout prakticky kdekoliv. Je to jedno z často diskutovaných témat. Již nyní je totiž jasně znát, že výrazně přibývá počet geriatrických pacientů. Jak již bylo mnohokrát zmíněno, s nárůstem vysokého věku se objevuje stále více komplikací a to především fyzických. Tím se do popředí dostávají osoby se sníženou nebo zhoršenou soběstačností, pro které bude potřeba zajistit dostatek kvalifikované péče. Nárůst počtu takzvaných křehkých a nesoběstačných seniorů ve vysokých věkových skupinách bude stále eskalovat. Zejména v následujících desetiletích bude přinášet změněné nároky na zdravotní péči, která by měla více respektovat určité specifické potřeby těchto pacientů.

Níže uvedené jednoduché dělení nám může jasně nastínit, že i přes značné stárnutí populace je patrný velký rozdíl mezi danými skupinami. Ne každý senior musí být pro společnost „přítěží a břemenem“, o které se musíme postarat. Je zde i procento těch, kteří se stále aktivně podílí na vytváření určitých hodnot, a to jak sami pro sebe, tak i pro společnost.

- **Elitní senior** – člověk aktivní, hledá nové perspektivy, možnosti dalšího kariérního růstu.
- **Autonomní senior** – člověk, který žije dle svých vlastních představ, není omezován svým věkem, podílí se na různých aktivitách, stále má chuť do života.
- **Soběstačný senior** – člověk, který přijal roli seniora, nijak významně se již nepodílí na společenské angažovanosti, ale nevyžaduje pomoc okolí.
- **Křehký senior** – člověk nad 80 let, u kterého hrozí riziko vzniku snížené nebo žádné soběstačnosti a rozvoj syndromu křehkosti.
- **Nesoběstačný senior** – člověk, u kterého dochází k neschopnosti zajistit péči o domácnost, ale i sebe sama. Nutná pomoc okolí nebo profesionální zdravotnická péče. (Štěpánková, Höschl, Vidovicová a kolektiv, 2014, s. 77-78)

1.7 Ageismus

Český výraz pro ageismus je věková diskriminace. Je to označení pro pestré projevy agrese vůči seniorům a všemu, co se stáří týká nebo jej připomíná. Ageismus dosud nemá jasnou definici, ve které by byly zahrnuty veškeré procesy a roviny této problematiky. Tento po-

jem se objevil na konci šedesátých let 20. století. Robert N. Butler vysvětlil ageismus jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahuje k barvě pleti a pohlaví. Senioři jsou kategorizováni jako senilní, staromódní v morálních zásadách a dovednostech. Tento pohled na stáří pak dává možnost mladším generacím vidět seniory jako odlišné osoby, a to zamezuje rozšíření jejich pohledu a omezuje je to v možnosti chápat seniora jako rovnocenného jim samým. Palmor jeho definici rozšířil a do definice zakomponoval předsudky vůči věkové skupině, negativní stereotypy, a také to, že taková diskriminace je nepatřičná a je to nemístné negativní zacházení se členy dané skupiny. Vidovičová ve své knize navrhla definici následovně. Podle ní je ageismus ideologie, která je založena na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského cyklu života jevící se skrze proces systematické, symbolické, reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na jejich příslušnosti k určité generaci. (Vidovičová, 2008, s. 111-113)

2 DEMENCE

2.1 Charakteristika demence

Demence je soubor příznaků, které jsou způsobeny nenávratným poškozením mozku, především mozkové kůry. Prvním možným důvodem vzniku demence je neurodegenerativní onemocnění mozku. Mezi neurodegenerativní onemocnění patří Alzheimerova choroba, která bývá nejčastější. Na vzniku se ale může také podílet Parkinsonova choroba nebo frontotemporální lobární degenerace. Druhou nejčastější příčinou vzniku demence je poškození cévní s poruchou krevního zásobování mozku s následnou degenerací. Tyto dvě možnosti jsou jedněmi z nejčastějších příčin vzniku demence. Ovšem obecně se dá říct, že jakékoliv poškození mozku může mít za následek demenci a to v jakékoliv její míře. Existují i onemocnění a to tělesná i psychická, která mohou vytvářet dojem demence. Mezi taková onemocnění řadíme depresi, u které může vzniknout tzv. depresivní pseudodemence nebo metabolické onemocnění jako je hypotyreóza. (Holmerová, 2014, s. 65-66)

2.2 Demence a její dělení

Demenci lze dělit do několika skupin, různí autoři předkládají různá dělení. Pirdman demenci rozděluje na primární, sekundární a smíšenou, kdežto Jiráček ji uvádí jako skupinu atroficko-degenerativních procesů a symptomatickou (sekundární) demenci.

Pro ilustraci jsem zvolila dělení podle Pirdmana:

2.2.1 Primárně degenerativní demence

Do této kategorie se řadí Alzheimerova choroba, která je nejčastější. Až 60% případů demence je způsobeno na jejím základě. Další z chorob jsou demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence.

2.2.2 Sekundární demence

Demence sekundární je různorodou skupinou nemocí, na kterých se podílí mnoho příčin. Například demence způsobená na základě traumatu, infekční, metabolická demence nebo při poškození respiračního systému, poruše endokrinního systému nebo tumorech a epilepsii. Bylo popsáno více jak 70 skupin sekundárních demencí.

Nejčastějšími typy sekundární demence jsou vaskulární demence, metabolická demence, toxická demence, demence při Parkinsonově nebo Huntingtonově chorobě a traumatická demence.

2.2.3 Smíšená demence

Tento typ tvoří asi 10-15 % vzniklých případů. V této kategorii se mísí jak primární, tak sekundární příčiny demence. Možnou kombinací jsou smíšená Alzheimerova demence s vaskulární demencí nebo smíšená Alzheimerova demence a jiná primární degenerativní onemocnění. (Pidrman, 2007, s. 31-32)

2.3 Alzheimerova choroba

MKN – 10 uvádí, že jde o zhoršení paměti a myšlení, které postupně narušuje soběstačnost v aktivitách denního života. K narušení paměti dochází ve všech jejích složkách a to je příčinou poruchy chování i myšlení. Typický průběh nemoci je nenápadný začátek, pozvolné šíření a zhoršování kognitivních funkce, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, s absencí náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění. (MKN-10, 2000, s. 60)

V České republice je odhadem kolem 100 000 pacientů, a jelikož česká populace značně stárne, bude se počet takto nemocných stále zvyšovat. V některých případech se také může stát, že Alzheimerova choroba postihne i mladší osoby. Pro pacienty postižené touto chorobou existuje léčba v podobě léků, ale ty pouze zmírňují příznaky. Vhodná léčba, která by zajistila úplné vyléčení, neexistuje, protože v nynější době stále není přesně známa příčina vzniku. Možným faktorem pro vznik nemoci je kraniocerebrální poškození. Ovšem nejjednoznamenějším původcem je stále lidský věk. (Holmerová, 2009, s. 39-40)

2.3.1 Typy Alzheimerovy choroby

- *Lehká demence*

Dochází k poruchám paměti, které mohou být buď subjektivní - postižený je může sám pociťovat, tak i objektivní - úbytek lze měřit pomocí testů. U pacientů se vyskytuje porucha krátkodobé nebo střednědobé paměti. To způsobuje neschopnost zapamatovat si nové informace. Narušuje to pacientův denní život a také profesní aktivity jsou značně omezeny. Někdy se mohou objevovat poruchy orientace, změny nálady.

- ***Střední demence***

Toto stádium demence se projevuje značným zhoršením paměti ve více jejích složkách, dezorientací a to jak v čase, tak i místem.

- ***Těžká demence***

Vyznačuje se těžkou poruchou paměti ve všech jejích složkách. Dochází k dezorientaci časem i místem, pacienti si nepamatují, kde se nacházejí, co je za den nebo kam mají jít. Velmi často se objevuje porucha rozpoznávání lidí. Pacienti nejsou schopni rozpoznat rodinné příslušníky ani pečující personál. (Jirák, Holmerová, 2009, s. 32)

2.4 Diagnostika, léčba a prognóza demence

2.4.1 Diagnostika

Tak jako u jiných onemocnění, i u demence je nezbytná kvalitně odebraná anamnéza, na jejímž základě může lékař zhodnotit stav pacienta a poskytnout následná vyšetření. Vyšetřovací metody by měly být vždy prováděny s ohledem na stav pacienta, a musí být účelné. Lékař musí zhodnotit, které testovací metody jsou pro pacienta vhodné, a nejméně ho zatíží.

2.4.1.1 Anamnéza

Jednou z nevýhod získávání informací od pacientů postižených demencí může být právě jejich porucha paměti a soustředění. Někdy si pacienti nemusí uvědomovat, že mají problém, často ho bagatelizují. Vždy je zapotřebí, aby s nemocným přišel i blízký příbuzný, který může objektivně zhodnotit stav pacienta.

Při získávání anamnestických údajů, je vždy nutné zaměřit se na následující informace. Zda pacient prodělal úrazy hlavy, vyskytly se u něj onemocnění, jako je cévní mozková příhoda, onemocnění srdce, porucha metabolismu, diabetes mellitus. Pokud se u nemocného vyskytly známky deprese, jakým způsobem byly nebo nebyly řešeny a také je zjišťován familiární výskyt demence nebo výskyt jiných neurologických onemocnění.

2.4.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Pokud lékař z anamnestických údajů usoudí, že by se mohlo jednat o demenci nebo onemocnění k demenci vedoucí, je nutností provést test neurologicko-psychických funkcí, které jsou u tohoto onemocnění narušeny.

Testuje se paměť a to ve všech jejích formách, řeč a řečové schopnosti, schopnosti orientace v prostoru, schopnost vykonávat běžné denní činnosti. Nedílnou součástí testování je také zjistit, jak je pacient schopen plánovat a dokončit zadaný úkol, zvládat zaměstnání. Předmětem pozorování jsou změny nálady a to od apatie po agresivitu. Důležitým faktorem je také zjištění, zda si nemocný svůj problém uvědomuje nebo ne.

Nezbytnou součástí je také příprava pacienta na toto testování. Celkové zjišťování těchto údajů je pro postiženého náročné jak fyzicky, tak psychicky. Při získání podrobných údajů o stavu před vznikem nemoci musí psycholog, neurolog nebo psychiatr vybrat nejvhodnější testovací metody, tak aby bylo získáno co nejvíce informací, ale pacient byl co nejméně zatěžován.

2.4.2.1 Testovací metody

- **MMSE**

Tento test je jedním z vůbec nejčastěji využívaných. Z jeho výsledků lze dobře stanovit onemocnění demence. Není však vhodný pro všechny typy demence a to především u demence s mírnou kognitivní poruchou, kdy poruchy paměti ještě nejsou plně rozvinuty.

Testováním se u pacienta zjišťuje orientace osobou, časem i místem, schopnost zapamatovat si tři slova s následným zopakováním ihned a následně po určité době. Dále je zkoumána schopnost počítat, poznat a pojmenovat předměty, splnit zadanou úlohu, schopnost překreslit obrázek a opakovat věty.

- **Wechslerova škála paměti**

Umožňuje zjistit detailní informace o slovní a zrakové paměti. Zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení, orientaci, logickou paměť a zapamatování si určitých informací, jako je dvojice slov, obličeje a další.

- **WAB**

Test řečových funkcí. Pomocí něj můžeme získat přehled o spontánní řeči, schopnosti pojmenovat, opakovat a porozumět. Druhou částí je názorový test, který hodnotí dovednosti jako je čtení, psaní, počítání.

- **Stroopův test**

Je vhodný k posouzení pozornosti, mentální pružnosti a také psychomotorického tempa a adaptace na zátěž.

