

Univerzita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta

Využití reminiscence u seniorů s demencí

Bakalářská práce

Denisa Průšová

Katedra: Jabok

Vedoucí práce: Mgr. Hana Čížková

Studijní program: Sociální práce B7580

Studijního obor: Pastorační a sociální práce

2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Využití reminiscence u seniorů s demencí napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.
Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze 1.4. 2018

.....

Denisa Průšová

Anotace

Podstatou této bakalářské práce je zkoumání aplikace reminiscence u seniorů trpících demencí. První část práce je zaměřena na vymezení definice stáří. Poté se toto pojednání věnuje samotnému syndromu demence, chápání tohoto pojmu, příznaky syndromu a jeho identifikací. Součástí této kapitoly je také rozbor jednotlivých druhů a fází demence, kde je nejvíce pozornosti věnováno Alzheimerově chorobě. Jedna z kapitol se věnuje změnám, které úzce souvisejí s probíhajícím syndromem demence.

V následujících částech se práce zaměřuje na reminiscenční terapii a její definici. Jelikož má terapie více možných forem a přístupy k aplikaci se liší, jsou i tyto body podrobněji rozepsány. Použitím všech dosud nabytých informací a uskutečněním ilustrativních polostrukturovaných rozhovorů s reminiscenčními terapeuty ve třech typech zařízení, bylo možné posoudit a následně zhodnotit využití reminiscenční terapie a to právě u seniorů s demencí.

Klíčová slova: stáří, demence, reminiscence, terapie, využití

Annotation

The essence of this bachelor thesis is the study of the application of reminiscence in seniors suffering from dementia. The first part of the thesis is focused on determining the definition of old age. Then, this paper deals with dementia syndrome itself, understanding of the concept, symptoms of the syndrome and its identification. Part of this chapter serves also as an analysis of the individual types and stages of dementia, where the most attention is paid to Alzheimer's disease. One of the chapters deals with changes that are closely related to ongoing dementia syndrome.

In the subsequent sections the thesis focuses on reminiscence therapy and its definition. Because the therapy has multiple forms and approaches to the application are different, these points are described in greater detail. Using all the information obtained so far and conducting illustrative semi-structured interviews with reminiscence therapists in three types of facilities, it was possible to assess and subsequently evaluate the use of reminiscence therapy, namely in seniors with dementia.

Key words: old age, dementia, reminiscence, therapy, use

Poděkování

Ráda bych tímto vyjádřila velký dík vedoucí práce paní magistře Haně Čížkové za její ochotu, odborné vedení, cenné rady, trpělivost a lidský přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem pracovníkům zařízení, ve kterých je praktikovaná reminiscence, za jejich ochotu k rozhovorům.

Děkuji.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. STÁŘÍ.....	8
2. DEMENCE	10
2.1. Vymezení pojmu.....	10
2.2. Příznaky demence	10
2.3. Identifikace onemocnění	11
2.3.1. Orientační vyšetření poznávacích funkcí	12
2.3.1.1. Mini-Mental State Examination	13
2.4. Fáze demence	13
2.5. Dělení demencí.....	14
2.5.1. Alzheimerova nemoc	14
2.6. Změny související s demencí	15
2.7. Zachování důstojnosti člověka s demencí.....	19
3. REMINISCENCE	21
3.1. Úloha vzpomínek	21
3.2. Reminiscenční terapie	24
3.2.1. Formy reminiscenční terapie	26
3.2.2. Přístupy k reminiscenční terapii	28
3.2.2.1. Narativní přístup	28
3.2.2.2. Reflektující přístup	30
3.2.2.3. Expresivní přístup	32
3.2.2.4. Informační přístup	33
3.3. Využití reminiscence	33
3.3.1. Využití reminiscence při práci se seniory s demencí.....	34
4. SROVNÁNÍ TEORIE S PRAXÍ	41
4.1. Metodologie	41
4.2. Zkoumané oblasti	41
4.2.1. Domov pro seniory	42
4.2.2. Domov se zvláštním režimem	43
4.2.3. Centrum denních služeb	45
4.3. Shrnutí	46
ZÁVĚR	48
ZDROJE A POUŽITÁ LITERATURA	50
PŘÍLOHY	52
ROZHOVOR - PŘEDLOHA	52
ROZHOVOR S PRACOVNÍMEK Č.1	54
Domov pro seniory	54
ROZHOVOR S PRACOVNÍKEM Č. 2	58
Domov se zvláštním režimem	58
ROZHOVOR S PRACOVNÍKEM Č. 3	62
Centrum denních služeb	62

ÚVOD

K přirozenému plynutí našeho života, patří také nevyhnutelná etapa stáří. Stárnutí je přirozený proces, kterému se nelze vyhnout. Stáří je poslední ontogenetickou fází našeho života. Je to jakási etapa, která náš život uzavírá a završuje. Stárnutí je nezvratitelný proces, který je doprovázen určitými degenerativními, morfologickými a funkčními změnami. Může dojít k zpomalení kognitivních a psychických funkcí, dochází také ke změnám v mobilitě či motorice. V důsledku stárnutí dochází k úbytku fyzických sil, které se mohou prolnout do oblasti společenského života. Se stářím se spojují některá onemocnění, jako je například stařecký diabetes či demence.