2.4.3 Zobrazovací metody

- **CT a MR** mohou u pacientů s demencí prokazovat morfologické odchylky jako je úbytek mozkové tkáně, změna prokrvení nebo přítomnost patologických lézí.
- **SPECT a PET** určují kvalitu mozkového metabolismu, prokrvení mozku, přítomnosti a aktivity mozkových neurotransmiterů.
- **EEG** dává obraz změny mozkové aktivity především při zpomalení. (Jiráček, 2009, s. 25-28)

2.4.4 Léčba

V nynější době neexistuje účinná léčba, která by byla schopna vyléčit demenci. Existují pouze léky, které zpomalují expanzi této nemoci. Lékaři využívají antipsychotika, antidepresiva a někdy také antiepileptika, aby zabránili vniknutí nebo šíření neklidu a agrese u dementních pacientů. Velmi často je využíván Citalopram jako primární léčba agrese a depresí u dementních osob. (Small, 2014, s. 677-678)

V případě demence se často volí možnost poskytnout pacientům léčbu nefarmakologickou, kdy se o pacienta stará edukovaný personál nebo samotná rodina a napomáhá pacientovi v průběhu nemoci, snaží se ho udržet stále v mezích reality. Pomocí metod jako je ergoterapie a logopedie dokáží uchovat schopnosti nutné pro vykonávání běžných denních činností a schopnost komunikovat s okolím. Tato možnost jisté terapie může také pomoci eliminovat vysokou psychickou zátěž s následným zhoršením stavu klienta a snížit nutnost ústavní léčby. Nevýhodou tohoto typu léčby je zátěž pro pečující osobu, pro kterou je celodenní péče o dementního pacienta velmi náročná. (Crouch, 2009, s. 9-12)

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÝCH S DEMENCÍ

Nezbytností k aplikaci kvalitní ošetrovatelské péče je holistický přístup. Podstatou je zaměřit se na všechny složky bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb bez ohledu na stav a vnímání klienta. Cílem každého pečovatele by mělo být udržet soběstačnost klienta v oblasti sebez péče a denních aktivit a předejít tak potenciálnímu riziku vzniku nežádoucích stavů v souvislosti s poškozením sebe nebo někoho v klientově blízkosti. Nezbytností je tedy zjištění stavu pacienta, jeho mysli, paměti, orientace v přítomnosti a schopnosti komunikovat. Dojde-li ke zhoršení v nějaké z vypsanych oblastí, pečovatel musí posoudit důvod změny, a pokud je příčinou onemocnění, musí tuto skutečnost řešit s lékaři.

Další nedílnou součástí je udržet klienta v přítomnosti za pomoci předmětů klientovi známých, hodin, kalendářů a předmětů, které mohou být využívány u reminiscenční terapie. Důležitou částí celého procesu, je aktivní účast rodiny, která může napomoci k uklidnění klienta, udržení pocitu potřebnosti a k možnosti socializace.

3.1 Fáze posuzování

Posuzovací fáze je prvním kontaktem ošetrovatele a klienta. V této fázi dochází ke sběru dat o klientovi a jeho zdravotním stavu. Závěrem této fáze je vytvoření si obrazu o probíhajícímu stavu nemocného za pomoci kvalitní anamnézy, posouzení laboratorních výsledků a informací z fyzikálních, psychologických a dalších vyšetření. Tímto procesem dojde k evidenci oblastí, ve kterých potřebuje senior asistenci nebo zajištění celkové péče.

3.1.1 Anamnestické údaje

NO - v nynějším onemocnění se snažíme získat informace o jednotlivých oblastech klientova těla a s nimi spojenými potřebami. U demenčních klientů dochází k neschopnosti pečovat o sebe sama. Často dochází k dehydrataci, protože si klient neuvědomuje potřebu pít nebo nedokáže zajistit pitný režim. Další riziko vzniku dekompenzace se objevuje v oblasti výživy, vyprazdňování, pohybu a všeobecně v aktivitách denního života.

OA - v osobní anamnéze pátráme po prodělaných onemocněních, úrazech (především v oblasti hlavy), počtu hospitalizací a s tím spojená schopnost pacienta snést hospitalizace.

RA – v rodinné anamnéze je nutné zaměřit se na výskyt demence, dědičných onemocnění, civilizačních chorob jako je infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a onemocnění žil.

PA - psychologická anamnéza má za úkol zhodnotit stav orientace klienta časem, místem i prostorem. Dále hodnotí chování, změny nálady, úroveň stresu a schopnost klienta tuto situaci řešit, dovednosti v oblasti komunikace, zájmy a záliby klienta.

SA - sociální anamnéza by nám měla dát představu o vztazích mezi klientem a příbuznými, posouzení sociální a ekonomické situace klienta, a informace o pracovních činnostech, před odchodem do důchodu.

Nezbytností je i zjištění duchovní anamnézy, aby u klienta mohl probíhat holistický přístup. Spirituální anamnéza nám poskytne informace o vyznání klienta a jeho potřebách v této oblasti.

Získané anamnestické údaje nám dají určitý pohled na klienta. Pro doplnění dalších nezbytných informací jsou v posuzovací fázi zařazeny i hodnotící testy a škály jako ADL, IADL a MMSE. V potaz musíme brát i správnost získaných informací od klienta. Některé získané informace mohou být mylné, nebo si je pacient uzpůsobil dle vlastní představy. Výhodou je přítomnost příbuzného, který objektivně zhodnotí podané informace.

3.2 Diagnostická fáze

Diagnostická fáze je zaměřena na identifikaci ošetrovatelských problémů u dementních klientů. V této diagnostice se musí zohlednit výskyt polymorbidity u seniorů a s ní spojených následků. Takovýto stav rozšiřuje škálu aktuálních i potencionálních problémů. Pokud je tedy u klienta diagnostikována polymorbidita, nelze se zaměřit pouze na demenci a její vliv na bio-psycho-sociálně-duchovní dopad. K řešení takové situace je nezbytné stanovit intervence k navrácení zdraví a zajištění uspokojení potřeb klienta.

3.2.1 Diagnostika v oblasti tělesných potřeb

U klientů mohou vzniknout nedostatky v následujících oblastech:

Snížená schopnost pohybu s neschopností tolerovat pohybovou náročnost. Zhoršení v oblasti soběstačnosti, rostoucí riziko úrazů. Dalším rizikem je pozměněná výživa, s nedostatečným příjmem, méně než organismus potřebuje, často se vznikem dehydratace kvůli nedostatečnému příjmu tekutin. Rostoucí funkční intolerance moči s následnou urgentní, stresovou a reflexní inkontinencí. Dále se vyskytuje zácpa, inkontinence stolice. Vzniká porucha samočisticí schopnosti plic, porucha dýchání. Přidruženou poruchou může být také akutní či chronická bolest s akutní a chronická zmateností.

3.2.2 Diagnostika v oblasti psychického stavu a sociální situace

U klientů s demencí se v oblasti psychicko-sociální situace často vyskytují následné problematiky. Narušená schopnost adaptace a verbální komunikace se vznikem sociální izolace. Z této problematiky může následně u dementních klientů vzniknout strach, úzkost, beznaděj, bezmoc.

3.2.3 Další diagnostika u klientů s demencí

Nedílnou součástí diagnostiky je také zhodnocení zhoršení paměti, výskyt poruchy kognitivních funkcí, jejich schopnost vnímat přítomnost a dovednost rozhodovat se. Často lze u klientů diagnostikovat porucha v oblasti komunikace a sociální interakce.

3.3 Fáze plánování

Fáze plánování se zabývá vymezením ošetrovatelských intervencí, které vedou k předcházení, snížení nebo odstranění problémů, se kterými se pacient potýká.

V seniorském věku s přítomností polymorbidity a v důsledku změn spojených se stářím na sebe navazují problémy v různých oblastech. Vznik jednoho problému, může způsobit vytvoření dalšího. Doslova vzniká koloběh tvorby problémů, které souvisí jeden s druhým. Ovšem stejný princip může vést i k vyléčení. Pokud se stanoví vhodná léčba u jednoho problému, dojde k ovlivnění dalšího s možností vyléčení.

Úkolem sestry je stanovení diagnóz a jejich seřazení dle aktuálnosti a priorit. Následujícím krokem je určení ošetrovatelských cílů. Pokud je klient ve stavu, kdy s ním sestra není schopna sestavit a určit diagnózy a jejich cíle, zapojuje se do procesu rodina. Většina stanovených cílů je orientována dlouhodobě. V celém procesu musí být zohledněna časová náročnost, reálnost cílů a limity a schopnosti klienta.

Poslední součástí je tvorba intervencí, které budou nejefektivnější a nejvhodnější při plnění cílů. Opět musí sestra brát v potaz celkový stav klienta, jeho úroveň soběstačnosti, fyzické aktivity a možnosti účasti rodiny na plnění cílů.

3.4 Fáze realizace

Realizační fáze se zaměřuje na uskutečnění stanovených ošetrovatelských cílů společně s intervencemi, které jsou s danými cíli spojeny. V tomto procesu musí sestra znovu zhod-

notit aktuálnost daných cílů a dle nutnosti je pozměnit nebo úplně vyřadit. Změna v aktuálnosti ošetrovatelských cílů může být způsobena změnou stavu klienta.

Velkou výhodou při plnění intervencí a cílů je zapojení klienta do celého procesu. Obecně platí, že klienti pozitivně hodnotí celý proces, pokud jsou aktivně jejich součástí. Vhodné je zapojit i členy rodiny do celého procesu, což upevňuje vztahy mezi klientem a rodinou a také mezi rodinou a personálem.

3.5 Fáze hodnocení

Poslední fází ošetrovatelského procesu je hodnocení. V této části dochází k zhodnocení proběhlé ošetrovatelské péče, její účinek a vliv na stav klienta. Zda došlo ke zlepšení či zhoršení, pokud se v procesu dosahování cílů vyskytla nějaká překážka, (př. zhoršení kognitivních funkcí) a zda byla vyřešena nebo nikoliv. (Anna Dluhošová, Lubomíra Tkáčová, 2010)

4 PAMĚŤ A VZPOMÍNKY

Paměť a její vývoj je v průběhu let více méně nepozměněna. Lidské myšlení se stále orientuje na jednu věc a to na ovládnutí strategie pro přežití, jako základního lidského pudu. Pokud by náš mozek fungoval na principu zapamatování si jakékoliv situace a události, došlo by k jeho kolapsu v průběhu několika málo dní. Takové situaci předchází funkce selekce vzniklých vzpomínek jak pozitivních tak negativních a jejich následné vymazání. Pokud se jedná o negativní zkušenost, kterou si člověk logicky odůvodní, paměť tuto vzpomínku vymaže a zabrání tak uložení do hlubších paměťových oblastí. V případě pozitivních vzpomínek a zkušeností je tomu naopak.

4.1 Ultrakrátkodobá paměť

Ultrakrátkodobá paměť nebo sensorická paměť umožňují registraci a ukládání informací a podnětů získaných pomocí smyslových orgánů. Takové informace se během krátké doby (odhadem 0,5-2 sekund) dostanou k sensorické paměti, kde jsou následně roztříděny a podle důležitosti posunuty na vyšší úroveň. Ze smyslových orgánů, které přenášejí informace, si nejdéle zapamatujeme ty akustické.

4.2 Krátkodobá paměť

Informace, které přicházejí ze sensorické ultrakrátkodobé paměti, jsou rychle zpracovány. To umožňuje nazvat krátkodobou paměť také pracovní. Když pracovní paměť informaci zpracuje, dojde k její ztrátě nebo posunu do poslední formy paměti, do tzv. dlouhodobé. V krátkodobé paměti zůstávají informace maximálně 20 sekund až 20 minut. Důvodem pro tak krátkou možnost uložení je, že má velmi malou schopnost pojmout přicházející informace.

4.3 Dlouhodobá paměť

Pokud nedošlo v krátkodobé paměti k vymazání informací, přecházejí do dlouhodobé paměti. Tento poslední typ paměti má tři zásadní vlastnosti.

- **Neomezené trvání uložení**

Podle některých vědců zabývajících se tematikou paměti existuje možnost, že žádné informace, které jsou do dlouhodobé paměti uloženy, nemohou být ztraceny. To tedy znamená, že uchovávání informací je neomezené.

- **Neomezená kapacita**

Přestože se funkce ukládání vjemů a informací stále zkoumá a není jistý celkový princip toho, jak funkce funguje, vědci se shodují v tom, že kapacita paměti je neomezená. Vhodným způsobem, jak se „starat“ o paměťovou kapacitu, je trénink mozku.

- **Krátký vyvolávací čas**

Díky krátkému vyvolávacímu času můžeme během několika sekund zodpovědět jednoduchou otázku. Například „Jste plnoletý?“ Ovšem pokud je zadání složitější, může se čas odpovědi prodloužit a to díky velkému objemu informací uložených v našem mozku. Někdy může vzniknout pocit toho, že to víte a máte to, jak se říká „na jazyku“. Právě trénink mozku může značně zkrátit čas nutný k zodpovězení složitých otázek. (Michaela Karsten, 2014, s. 33-43)

4.4 Vzpomínky

Hartl v psychologickém slovníku definuje vzpomínku jako představu, která znovuoživuje zážitek, který má emoční doprovod v okamžiku vzniku. Vzpomínka může také být ovlivněna emočním stavem ve chvíli, kdy byla vyvolána. Vzpomínky, které byly hluboko zakódovány a „zapomenuty“, způsobí vždy emoční reakci. A i naopak, některé emoce mohou způsobit znovuoživení vzpomínek na nějakou událost. (Hartl, Hartlová, 2010, s. 678)

Díky schopnosti mozku dělat rozdíly mezi důležitými informacemi, které přecházejí z krátkodobé paměti do dlouhodobé a nepotřebnými, které jsou ztraceny, mohou vznikat vzpomínky. Takový proces pak dává každému jedinci možnost učit se a opakovat již jednou naučené situace. Při pokračování ukládání a opakování dané informace vznikne v mozku vzpomínka, která následně umožní provádět činnost bez nutnosti podrobně znát celý proces činnosti. Například, když se naučíte zavázat si tkaničky jako dítě, v budoucnosti již nebudete přemýšlet nad postupem, jak to udělat.

Další nezbytnou součástí pro vznik vzpomínky je motivace. Pokud je v době získávání nové informace přítomna i motivace, je vyšší pravděpodobnost pro přechod informace do dlouhodobé paměti. Obecně platí, že většina takovýchto vzpomínek je ukládána automaticky a pokud je nutné ji znovu obnovit, není zapotřebí velké úsilí a soustředění. Vzpomínky nabíhají samy a mohou být doprovázeny emočním stavem, který byl přítomný při jejich ukládání. (Zimmerman, 2014)

Aktivní vybavování vzpomínek se řadí mezi základní schopnosti lidské psychiky. Při vzpomínání se objevují staré informace, které byly uloženy v povědomí člověka. Tato schopnost umožňuje znovuprožívání událostí, jejich přehodnocení a začleňování do vlastního životního příběhu s následným utvářením obrazu sebe sama. K takovému znovuoobnovení vzpomínek dochází při stimulaci u kreativních činností, vyprávění příběhů, osobních zkušenostech, anebo opakování historických událostí. (Janečková, Vacková, 2010, s. 14)

5 REMINISCENCE

Reminiscence vychází z latinského označení *reminiscere* – vzpomenout si. Českým ekvivalentem pro reminiscenci je vzpomínka nebo vzpomínání. Geriatr Robert Woods definuje reminiscenci jako „*hlasité nebo tiché vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí.*“ (Woods et. al., cit. podle Janečková, Vacková 2010, s. 21)

Cílem reminiscenční terapie je vzájemné sdílení vzpomínek, které vedou k následnému pochopení a dosažení určitých změn ve vnímání přítomnosti. Návrat do minulosti by měl probíhat s pozitivním efektem. Vzpomínající by měl po této „vzpomínkové zkušenosti“ být schopný uvědomovat si sám sebe v přítomnosti a ucelit tak, kým je. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 20)

5.1 Vznik a původ reminiscenční terapie

V období šedesátých let minulého století se studium stáří ubíralo směrem negativního názoru na vzpomínání a na celkovou roli tohoto procesu. V podvědomí mnohých byl stále zaryt fakt, že vzpomínání nemůže přinést nic dobrého, a ohlížení se zpět vede k negativnímu pohledu na sebe sama a odmítání přítomnosti. V tehdejší době mohl velmi lehce vzniknout názor, že člověk, který je „zahleděn do minulosti“, trpí psychickým onemocněním a je to negativní proces stárnutí. Až Robert Butler, který je zakladatelem teorie rekapitulace života, dal vznik samotné reminiscenční terapii a změnil tak pohled lidí na vzpomínání. Díky tomu se v následujícím desetiletí značně změnil pohled na stáří a s ním spojené vzpomínání, jako jeden z nejčastějších procesů doprovázející stáří. Vzpomínání se stalo naprosto normální věcí a bylo zařazeno do pozitivní součásti stárnutí.

Dalším důležitým milníkem, který napomohl k rozvoji reminiscenční terapie, byl projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek, které umožnilo britské ministerstvo zdravotnictví a sociální péče v letech 1978 - 1979. Díky tomuto projektu vznikla série diapozitivů a magnetofonových záznamů s názvem Recall. Nejenže díky snadnému použití a nenáročnosti na pomůcky (magnetofon, diapozitiv) se mohla tato metoda aktivně šířit, ale navíc probíhal tento program v období, kdy se ve Velké Británii rozvíjel holistický přístup v péči o seniory a tato „lčba“ mohla napomoci k dosažení tohoto přístupu. Od té doby se reminiscenční terapie především ve Velké Británii značně rozvinula. Dochází zde ke značné podpoře ze strany zdravotnických zařízení, charitních organizací a orgánů místní správy.

Nadále vznikají i specializované organizace umělců, které podporují oblast reminiscence. To je značnou výhodou, neboť umění, a to v jakékoliv jeho formě, je nedílnou součástí života starých lidí.

Do České republiky se tato metoda dostala až s velkým, skoro dvacetiletým zpožděním. Hlavním propagátorem této metody pro oblast vzpomínání je občanské sdružení JOB prostřednictvím Informačního centra Rašovice. Dalšími značnými propagátory jsou například Taťjana Kašlíková a Karel Kopřiva. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 19-20)

5.2 Reminiscenční přístupy

5.2.1 Narativní přístupy

Název narativní přístup vychází z latinského slova narro neboli vyprávět. Jedná se tedy o přístup, který funguje na principu vypravování vzpomínek. Cílem tohoto typu reminiscenční aktivity je napomoci seniorům k socializaci, aktivnímu zapojení se do skupiny, navození pocitu pohody a psychického uspokojení s možností vyjádřit své pocity. Pokud u seniorů nastane taková pohoda, jsou schopni sami od sebe vyprávět a sdílet s ostatními své vzpomínky. Takové reminiscenční sezení ovšem může probíhat jak skupinově, tak individuálně. Záleží jen na vyprávějším a jeho zdravotním stavu, jakou formou se rozhodne vyjádřit své vzpomínky. Častou volbou díky své nenáročnosti je vyprávění životních příběhu, ovšem vyskytují si i knihy života, memoáry nebo autobiografie. Někdy může skupinové sezení s narativním přístupem napodobovat setkání přátel či rodiny, která se rozhodla si trošku zavzpomínat.

Téma reminiscenčního sezení nemusí být předem dáno, není nutno vést sezení pouze jedním směrem. Záleží pouze na vůli skupiny, jakým směrem se sezení bude ubírat a jak zúčastnění navazují jednotlivé vzpomínky na další. Správným základem takového sezení je vyvolávat u skupiny pozitivní emoce.

5.2.2 Reflektující přístupy

Na rozdíl od přístupu narativního má reflektující přístup význam více pro jednotlivce než skupinu, ovšem dá se využít v obou případech. Při využití této metody dochází k zhodnocení života seniora jím samotným. Senior má možnost vyprávět o svém životě, o zážitcích pozitivních i negativních, které následně utvářely jeho život a tím dosáhnout přijetí svého života takového jaký byl, co vše seniorovi dal a vzal. Reflektující přístup,

v některých literaturách označovaný jako bilanční, dává účastníkovi pocit sebeúcty a pohody. Dále může navodit pocit smíření a odpuštění sobě samému nebo někomu jinému.

5.2.3 Expresivní přístupy

Expresivní přístup je zaměřen na práci s těžkými vzpomínkami a tématy, kterým se senior záměrně vyhýbá a tato negativa si „hromadí v sobě“. Vyjádření vlastních pocitů je přirozeným aktem přinášejícím úlevu. Je to určitá možnost, jak sdílet své břemeno, chvíle pro odpočínutí si od tíživé situace. Posluchači se tak naskytne možnost vyslechnout si příběh mluvčího, poskytnout mu radu nebo být pouze tichým společníkem. Takovýto rozhovor může pozitivně působit na seniora ve smyslu přehodnocení celé situace. Hlavním rozdílem mezi expresivním přístupem a přístupy předešlými je výhled do budoucna. V expresi se člověk zbaví svého břemene a směřuje své myšlenky k novému cíli bez pocitu strachu, omezení a výčitek.

5.2.4 Informativní přístupy

Úkolem informativního přístupu je předávání informací, zkušeností, tradic a zvyků. Má formu autobiografie, kde mluvčí hovoří o svém životě a vzpomíná, jak byly dané chvíle ovlivněny historickými událostmi. Senior sám může určit, jaký měl na danou situaci a historický moment názor, proč to právě tak ovlivnilo jeho život a předat takovou zkušenost mladší generaci. Významná je především pro ty, kteří se svým způsobem nesmířili s odchodem do důchodu a ztrátou své pozice ve společnosti, jako výkonné jednotky. Tento přístup jim umožní předat zkušenosti, a stát se mentorem s účelem ovlivnit vnímání generace, která neprožila to, co daný senior. (Janečková, Vacková, 2010, s. 21-30)

5.3 Kreativní reminiscenční metody

Zapojení kreativních metod do reminiscence je vhodné pro rozvoj fantazie seniorů. Na rozdíl od naslouchání a hovoření o svých vzpomínkách, mají kreativní metody za úkol zapojit seniora do produktivní činnosti, a to buď samostatně, nebo za pomoci personálu. Výsledkem je pak jejich vlastní dílo, vyjadřující jejich myšlení, stav a pocity.

5.3.1 Reminiscenční divadlo

V reminiscenčním divadle jde především o možnost vyjádřit své „já“. Ukázat světu, že i přesto, že jsou klienti senioři, nemusí být nutně nudní a bezcenní. Právě hraní rolí, vžívání se do pozic jiného, patří po celý život k náplni člověka a ve stáří tomu není jinak. Remi-

niscenční divadlo umožňuje působení nejen seniorů, ale i herců a dobrovolníků. Tímto spojením se vytvoří multikulturní skupina, která může dát seniorům pocit potřeby a ocenit jejich odvahu účastnit se takové hry. Námětem pro hru bývá nějaká zkušenost seniorů, která je známá většině účinkujících. Text k rolím je vždy uzpůsoben na míru každému aktérovi a neměl by se stát stresorem. I čas k nacvičení takové hry je zpravidla delší a všichni účinkující a doprovodní pomocníci musí počítat s náročností dané hry. Hra by měla stimulovat pocity radosti a štěstí. Má za úkol pobavit jak diváky, tak samotné herce.

5.3.2 Knihy a mapy života

Pokud mluvíme o knize života, není to tak úplně kniha. Jedná se spíše o malý sešit, nebo pár listů, kde je popsána buď nějaká událost, anebo jsou to zkrácené informace o životním příběhu klienta. Kniha má za úkol propojit minulost s přítomností a vytvořit tak jeden celek. Má narativní a informativní ráz. Pomocí knihy života může tvůrce ukázat svému okolí, jaké hodnoty zastává, co ho ovlivnilo a proč se rozhodnul právě tak a ne jinak.

Kniha nebo mapa života nemusí být vždy tvořena samotným klientem. Někdy mu to jeho zdravotní stav neumožní, a proto je zapotřebí asistence personálu. Velmi kladně je ze strany účastníků vnímána přítomnost rodiny. Taková pomoc může v klientovi vyvolat pocit potřeby a náklonnosti. Dále si může připadat stále žádaný s pocitem, že se o jeho život někdo zajímá.

5.3.3 Reminiscenční krabice

Často se jedná o bednu, krabici, kufr nebo koláž. V malém prostoru takového předmětu jsou uloženy veškeré, pro seniora důležité, věci. Fotografie, články, hračky, vinylové desky, pohlednice, figurky a mnoho dalších věcí. Jsou to často předměty, které mají citovou hodnotu, a mohou nastínit život seniora. Nedílnou součástí tvorby je i kooperace s dalšími účastníky nebo pomocníky. Může se jednat o členy rodiny, studenty historie nebo kohokoliv, kdo by měl zájem pomoci seniorům. Vystavením krabic na veřejnost se může senior vyrovnat s těžkou situací spjatou k předmětům. Nejen, že veřejnost získá díky takovému projektu větší představu o životě seniora, ale mohou se také napojit na emocionální podklad díla. (Janečková, Vacková, 2010, s. 117-125)

5.4 Reminiscenční pomůcky

Pomůcky mají u účastníků terapie navodit pozitivní vnímání a stimulovat mozek k vzpomínání na „staré časy“. Není to vždy jen o tom, co člověk vidí, stimulantem se může stát prakticky cokoli. Hudba, na kterou kdysi senior tančil, vůně která mu připomněla vaření jeho matky v kuchyni. Čím více smyslů bude zapojeno, tím vyšší je pravděpodobnost, že se senior začne aktivně podílet na reminiscenci.

Také se může stát, že některé pomůcky mají opačný efekt a vyvolají negativní reakci. Protože je každý člověk jedinečný, i přístup k němu by měl být individuální, a to, co u jednoho vyvolá příjemné vzpomínání, u jiného může vyvolat nepříjemné vzpomínky. To se týká právě hudby a jídla. Ty bývají nejčastějším spouštěčem negativních emocí například u seniorů, kteří zažili druhou světovou válku. Nedílnou součástí negativního vnímání reminiscence je i moment, kdy je seniorům připomenuta jejich ztráta blízkých. Pokud nastane taková situace, terapeut musí v poklidu a s trpělivostí uklidnit klienta. Takováto situace má i své pozitivum. Terapeutovi to dává obrázek o klientovi, umožní mu to plánovat jeho další sezení s vyřazením některých stimulantů.

5.4.1 Vizuální pomůcky

Fotografie jsou nejdůležitější vizuální pomůckou. U fotografie se zohledňuje její obsah, a co může klientovi nabídnout. Dalším kritériem pro její zařazení do terapie je ostrost, dostatečná velikost - tak, aby ji mohl klient identifikovat. V klientovi a skupině často fotografie vyvolávají vzpomínky na dané období s možnou diskuzí porovnávající dobu na fotografii a dnešní svět. Nejen fotografie může vyvolat takový účinek, patří sem zajiště i obrazy a kresby. Pokud je sezení ve větší skupině, a každý ze skupiny si nemůže fotografii prohlédnout, je vhodné využít jiné metody jako je dataprojektor. Touto možností se mohou zapojit v pozorování všichni účastníci. Když dojde ke vzniku debaty, není nutné pokračovat dále v promítání, protože nastává chvíle pro terapeuta, aby aktivně podpořil debatu.

Články a výstřižky z novin jsou další vhodnou pomůckou. Nemusí být vždy poskytovány jen terapeutem. Někteří senioři si uchovávají výstřižky z novin jako památku na určité období, nebo jako odkaz na zmíněný text. Mohou to být třeba oznámení povýšení, zprávy o změně režimu, nebo jen něco, co tehdy klienta zaujalo.

Televize a DVD se mohou také stát zdrojem cenných informací a podnětů, které vyvolají v seniorovi vzpomínky. Především v období oslav svátků nebo během některých ročních

období je vhodná takováto stimulace. Vede seniory k vzpomínání na toto období, když byli mladší. Výhodou je také propagace takovýchto oslav v mediích, která následně poskytují různé filmy nebo dokumenty o daném období.

5.4.2 Sluchové pomůcky

Právě sluchová paměť je jednou z nejčistších a nejpřesnějších. Přetrvává i ve vysokém věku. Stačí jen malý úryvek písně, a senior je schopen vzpomenout si na část textu, melodie nebo dokonce celou píseň. Takovéto vzpomínání může navazovat jedno na druhé a pozitivně tak stimulovat seniora.

Další možností jsou nahrávky zvuků, které byly pro seniora tolik známé. Namluvené básně, pohádky, divadelní hry, proslovy politiků a další.

Hudební nahrávky se mohou přímo podílet na reminiscenci nebo terapeut zvolí hudbu pouze jako kulisu pro jinou formu terapie.

5.4.3 Další pomůcky

Nedílnou součástí reminiscence jsou i vůně, chuť a dotyk. Pokud má senior možnost osahat si předměty, cítit chuť a vůni, je na dobré cestě, jak otevřít svou pokladnici vzpomínek. Dotyk dále dává seniorovi pocit reálnosti předmětů. Navíc pokud u pacienta není dostatek stimulace v podobě doteku, lehce může vzniknout stav deprivace. Protože ne každý účastník reminiscence se aktivně zapojuje při pohledu na fotografie nebo poslechu hudby, může se u něj objevit rychlé zapojení při osahání si jemu známých předmětů, látek a povrchů.

Tak jako je podnětem pro vzpomínky dotek, je aktivátorem i vůně. Není nutné, aby to byla speciální aromata. Jedná se o vůně prostých věcí, se kterými se mohl senior dostat do kontaktu. Ať už je to vůně mýdla, čerstvě upečený chléb nebo vůně sena.

Poslední z využitelných smyslů je chuť. I ta zaujímá v reminiscenci své nedílné místo jako spouštěč vzpomínek. I přes často sníženou schopnost vnímat chutě musí u seniorů zůstat možnost vychutnávat si jídlo. Tématika jídla je volně využitelná kdykoliv. Je ovšem vhodné zařadit ji v obdobích jako jsou svátky a slavnosti. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 32-38)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRÁCE A METODIKA

6.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaký vliv má reminiscenční terapie na klienty vybraných zařízení a to včetně vlivu na sestry samotné. Nezanedbatelným prvkem přitom zůstává také reakce rodin klientů. Pohled sestry je vnímán nejen jako pohled respondentů při řízených rozhovorech, ale zejména jako náhled autora práce, budoucí zdravotní sestry. Vzhledem k logické posloupnosti otázek je tento cíl uveden až v závěru dotazníkových šetření, přestože je považován za cíl hlavní.

Dalším cílem je ověřit, jaké znalosti mají všeobecné sestry o reminiscenční terapii, kde tyto informace získaly.

Následně bylo zjišťováno, jakými nejčastějšími metodami je ve vybraných zařízeních reminiscenční terapie uplatňována v praxi a to se stručným popisem průběhu reminiscenčních sezení a popisem aktivit používaných během nich.

6.2 Metodika výzkumu

6.2.1 Charakteristika respondentů

Respondenti byli vybíráni dle následujících kritérií:

- práce v oboru ošetřovatelství, minimální doba praxe dva roky, z toho minimálně jeden rok respondent pracuje v daném zařízení
- absolvování oboru ošetřovatelství s následným získáním titulu bakalář v oboru ošetřovatelství, nebo studium ošetřovatelství před změnou zákona o studiu nelékařských zdravotnických pracovníků
- pracovníci na pozici ergoterapeut, v daných zařízeních

Respondenti byli zařazeni do výzkumu pouze tehdy, když splňovali výše zadaná kritéria. Zde byla všechna kritéria splněna. Dohromady bylo osloveno sedm respondentů, všichni s poskytnutím informací v rozhovoru souhlasili.

Pro zachování anonymity byli respondenti označení R1 - R7. Osobní informace jsou uvedeny v tabulce č. 1.

6.2.2 Metoda pro získání dat výzkumu

Zvolenou metodou pro vytvoření výzkumu byl strukturovaný rozhovor. Právě rozhovor se používá jako jedna z nejčastějších metod pro zhotovení kvalitativního výzkumu. Před zahájením rozhovoru jsou vytvořeny otázky, které jsou zařazeny do určitého okruhu, který je předmětem zkoumání. Mezi hlavní okruhy zkoumání patří:

- znalosti teorie reminiscenční terapie včetně přístupů a aktivit z pohledu sestry
- nejčastější přístupy, metody a aktivity uplatňované při reminiscenční terapii
- vliv reminiscenční terapie na klienty i na sestry včetně míry spolupráce s rodinnými příslušníky

Tazatel respondentovi pokládá otázky dle předem stanovené struktury, je ovšem možné otázky zaměňovat a to tak, aby rozhovor byl plynulý. Nedílnou součástí takovýchto rozhovorů je také atmosféra a prostředí kde je rozhovor veden. (Kutnohorská 2009, s. 39-40)

Rozhovor byl složen z patnácti otázek. Délka rozhovorů se liší v závislosti na pracovních zkušenostech respondentů. Svou roli hrála také ochota a osobní nasazení pro využívání zkoumané metody. Před každým rozhovorem uvedl každý respondent základní informace. Těmito informacemi byly věk, dosažené vzdělání, praxe v oboru ošetrovatelství a délka práce ve vybraných zařízeních. Tyto informace byly zaznamenány písemnou formou. Respondenti s poskytnutím těchto informací souhlasili pod podmínkou anonymity. Rozhovory byly v jednotlivých zařízeních vedeny v přátelské pracovní atmosféře. Většinou probíhaly na denních pokojích sester.

6.2.3 Organizace šetření

Výzkumnému šetření předcházelo sestavení cílů a otázek pro rozhovory. Tyto otázky byly sestaveny pod vedením vedoucí práce PhDr. Jarmily Verešové, která vytvořené otázky schválila a pomohla upravit. Samotné rozhovory byly realizovány v období od března do dubna 2016. Veškeré rozhovory byly s respondenty tvořeny individuálně v prostorách vybraných zařízení, a to Alzheimercentrum Zlín z.ú. a Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon a informace o respondentech byly sepsány. Vše bylo uskutečněno s vědomím vedení zařízení, která byla s dostatečným předstihem kontaktována prostřednictvím e-mailu a telefonicky.

Seznam pokládaných otázek v rámci strukturovaných rozhovorů:

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?
2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

3. Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?
4. Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?
5. Uveďte prosím, příklady aktivit během sezení.
6. Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?
7. Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?
8. Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?
9. Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?
10. Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?
11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uveďte prosím, pozitivní i negativní.
12. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?
13. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?
14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?
15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

6.2.4 Zpracování získaných dat

Rozhovory byly nejdříve doslovně přepsány, následně byly odpovědi upraveny a sepsány dle respondentů. Rozhovor nebyl tvořen dle kategorií. Poslední část se zabývá analýzou získaných rozhovorů, přičemž získaná data jsou obsažena v diskuzi. Diskuze obsahuje srovnání, ale i rozpory mezi danými rozhovory a získanými informacemi.

<i>Respondenti</i>	<i>Věk</i>	<i>Dosažené vzdělání</i>	<i>Délka praxe v oboru ošetřovatelství</i>	<i>Délka praxe v zařízení</i>
R1	37 let	SZŠ	8 let	3 roky
R2	38 let	SZŠ	18 let	9 roků
R3	25 let	Titul Bc.	3 roky	3 roky
R4	29 let	Titul Bc.	6 let	4 roky
R5	58 let	SZŠ	39 let	8 roků
R6	35 let	SZŠ	6 let	4 roky
R7	38 let	SZŠ	20 let	7 roků

Tabulka č. 1 – informace o respondentech

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Výsledek rozhovoru s respondenty

7.1.1 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 1

Respondent č. 1

Respondent č. 1 je žena, 37 let. V oboru zdravotnictví pracuje po dobu 8 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. V nynější době dokončuje studium oboru sociálně zdravotní pracovník, kombinované formy. V zařízení pracuje na pozici ergoterapeutky. S reminiscenční terapií se seznámila okrajově během kurzu ergoterapie. Další informace získala až v zařízení, a následně samostudiem. Délka praxe v zařízení je 3 roky.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R1: Je to metoda, která se používá pro aktivizaci klientů s mozkovým poškozením – demence. Je to způsob práce, kterým se pomocí různých pomůcek a prostředků snažíme vyvolat vzpomínky a aktivizovat mozková centra. Snahou je dosáhnout zlepšení kondice, případně udržení nynějšího stavu.

2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

R1: Mezi klady patří přirozenost metody, která se dá používat kdykoliv, možnost improvizace dle momentální situace. Záporům může být nepohoda klienta a také občasné uvědomění si negativních situací ze svého života - např. změna režimu, ztráta blízkých lidí apod. Negativně mohou působit také vzpomínky na dřívější aktivní způsob života.

3. Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?

R1: Ne.

4. Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?

R1: Mezi nejčastější metody patří připomínání tradic, aktuálně dle daného období. Cílem je připomenout prostředí daného období (Masopust, Velikonoce, MDŽ). Snahou je asociace doby, kdy sami klienti prožívali takováto období. Snažíme se s klienty hovořit i individuálně.

5. Uved'te prosím, příklady aktivit během sezení.

R1: Sem patří povídání na určené téma. Nabídneme klientovi téma a povídáme si o tom, co pro něj znamenalo. Dále je to prohlížení fotografií z doby, kdy si to klienti dokáží uvědomit. Používá se vaření tradičních jídel z dřívější doby. Nedávno to bylo čtení knih - co četli klienti svým dětem v období, když byli klienti mladí a aktivní, byli v kondici.

6. Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?

R1: My nevybíráme, nikdo se nevyklučuje. Zapojujeme všechny klienty z našeho zařízení, i ty, kteří se zdají být nekomunikativní. Stává se, že když klientovi téma sedne, tak ten člověk překvapí a řekne věci, které bychom nečekali, že je ještě schopen povědět.

7. Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?

R1: Většinou ano, pokud nedojde ke zhoršení stavu. Jediným důvodem absence bývá pobyt v nemocnici nebo momentální zdravotní problémy.

8. Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?

R1: Využíváme samozřejmě i skupinová sezení. Skupiny mají nejčastěji 10 – 15 osob. Vždy se snažíme vystřídat všechny skupinky.

9. Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?

R1: Sezení jsou zhruba hodinová.

10. Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?

R1: Žádné metody nejsou využívány. Jedná se pouze o intuitivní posouzení stavu klienta po sezení, které se pak dále může využívat pro další aktivity.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uved'te prosím, pozitiva i negativa.

R1: Během terapie na lidech poznáme, jak na ně působí, zda se tváří vesele, jestli to má pro ně nějakou hodnotu.

12. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R1: Ne

13. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R1: Ano, můžu si srovnat vlastní věci sama v sobě, uvědomuji si souvislosti, životní hodnoty.

14. Zapojujete do RT i rodinné příslušníky?

R1: My osobně rodiny nezapojujeme. Za spoluúčast ze strany rodiny můžeme považovat to, že nám nosí fotografie, vzpomínkové předměty, oblíbené věci – my následně pro klienty tvoříme krabičky. Rodina se zapojuje jen nárazově.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R1: Pokud bychom je požádali, byli by určitě ochotni zapojit se. Osobně si myslím, že nerozumí tomu, co vlastně reminiscenční terapie je. Celkově jim o tomto chybí přehled.

7.1.2 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 2

Respondent č. 2

Respondent č. 2 je žena, 38 let. V oboru zdravotnictví pracuje 18 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola zakončena maturitní zkouškou. Po absolvování studia pracovala jako všeobecná sestra na interním oddělení po dobu 9 let. Následně se dostala do zařízení pro seniory, kde pracuje již devátým rokem a zde se také seznámila s metodou reminiscenční terapie.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R2: Já si myslím, že je to vzpomínková terapie. Lidé se objeví v místnosti s předměty, kterou dobře znají. Jsou v prostředí, ve kterém byli zvyklí žít. Je to pro ně známé, nic moc moderního. Je tam všechno tak, jak to ve své době měli. Jsou tam staré hrníčky, žehličky, prostě věci, se kterými byli zvyklí zacházet ve své době.

2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

R2: Klady jsou v tom, že si lidé připomenou, jak to dříve vypadalo v jejich okolí, v hlavě se jim jakoby rozbřesknou, vzpomínky se jim vrací, jsou sdílnější. Zápor – špatná zkušenost z dřívější doby, občasné uvědomění si smrti blízkých. Každá osoba je individuální, každý to prožívá jinak. U nás se setkáváme spíše s tím kladným vlivem, zapojujeme vůně, máme malované hrníčky, lidem se to líbí, pookřejí. Klienti jsou uvolnění.

3. *Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?*

R2: Ne – ovšem vždy pokud proběhne nějaký kurz a někdo jiný z personálu se ho účastní, udělá pro zbytek personálu shrnutí, jak věci probíhají, co se má jak dělat. O této terapii jsme si předávali navzájem hodně informací a aktivně jsme se zapojovali. Např. jsme sháněli kredenc, zařizovali jsme pokoj. Každý z nás o tom něco ví, člověk čerpá i z vlastních zkušeností - jsou to naše babičky a naši dědečkové, známe je z domu. Dále se vzdělávám pouze samostudiem.

4. *Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?*

R2: Nejčastěji používáme běžné věci, na které byli zvyklí. Metody jsou spojené s ročním obdobím a se svátky.

5. *Uveďte prosím, příklady aktivit během sezení.*

R2: Obírají lípu, lístky máty, mají rádi „bylinné záležitosti“. Dále pak zavařování kompotů, pořádání dušiček, adventní věnce a výzdoby, poslech hudby z gramofonových desek, prohlížení alb, večer se starými fotkami, pleteme z pedigu, zkoušíme aromaterapii apod. Rádi mají oslavy narozenin. Často vedeme nad fotkami diskuze o tom, jak dříve vypadala místa, která znají. Pořádali jsme besedu o krojích, jaké jsou mezi nimi rozdíly, zpíváme. Vždy se snažíme napodobit domácí prostředí.

6. *Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?*

R2: Někaké kritérium pro výběr klientů není. Nabídneme aktivitu a dle jejich přání a momentálního stavu se klienti rozhodnou. Tyto aktivity mají naši klienti moc rádi, často se účastní všichni.

7. *Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?*

R2: Pravidelnost sezení není – záleží na aktuálních tématech, na období. Vybíráme den, který máme nejvolnější - u nás to bývá většinou úterý. Někdy kvůli sezení i posilujeme služby.

8. *Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?*

R2: Vesměs přicházejí všichni. Kdo chce, tak tam je, nikoho nenutíme.

9. *Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?*

R2: Jsou to asi tak 2 hodiny. Převážně ráno, kvůli jejich vlastnímu režimu, na který jsou zvyklí a vyžadují jej. Navíc ráno jsou více aktivní. Někdy si i sami řeknou, že už jsou unavení.

10. Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?

R2: Metody žádné nemáme. Vše vidíte na těch lidech, někteří se usmívají, někdo si sám řekne, že už ho to nebaví, klienti sami dají najevo, jak se jim to líbí, s dotazníky nechodíme.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uved'te prosím, pozitiva i negativa.

R2: Mají lepší náladu - ve zdravém těle zdravý duch. Dochází k oživení stereotypu, navazování kontaktů a socializace s dalšími klienty. Poskytuje jim to určitým způsobem svobodu. Jednoduše lze také zjistit, jestli je to baví - podle toho, jak se účastní. Dále jde vidět radost klientů z toho, že jsou stále schopni dělat nějaké činnosti - např. každý pátek pečeme koláče a klienti se na tom různým způsobem podílejí.

12. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R2: Ano, slyšíte to, jak žili, jaké byly jejich rodiny, osobní zkušenosti se svými manžely a manželkami, povídání o dětech atd. Kolikrát se hodně nasmějeme. Dále můžu sledovat, jak se klienti navzájem doplňují - znají se ze škol, ze zábav, každý si vzpomene na něco. Zjišťujete, jak jsou ti lidé propojeni. Sama z toho mám dobrý pocit. Dále se mi líbí, že i když je nyní modernější doba, některé věci se nezměnily.

13. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R2: Ne

14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?

R2: Ano, především během oslav narozenin, svátků. Ptáme se klientů, co by si přáli a snažíme se jejich přání s rodinou splnit (např. setkání s vnoučaty). Dále je velký zájem o zahradní slavnosti. Rodinám klientů jsou přímo zasílány pozvánky k účasti na naše akce. Přejeme si, aby se rodina účastnila našich akcí - např. v době adventu. Vysloveně chceme, aby se zapojili.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R2: Hodnocení jsou kladná. Rodiny samy chtějí, abychom tyto činnosti s klienty dělali. Oceňují to, jak se stále snažíme udržet vzpomínky klientů reálné. Obohacuje to nejen klienty, ale i jejich rodiny – mají možnost zapojit se do reminiscenční terapie. Velmi oceňují to, že tato metoda dokáže navázat pohodu, kterou měli klienti doma, a my se snažíme jim to poskytnout za každou cenu.

7.1.3 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 3

Respondent č. 3

R3: Respondent č. 3 je žena, 25 let. V oboru zdravotnictví pracuje 3 roky. Po absolvování bakalářského studia si zvolila práci v zařízení pro seniory, kde pracuje do nynějška. Sama hodnotí reminiscenční terapii jako velmi dobrou metodu pro navázání kontaktu a již dříve se s touto metodou seznámila pomocí samostudia.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R3: Má to vyvolat u lidí vzpomínky, vybavují se jim také staré předměty - fotoaparát, hodiny apod.

2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

R3: Lidé se cítí lépe, v lepším prostředí. Ale zároveň si uvědomují, že opravdu doma nejsou, že toto prostředí je vytvořeno uměle. Se zápory jsem se u této metody nesetkala, všichni se v tom cítí dobře.

3. Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?

R3: Na nějakém školení nebo kurzu jsem nebyla, informace získáváme navzájem od kolegů.

4. Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?

R3: Pracujeme podle toho, co nabízí dané období roku.

5. Uveďte prosím, příklady aktivit během sezení.

R3: Oslavují se narozeniny, Štědrý den, krájíme dýně, třídíme a zpracováváme bylinky. Využíváme staré projektory a pouštíme staré filmy. Klienti zpívají s kapelou, která za nimi přichází. Navzájem si ale příliš nepovídají.

6. Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?

R3: Podle přání - když chtějí tak jdou, když nechtějí, nenutíme je. Většinou však mají zájem.

7. Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?

R3: Ne, účastní se dle momentálního zdravotního stavu, a jak se zrovna cítí.

8. Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?

R3: Je to individuální, běžně kolem deseti. Pokud děláme např. individuální plánování, vezmu si klienta a mluvím s ním individuálně.

9. Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?

R3: Když to děláme dopoledne, tak asi 1,5 hodinu. Odpoledne jak kdy, většinou to je oslava narozenin.

10. Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?

R3: Asi jen podle toho, jak po terapii vypadají, zda je to potěšilo nebo spíše rozhodilo.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uved'te prosím, pozitivní i negativní.

R3: Cítí se v bezpečí, tvoří jim to domácí prostředí, které dříve měli.

12. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R3: Mně to přijde příjemné, ale že bych tím žila, to ne. Je fajn vidět, jaké to dříve bylo.

13. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R3: Ne, nevádí mi používat tuto metodu, ale ani tím nežiju.

14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?

R3: Když jsou slavnosti nebo veřejné akce, tak ano. Jak kdy a jak u koho.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R3: Reagují pozitivně, moc se jim to líbí.

7.1.4 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 4

Respondent č. 4

R4: Respondent č. 4 je muž, věk 29 let, všeobecný ošetřovatel. Studium ošetřovatelství ukončil v roce 2009, po absolvování pracoval na interním oddělení. Následně dostal nabídku v místě bydliště a rozhodl se změnit pracoviště. Již čtvrtým rokem pracuje v zařízení pro seniory. O reminiscenční terapii se dozvěděl od kolegyní ze zařízení. Další informace získal samostudiem.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R4: Je to vzpomínková terapie, při které vzpomínají, co dělali dříve.

2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

R4: Kladem by mohlo být to, že si vzpomínají na své mládí, provádí se aktivizace.

3. Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?

R4: Ani ne, vše jsem se dozvěděl až tady od kolegů.

4. Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?

R4: Modlíme se s nimi, čteme z bible, děláme aktivity, na které byli zvyklí. Ctíme tradice a vzpomínáme, jak to probíhalo u nich.

5. Uved'te prosím, příklady aktivit během sezení.

R4: Např. děláme kapra tak, jak ho dělali doma.

6. Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?

R4: Záleží na tom, jestli chtějí. Když nechtějí, snažíme se je aktivizovat.

7. Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?

R4: Pravidelně ne, jen když jsou ty svátky. Pravidelně se jen účastníme modliteb.

8. Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?

R4: Podle času a možností personálu, většinou se účastní všichni.

9. Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?

R4: Jak kdy. Je to individuální.

10. Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?

R4: Žádné testy na to nemáme.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uved'te prosím, pozitiva i negativa.

R4: Každý si rád zavzpomíná na pěkné chvíle.

12. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R4: I já se dozvím, jak se žilo.

13. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R4: Ne, neobtěžuje mě to.

14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?

R4: Ano, pokud přijdou na konkrétní akce. Většinou aktivity děláme dopoledne, proto se neúčastní.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R4: Jsou spokojeni s tím, jak klienty aktivizujeme.

7.1.5 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 5

Respondent č. 5

Respondent č. 5 je žena, 58 let. V oboru pracuje jako všeobecná sestra již 39 let. Obor ošetrovatelství vystudovala na střední zdravotnické škole. Dříve pracovala jako chirurgická sestra, následně změnila obor a pracovala jako všeobecná sestra v terénu pod záštitou charity. Nyní již osmým rokem pracuje v zařízení pro seniory, v přímé péči. S reminiscenční terapií byla seznámena až po nástupu do zařízení.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R5: Pracuje se se vzpomínkami, aby se lidi mohli vrátit do dětství.

2. *Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?*

R5: Klady nevím, zápory vidím v okamžiku, kdy se někdy na lidi začne tlačit a to je rozhodí, začnou plakat, neví, či jsou, kde jsou.

3. *Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?*

R5: Mně ne, již jsem v důchodu a chodím jen vypomáhat. U ostatních nevím.

4. *Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?*

R5: Jeden čas byla taková akce s fotkami - snažilo se zavzpomínat, ale mnohým to už nic neříká. Těch, se kterými se dá aktivně spolupracovat, je málo.

5. *Uveďte prosím, příklady aktivit během sezení.*

R5: Větší úspěch má užívání praktických činností (vyšívání, práce v kuchyňce - co bylo, kde bylo, co se dělalo, ...), vzpomínání jak se drhlo peří apod. Toho se klienti spíše chytanou. Mnoho lidí mělo na dědině majetky a vzpomínají na činnosti, které na svém dělali.

6. *Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?*

R5: Ne, nemáme, účastní se většinou všichni.

7. *Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?*

R5: Vždy, když mám službu, snažím se klienty zapojit alespoň do hovoru. Jinak je to individuální. Někdo se chytne, někdo ne.

8. *Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?*

R5: Většinou jsou to všichni klienti.

9. *Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?*

R5: Trvá tu zhruba tak hodinu.

10. *Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?*

R5: Hodnocení řešíme jen pocitově, na klientech vidíme, co je bavilo a co ne.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uved'te prosím, pozitivní i negativní.

R5: Když se zapojí a jsou ochotni povídat, tak to efekt určitě má. Někdy se třeba chytanou a poslouchají, o čem se povídá, i když se sami nezapojí, působí to na ně zklidňujícím dojmem, na chvíli se zastaví.

12. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R5: Když se zadaří a klienti se chytanou, tak je to pro mě příjemné a obohacující.

13. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R5: Pokud mě klienti nevnímají, je to zbytečná práce.

14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?

R5: Jak kdy. Rodina přijde někdy na návštěvu, někdy si klienta berou na čas domů. To jsou pak klienti spíše rozhození. Každá změna je vyvede z míry. Někdy už nepoznají ani svou rodinu.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R5: Nemůžu posoudit, já osobně jsem reakci rodiny nezažila.

7.1.6 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 6

Respondent č. 6

Respondent č. 6 je žena, věk 35 let, předchozí profesí všeobecná sestra. Dříve pracovala jako všeobecná sestra v domácí péči. Pro časovou náročnost práce se rozhodla trochu změnit pole působnosti a dostudovat kurz ergoterapie. Nyní si dostudovává vysokou školu. V zařízení pro seniory pracuje na pozici ergoterapeutky.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R6: Je to terapie založená na vzpomínkách klientů.

2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

R6: Klady – nutí to klienty přemýšlet, vybavit si určité události, aktivizovat. Zápory – možnost negativních vzpomínek, člověk z toho může být „rozhozený“.

3. *Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?*

R6: Při studiu jsem se k reminiscenci nedostala. Využila jsem samostudium literatury, návštěvu jiného zařízení, kde jsem se s touto metodou setkala, dále pak v rámci kurzu aktivizačních cvičení.

4. *Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji.*

R6: Reminiscenční kuffík, diskuze v rámci skupinového sezení

5. *Uved'te, prosím, příklady aktivit během sezení?*

R6: Pokoušeli jsme se o pantomimu a zařazování různých událostí do období, což se neujalo, protože to bylo asi nad možnosti klientů. Klienti nemají příliš pojem o čase. Spíš se hodně vrací do dětství. Dále pak snaha o poznávání předmětů - dáme „do placu“ nějaký předmět a klienti se jej pokouší poznat, zařazujeme zkoušku slov – co to znamená, co jim to navozuje. Ukazujeme jim staré fotografie - např. naposledy fotky Zlína nebo zpěváků z dřívějších dob.

6. *Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?*

R6: Nemáme kritéria, snažíme se prostřídat klienty. Záleží na zdravotním stavu klientů, jak se cítí, jak se jim chce pracovat.

7. *Účastní se klienti reminiscenční terapie sezení pravidelně?*

R6: Pravidelnost není – vždy se to odvíjí od celkového stavu.

8. *Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?*

R6: Záleží to od šikovnosti klientů. Buď pracujeme s jednotlivci, např. s kuffíkem, nebo někdy je to skupinka 6 - 7. Naposledy jsme si s ženami z „ženského klubu“ vykládali o Baťovi, u kterého třeba ženy pracovaly, byly moc šikovné.

9. *Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?*

R6: S nejšikovnějšími běžně hodinu. S těmi, kteří nejsou tolik schopni, je to zhruba 10 – 15 minut. Vždy dle stavu nálady klienta, neexistují na to žádné normy, tabulky.

10. *Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?*

R6: Ne, za úspěch sezení je považováno to, že klient promluví na dané téma, vzpomene si na probírané téma. Někdy jsou šikovni a povídají sami, jindy musím dávat jednoduché návodné otázky, abychom zvládli téma.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uved'te prosím, pozitiva i negativa

R6: Někteří se rádi chlubí, že můžou říct, co prožili. Popovídají si, sdílí to. Např. „Vy jste tam pracovala? Já taky...“. Klienti cítí pocit sounáležitosti. Někteří klienti spolu naopak vůbec nekomunikují, pak převládá individuální přístup. Někdy je vidět, že to klienti ví, ale je pro něj těžké se vyjádřit. Pak používáme např. věty „Tak nějak jste to myslel?“, tím jim napomáháme, chválíme je, povzbuzujeme je. To je důležité.

12. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R6: Ne

13. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R6: Ano, získáme více informací ze života klientů, více zajímavostí. Dochází k navození lepších vztahů, sdílíme zkušenosti. Máme možnost zjistit, jak dříve žili.

14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?

R6: Ne, terapie probíhá v dopoledních hodinách, kdy není klient tak unaven, je pro to více času a prostoru. Zapojují se pouze poskytnutím materiálů k reminiscenční terapii do kuffíku (fotografie, oblíbené věci, oblečení). Děláme koláže, pečeme, co měli rádi, vzpomínáme, kde byli.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R6: Máme kladné ohlasy – rodiny mají dobrý pocit z toho, že se zaměstnanci neustále snaží udržet klienty na určité úrovni, že se o ně zajímáme.

7.1.7 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 7

Respondent č. 7

Respondent č. 7 je žena, 38 let. Studium absolvovala na střední zdravotnické škole. Po absolvování získala práci v sanatoriu pro dlouhodobě nemocné. Následně se rozhodla pro

změnu. Do nynější doby pracuje v zařízení pro seniory. O reminiscenční terapii získala informace pouze samostudiem. Využívat tuto metodu začala až po nástupu do nového zařízení.

1. Co je podle vás reminiscenční terapie?

R7: Je terapie, u které zapojujeme prvky, které si lidé donesou z domu, mají věci z celého života - fotografie, předměty, pracuje se s životopisem.

2. Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?

R7: Klady to má určitě - snažíme se u pacientů s demencí zachovat zážitky a vzpomínky co nejdéle. Připomínat si to, opakovat si to. Zápory mě nenapadají, jen pokud by to vyvolalo nějakou bolestivou vzpomínku (např. úmrtí).

3. Bylo vám poskytnuto nějaké vzdělání z oblasti reminiscenční terapie? Pokud ano, kde?

R7: Dostali jsme průvodce. Je to tam zhruba popsané. Vzdělání konkrétně k tomuto tématu nemám, informace si vyhledávám sama.

4. Jaké přístupy se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji?

R7: Všichni klienti mají své reminiscenční kufříky pro individuální terapii.

5. Uveďte prosím, příklady aktivit během sezení.

R7: Nejčastější je práce se životopisem a alby s fotografiemi, mluví o nich. Občas se pracuje s pohledy.

6. Máte nějaká kritéria pro výběr klientů reminiscenční terapie?

R7: U nás kritérium není dané, průběžně se účastní všichni.

7. Účastní se klienti reminiscenčních sezení pravidelně?

R7: Úplně pravidelně ne, není zvolen konkrétní den.

8. Jak početnou skupinu klientů zapojujete do sezení?

R7: Viděla jsem mnohokrát individuální terapii, při práci ve skupinkách je to kolem pěti lidí.

9. Jaká je běžná délka jednotlivých sezení?

R7: To bývá také různé - od hodiny až po půl dne v případě, že jsou připraveny nějaké akce. Vždy však dopoledne.

10. Máte metody pro vyhodnocení reminiscenčního sezení?

R7: To mají asi spíše ergoterapeutky, které si píší zápisy o tom, co se provádí, já osobně ne.

11. Jakým způsobem ovlivňuje reminiscenční terapie vaše klienty? Uveďte prosím, pozitiva i negativa.

R7: Na někom je vidět, že rád povídá o svém životě - kde byl, kde cestoval - a to dokonce i před ostatními. Vliv to má na lidi, kteří bývají např. úzkostní a plačtiví - pomocí aktivit se zklidní. Pomocí stálého opakování se někdy paměť zachová na delší dobu, člověk si zapamatuje na nějakou dobu jména, data.

12. Obohacuje reminiscence nějakým způsobem také Vás? Pokud ano, jakým?

R7: Určitě. Od lidí se člověk často dozví spoustu věcí, které v tom životopisu ani nejsou. Např. když je člověk úzkostný nebo má deprese, je možno se o problému při aktivitách dozvědět a další terapii tomu přizpůsobit.

13. Zažíváte chvíle, kdy by Vás aplikace reminiscenční terapie obtěžovala, přidávala Vám práci?

R7: Ne

14. Zapojujete do reminiscenční terapie i rodinné příslušníky?

R7: Rodiny jsou ještě před nástupem klienta požádány, aby vyplnily životopis, přinesly předměty, fotografie, knihy z jejich života. Prostě vše, co měli rádi. Na tom se podílí určitě.

15. Prosím, popište, jak rodinní příslušníci reagují na reminiscenční terapii.

R7: Osobně jsem se s reakcí rodiny nesetkala.

8 DISKUZE

Poslední část práce se zabývá analýzou získaných řízených rozhovorů. Všechny odpovědi respondentů byly pečlivě prozkoumány a navzájem porovnány. Důraz byl kladen na hledání klíčových slov, která se v odpovědích u jednotlivých respondentů opakovala, byly hledány shody či podobnosti. V případě odlišných názorů je poukázáno na možné důvody, ty jsou však formulovány subjektivně, z pohledu autorky práce - z pohledu budoucí sestry.

Analýza byla prováděna v souladu se třemi stanovenými cíli mého zkoumání, které jsou uvedeny v kapitole 6.1. Hlavní cíl, tedy posouzení vlivu reminiscenční terapie na klienty, sestry a potažmo také na rodinné příslušníky, je z důvodu logického řazení otázek při řízených rozhovorech uveden až v závěru analýzy.

Analýza 1. okruhu zkoumání:

Ověření znalostí všeobecných sester a ergoterapeutů z oblasti reminiscenční terapie (otázky č. 1 - 3)

Klíčové slovo, které se všem respondentům jako první vybavovalo v souvislosti s reminiscencí, bylo slovo „vzpomínky“, což plně koresponduje s hlavní myšlenkou teorie reminiscenční terapie, která je popsána v teoretické části práce. Všichni respondenti se shodují v tom, že reminiscenční terapie si klade za cíl vyvolat u klientů vzpomínky na mládí, na způsob života, který dříve vedli, na předměty, známé osobnosti či zážitky z doby aktivního života.

Většina respondentů uvádí, že se při realizace reminiscenční terapie setkala u klientů jak s klady (které převažují), tak se zápory. Mezi jednoznačné klady patří přirozenost metody, lidé si znovu vybavují, jak to dříve vypadalo v jejich okolí, vzpomínky se jim částečně vrací, lidé jsou sdílnější, veselejší. Mezi nejčastěji zmiňovanými záporami se objevuje nebezpečí vyvolání nepříjemných vzpomínek - např. ztráta blízkých, uvědomění si dříve aktivního života, psychická nepohoda při pocitu nátlaku, občas i plačtivost a dezorientace klientů.

Žádný z oslovených respondentů neprošel specializovaným školením na téma reminiscenční terapie ani při studiu ani později, při výkonu svého povolání. Své znalosti a dovednosti získávají prostřednictvím samostudia, předáváním zkušeností mezi kolegy, návštěvou zařízení, kde je terapie uplatňována. Pracovníci Alzheimercentra Zlín z.ú. mají k dispozici písemného „průvodce centrem“, ve kterém je terapie zhruba popsána.

Analýza 2. okruhu zkoumání:***Nejčastější přístupy, metody a aktivity uplatňované při reminiscenční terapii (otázky č. 4 - 10)***

Vzhledem k výše popsané úrovni získaného vzdělání a dle odpovědí na některé otázky z teorie lze soudit, že volba otázky „Jaké přístupy reminiscenční terapie se ve vašem zařízení uplatňují nejčastěji“ se ukázala spíše jako matoucí. Respondentům splývaly pojmy přístupy, metody a aktivity a většina dotázaných se dokázala vyjádřit zejména ke konkrétním aktivitám, které s klienty uplatňují. Oslovení respondenti se zcela intuitivně při získávání informací zajímají spíše o praktické způsoby a konkrétní aktivity při realizaci terapie. Z tohoto důvodu při rozboru odpovědí ani není kladen důraz na přesnou terminologii.

Dle většiny respondentů mezi nejčastěji užívané metody a aktivity reminiscenční terapie patří:

- připomínání tradic dle období kalendářního roku (Velikonoce, Vánoce, významné dny a svátky, MDŽ, oslavy narozenin)
- reminiscenční kufřík s oblíbenými předměty pro individuální terapii
- práce s fotografiemi
- poznávání předmětů
- povídání o známých osobnostech nebo se známými osobnostmi kraje (např. Baťa)
- praktické činnosti (vyšívání, pečení koláčů, zpracovávání bylinek - spojeno s aromaterapií apod.)
- návštěvy různých osob v zařízeních (hudební skupiny, rodáci z okolí apod.)

Co se týká výběru klientů, zařazených do reminiscenční terapie, se všichni respondenti shodli na tom, že žádná kritéria nevyužívají. Jediným omezením zpravidla bývá zdravotní stav klienta, jak se momentálně cítí, zda se mu chce nebo nechce pracovat. Účast na aktivitách je dobrovolná, ale zároveň mezi klienty velmi oblíbená a často se jí zcela dobrovolně účastní všichni.

Dále bylo zjišťováno, jak pravidelná jsou reminiscenční sezení. K odpovědi na tuto otázku přistupovali respondenti z několika úhlů pohledu. Všichni však vesměs uvádí, že zcela pravidelná nejsou. Jedna skupina uvádí, že důvodem této nepravidelnosti je momentální zdravotní stav klientů. Někdy je jejich stav překážkou účasti na sezení. Další respondenti

za důvod nepravidelnosti považují realizaci akcí během kalendářního roku, jako jsou Vánoce, Velikonoce, narozeniny apod. Pravidelnost je však v opakování těchto sezení.

Odpovědi na otázku průměrného počtu klientů na skupinovém sezení nebyly zcela jednoznačné, ale uváděné počty se lišily spíše s ohledem na typ aktivit, které se na sezení provádí. Průměrný počet klientů na skupinových sezeních je 5 - 10. Některých aktivit se dokonce účastní všichni klienti, kterým to zdravotní stav dovolí. Jedná se zejména o společné akce typu zahradních slavností, hudebních představení apod.

V čem se však všichni respondenti shodují, je délka jednotlivých sezení - v průměru je to 1 hodina, někdy se aktivity protáhnou na 1 - 2 hodiny. Naprostá shoda je patrná v tom, že všechny zásadní aktivity v rámci reminiscenční terapie probíhají dopoledne, kdy jsou klienti „čerství“, méně unavení a tím také aktivnější. Důležité je totiž dodržování pravidelného denního režimu klientů, na který jsou zvyklí a vyžadují jej.

Při zkoumání metod vyhodnocování úspěšnosti reminiscenční terapie se všichni respondenti naprosto shodovali - žádnou konkrétní metodu pro hodnocení reminiscenčního sezení nepoužívají. Důležitý je osobní dojem a vlastní posouzení, jak a co klientovi vyhovovalo, jak se po terapii cítí, jak se tváří, jak při ní reagoval. Na základě tohoto intuitivního posouzení jsou pak voleny další aktivity a metody. Někteří klienti si dokonce i sami řeknou, že už jsou unavení nebo že je aktivity nebaví a dále v nich již nechtějí pokračovat.

Analýza 3. okruhu zkoumání:

Vliv reminiscenční terapie na klienty a na sestry včetně míry spolupráce s rodinnými příslušníky (otázky č. 11 - 15)

Hlavní cíl zkoumání byl zcela naplněn. Všichni respondenti se jednoznačně shodují na pozitivních dopadech terapie nejen na klienty, ale vnímají velký přínos i pro svou vlastní práci. Podobně kladně hodnotí vliv terapie na své blízké i rodinní příslušníci klientů, což většina respondentů zprostředkovaně potvrdila.

V oblasti přínosu terapie na klienty je patrné propojení s odpověďmi na otázku č. 2 - „Jaké má podle vás reminiscenční terapie klady a zápory?“ U kladů respondenti uváděli, že jsou klienti spokojenější, sdílnější, veselejší, částečně si vybavují vzpomínky na svůj dřívější život. I zde respondenti uvádějí, že mají klienti lepší náladu, cítí se v bezpečí a jakoby svobodněji, někteří navazují kontakty s ostatními. Při povídání se např. všichni nezapojí, ale alespoň poslouchají a to je nějak vnitřně zklidní. Klienti cítí sounáležitost.

Co se sester a ergoterapeutů týká, i jim, dle jejich slov, tato metoda přináší uspokojení. Realizace terapie je pro ně přínosem např. v tom, že si utřídí myšlenky, uvědomí si souvislosti, životní hodnoty. Zjišťují, že i když je nyní moderní doba, některé věci se nezměnily. Terapie také poskytuje o klientech více informací, než lze získat např. ze životopisu, který sestaví rodina. To umožňuje navodit lepší vztahy s klienty. Všichni respondenti se také shodli na tom, že pro ně realizace terapie s klienty není na obtíž, není překážkou v jejich běžných pracovních činnostech.

Rodinní příslušníci se účastní spíše společných aktivit - v jednom ze zařízení účast rodiny na podobných akcích vysloveně vyžadují (oslavy svátků, různých slavností apod.). Typických reminiscenčních sezení se spíše neúčastní, protože se konají v dopoledních hodinách. Za spoluúčast rodiny je však považováno i samotné poskytnutí rodinných fotografií či předmětů do reminiscenčních kufříků.

Většina respondentů uvádí, že pokud se s nějakou reakcí rodiny setkala, tak byla pozitivní. Dvě respondentky se s reakcemi rodiny doposud neseťkaly. Rodiny oceňují, že se v zařízeních zaměstnanci snaží udržet lidem vzpomínky co nejdéle, klienti jsou stále aktivizováni a motivováni. Terapie dokáže navodit pohodu, kterou měli klienti doma.

8.1 Doporučení pro praxi

Z informací poskytnutých respondenty a z následné analýzy rozhovorů je patrná potřeba zdokonalení v jediné důležité oblasti, kterou je absence vzdělání ohledně reminiscenční terapie. Všichni respondenti čerpají ze zkušeností kolegů, ze samostudia či návštěvy jiných zařízení, kde je terapie využívána. Nikdo z respondentů však neprošel ani při studiu ani následně při zaměstnání žádným specializovaným kurzem, který by ucelil všechny informace do jednoho celku a propojil praktické dovednosti s teoretickými znalostmi.

Absolvování kurzu by mohlo vést k získání povědomí o jednotlivých přístupech k reminiscenční terapii. Znalost přístupů by pak následně mohla pomoci s efektivním a vhodným výběrem aktivit, které budou při konkrétních sezeních aplikovány.

Dle informací z rozhovorů je reminiscenční terapie z větší části realizována formou skupinových sezení, kterých se účastní často všichni klienti. Ucelené informace o možnostech aplikace reminiscenční terapie by také mohly zvýšit kreativitu při volbě aktivit a metod práce při individuálních sezeních s klienty. Při formulaci tohoto doporučení je brána v potaz časová náročnost individuálních aktivit i osobní možnosti a přání klientů.

V současné době je v České republice nabízeno dostatečné množství kurzů specializovaných na tematiku reminiscence. Všechny nalezené kurzy jsou akreditovány MPSV nebo MV. Většinou jde o šesti až osmihodinové, čili jednodenní semináře. Průměrná cena základního kurzu je cca 1 100 Kč. Obsah základního modulu je v různých školicích organizacích velmi podobný. Účastníci semináře se seznámí s těmito tématy:

- stárnutí a stáří, změny ve stáří
- různé aspekty stárnutí (biologické, psychické a sociální aspekty)
- potřeby a motivace starého člověka, strategie adaptace na stáří
- paměť a vzpomínky, proces zapomínání, poruchy paměti, druhy demencí
- teorie reminiscence - reminiscence jako terapie a jako aktivizační technika
- rozdělení reminiscence na narativní, reflektující, expresivní a informační přístupy reminiscence
- funkce a výhody reminiscence, specifika přístupu k této metodě
- účastníci reminiscence, druhy reminiscence a limitující faktory
- reminiscenční metody (podle cíle, dle použitých prostředků komunikace, a podle dosaženého výsledku)

- předměty využívané při reminiscenci
- kreativní metody reminiscence (reminiscenční divadlo, knihy života, reminiscenční krabice)
- předpoklady pro výkon funkce reminiscenčního asistenta
- tipy na zavádění reminiscence do péče o uživatele a tipy, jak provádět reminiscenční aktivity skupinové či individuální (TSM vzdělávací agentura, 2016)

Semináře nabízejí např. tyto organizace či konkrétní lektoři:

- TSM, spol. s r. o. (Vyškov)
- Rozvojka, z.s. (Přerov)
- EDUPOL, v. o. s. (Olomouc)
- CARITAS – VOŠ sociální (Olomouc)
- Vzdělávací agentura REMISVIT, z.ú.
- Diakonická akademie s. r. o.
- Mgr. Jitka Suchá aj.

Dostatek akreditovaných seminářů je nabízen v dostupných lokalitách (např. Přerov nebo Olomouc).

ZÁVĚR

Účelem této práce bylo seznámit čtenáře s problematikou stárnutí a stáří, které je nedílnou součástí života a popsat změny, které u seniorů probíhají a ovlivňují nejen je samotné, ale také jejich blízké okolí. Stáří je etapa života, ke které směřujeme všichni a i my budeme za delší či kratší čas v pozici seniorů. Popis jednotlivých etap stáří a stárnutí i chorob, které jej často doprovázejí, by mohl být námětem k přemýšlení nad lidmi, kteří nás obklopují. Všichni jsme něčími dcerami a syny. Máme ve svém nejbližším okolí rodiče, prarodiče či ještě starší rodinné příslušníky a mnozí se s komplikacemi v období stárnutí a stáří jistě potýkají a my zprostředkovaně také.

Jak můžeme pomoci my, kteří se se seniory setkáváme denně, ať už ve svých rodinách nebo v zaměstnání? Jak my můžeme přispět k udržení jisté úrovně kvality života? Jak pracovat se seniory, aby byl jejich život co nejdéle aktivní, smysluplný a radostný? To byly otázky, které se vinuly celou prací. Myslím, že odpovědi na ně jsem si v průběhu psaní práce, i díky osobnímu zájmu o toto téma, sama pro sebe našla. Klíčem by mohlo být hlavní téma - využití reminiscenční terapie při práci se seniory. Velká část klientů této terapie je postižena demencí, práce tedy poskytuje také dostatek informací např. o Alzheimerově chorobě, která je nejčastějším typem demence. Jak však vyplývá z výsledků rozhovorů s respondenty, kteří ve svých zařízeních reminiscenční terapii využívají, ani pro lidi s demencí život nekončí. Vhodně zvolenými metodami a aktivitami je možno i u takto nemocných lidí vyvolat vzpomínky a aktivizovat je natolik, že zažívají opět (i když dočasně) příjemné chvíle.

Příjemné chvíle a pocit naplnění zažívají také lidé, kteří se reminiscenční terapii věnují z pohledu sester, tedy profesionálů. Kladné dopady terapie na klienty a drobné pokroky, které jsou viditelné, jim přináší uspokojení ze své vlastní práce, což ve spojení s pozitivními ohlasy rodin klientů není zanedbatelné. Různé generace se tak navzájem obohacují a doplňují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5
- HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KARSTEN, Michaela a Gunther KARSTEN, 2014. *Úspěšná paměť: trénujte svůj mozek se světovými šampiony*. 1. vyd. Brno: BizBooks, 184 s. ISBN 978-80-265-0294-4.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCI – 10. revize, 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 2. vydání. Psychiatrické centrum Praha, 306 s. ISBN 80-85121-44-1
- MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 96 stran. ISBN 978-80-7345-437-1.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, 2011. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

Internetové zdroje

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 1998. Older Adults' Health and Age-Related Changes. [online]. [cit. 2016-04-23]. dostupné z: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/older.aspx>

CROUCH, Alisa M, 2009. *Treating Dementia*. Australian Prescriber. Volume: 32, Issue: 1, p. 9-12. ISSN:0312-8008. [online]. [cit. 2016-04-23] Dostupné z: EBSCOhost

DLUGOŠOVÁ, Anna a Ľubomíra TKÁČOVÁ, 2010. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí*. [online]. [cit. 2016-04-23] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komplexni-osevratelska-pece-o-pacienta-s-demenci-456639>

FLATT, Thomas, 2012. *A New Definition of Aging?*. Frontiers in Genetics. Volume: 3. p 148. ISSN:1664-8021. [online]. [cit. 2016-04-23] Dostupné z: EBSCOhost

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. První vydání. Praha, 155 s. [online]. [cit. 2016-04-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html

SMALL, Gary, 2014. *Treating dementia and agitation*. Jama-journal of the American Medical Association. Volume 311, Issue 7, pages 677-678. ISSN:0098-7484. [online]. [cit. 2016-04-23] Dostupné z: American Medical Association Current

TSM VZDĚLÁVACÍ AGENTURA, 2016. Reminiscence a její přínos pro seniory. [online]. [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: <http://www.tsmvyskov.cz/kurz-10856-reminiscence-a-jeji-prinos-pro-seniory>

ZIMMERMANN, Kim Ann, 2014. *Memory Definition & Types of memory*. [online]. [cit. 2016-04-23]. dostupné z: <http://www.livescience.com/43713-memory.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procento
ADL	test všedních činností
aj.	a jiné
apod.	a podobně
cit.	citováno
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
ČR	Česká republika
EEG	elektroencefalografie
et. al.	a kolektiv
IADL	test instrumentálních všedních činností
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize
MMSE	Mini-mental State Examination
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	magnetická rezonance
MV	Ministerstvo vnitra
např.	například
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
OSN	Organizace spojených národů
PA	Pracovní anamnéza
PET	pozitronová emisní tomografie
R	respondent
RA	rodinná anamnéza

s.	strana
SA	sociální anamnéza
SPECT	tomografická scintigrafie
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
tzv.	takzvaný
v.o.s.	veřejný obchodní spolek
vyd.	vydání
WAB	Western Aphasia Battery
WHO	World Health Organization
z.s.	zapsaný spolek
z.ú.	zapsaný ústav

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – reminiscenční pokoj 1	76
Obrázek 2 - reminiscenční pokoj 2	76
Obrázek 3 - reminiscenční pokoj 3	77
Obrázek 4 - reminiscenční pokoj 4	77

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – informace o respondentech	45
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – žádost o umožnění rozhovorů na pracovišti 1	78
Příloha 2 - žádost o umožnění rozhovorů na pracovišti 2.....	79



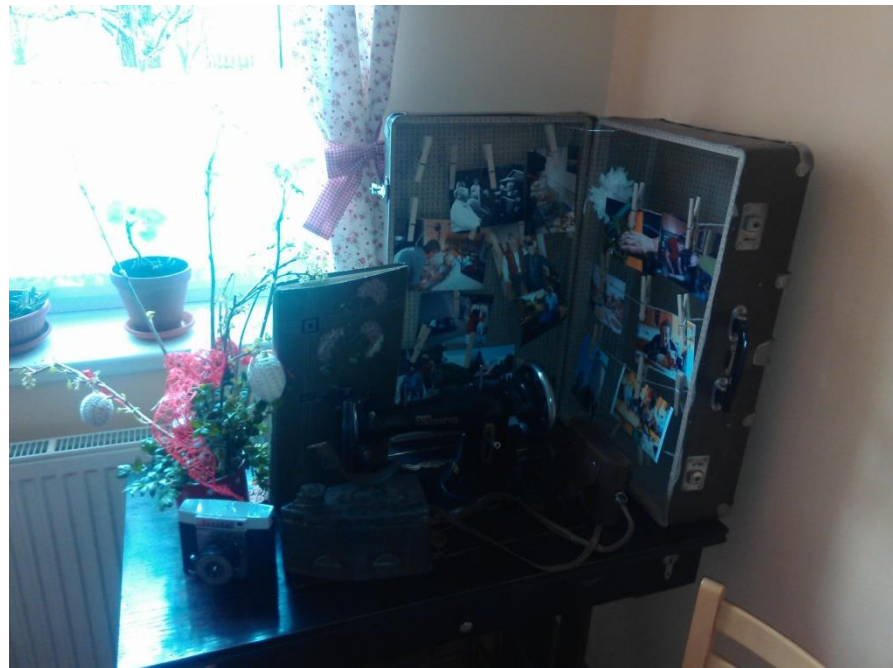
Obrázek 1 – reminiscenční pokoj 1



Obrázek 2 - reminiscenční pokoj 2



Obrázek 3 - reminiscenční pokoj 3



Obrázek 4 - reminiscenční pokoj 4

Zdroj: Vlastní

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ NA PRACOVIŠTI

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovorů na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Kristýna Strečková	
Téma bakalářské práce	Využití reminiscenční terapie při práci se seniory z pohledu sestry	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová	
 <i>Yve!</i> Podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	<i>sm</i>

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...*2.3-02-2016*.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

.....
Z. Dorková
.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

CHARITA SVATÉ RODINY NOVÝ HROZENKOV
IČO: 48773514
Dům pokojného stáří
Nový Hrozenkov 124, 756 04
IČZ 94252000
.....
Tel.: 571 419 676, 571 451 548
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ NA PRACOVÍŠTI

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovorů na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Kristýna Strečková	
Téma bakalářské práce	Využití reminiscenční terapie při práci se seniory z pohledu sestry	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová	
 Podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Alzheimercentrum Zlín <i>z.ú.</i>	Souhlasím Nesouhlasím	<i>[Signature]</i>

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *23-02-2016*

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Alzheimercentrum Zlín z.ú.
Růmy 1393
760 01 Zlín
IČO: 034 61 894

.....
razítko a podpis zástupce zařízení