Tato bakalářská práce se zabývá seniory se syndromem demence. Konkrétním cílem této práce je zjistit, jak využít reminiscenci při práci se seniory s demencí.

První část práce je zaměřena na vymezení definice stáří. Poté se toto pojednání věnuje samotnému syndromu demence, chápání tohoto pojmu, příznaky syndromu a jeho identifikací. Součástí této kapitoly je také rozbor jednotlivých druhů a fází demence, kde je nejvíce pozornosti věnováno Alzheimerově chorobě. Jedna z kapitol se věnuje změnám, které úzce souvisejí s probíhajícím syndromem demence.

V následujících částech se práce zaměřuje na reminiscenci a její definici. Reminiscence je metoda, při které se pracuje se vzpomínkami, proto v práci nechybí ani kapitola, která se zabývá úlohou vzpomínek. Jelikož má terapie více možných forem a přístupy k aplikaci se liší, jsou i tyto body podrobněji rozepsány. Závěr této části práce, se věnuje využití reminiscence a to konkrétně využití reminiscence při práci se seniory s demencí.

Poslední část porovnává teoretické poznatky s informacemi o průběhu reminiscence ve třech typech zařízení, ve kterých je provozována reminiscenční terapie. Tyto informace jsou získány z rozhovorů s reminiscenčními pracovníky těchto zařízení.

1. STÁŘÍ

V knize Úvod do gerontologie stojí, že stáří je jednou z pozdních etap ontogeneze. Píše se zde, že jde o univerzální zákonitost. Vše živé se rodí, rozvíjí, stárne a umírá.¹ Kde je vlastně hranice, že se člověk stává starým? Jde o kombinaci biologických a sociálních faktorů. Starý je ten, kdo se starým cítí a svým chováním se tak prezentuje společnosti.² Starým se tak stává ten, koho společnost starým označí.

Se stářím přicházejí také změny, na které každý člověk reaguje jinak. Autorka Venglářová tvrdí, že to, jak člověk zareaguje, je dáno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi a také prostředím, ve kterém žije.³ Může se tedy stát, že pokud se člověk v důsledku stárnutí musí přemístit do nějakého ústavního zařízení, mohou se stát jeho způsoby chování obtížnými pro jeho okolí.⁴

Je logické a přirozené, že ve stáří dojde k fyziologickým změnám. Autorka Venglářová uvádí změny spánkového rytmu a spánkovou inverzi. To má za následek, že člověk pospává během dne, trápí ho noční neklid a pokud je obyvatelem zařízení, může se stát, že ruší ostatní obyvatele. Stárnutí je také spojeno s úbytkem energie a z toho vyplývající potřebou pomoci. Staří lidé mohou trpět nechutenství a nepocit'ují žízeň. Dochází také k poruchám soustředění a paměti.⁵ V důsledku stárnutí nejsou neobvyklé ani psychické změny, které mohou být někdy chybně identifikovány jako zhoršení povahy člověka. Dochází ke zhoršení intelektu a člověk tak může mít problémy s komunikací. Starý člověk déle hledá slova nebo nerozumí sdělované informaci. Dochází také k zhoršení orientace.⁶ Je tedy nutné správně identifikovat, zda se jedná o problematické chování způsobené přirozeným procesem stárnutí nebo zda jde o nějakou poruchu či onemocnění.

Erik Erikson popisuje osm stádií vývoje lidského života. Stáří se týká poslední věk, kdy dochází ke konfliktu mezi vnitřní integritou a zoufalstvím. Vyřešením tohoto interpersonálního konfliktu vzniká ctnost, kterou Erikson označuje za moudrost. Integrita se v lidském životě projevuje pocitem, že dotyčný pochopil smysl života a pocitem životního naplnění. Integrita je spojována s pocitem vděku k dotyčným lidem, o kterých má jedinec pocit, že mu dali smysl života. Vzniklá ctnost je spojená s pocitem porozumění sobě samému,

¹ ČELEDVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3., str. 11

² Ref. 1, str. 12

³ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5., str. 15

⁴ Ref. 2

⁵ Ref. 3, str. 16

⁶ Ref. 5

tak i druhým lidem. Stáří je etapa, ve které se člověk vlastně připravuje na smrt tak, aby umíral s dobrým pocitem z toho, co ve svém životě dokázal. Takový člověk cítí, že smí umřít se sebeúctou i navzdory tomu, co se mu v životě nepovedlo.⁷

⁷ ERIKSON, Erik H. *Childhood and society*. 35th anniversary ed. New York: W.W. Norton, 1963. ISBN 978-0393302882.

2. DEMENCE

2.1. Vymezení pojmu

U starých lidí se může v důsledku degenerativních změn objevit syndrom demence. V knize *Demence a jiné poruchy paměti* je tato definice onemocnění: „Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí zajišťující adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím.“⁸ Mezi tyto funkce patří paměť, vnímání, pozornost, řečové funkce, výkonné funkce, funkce k zajištění účelného jednání a další.⁹ Podle autorů knihy *Demence* někdy dochází k zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Demence je chronického nebo progresivního charakteru a k jejímu určení není třeba pouze nález zobrazovacích technik, ale také lze zjistit na základně psychiatrického a psychologického vyšetření. Viditelné poškození nemusí souhlasit se stupněm demence.¹⁰

2.2. Příznaky demence

Autor Pidrman píše, že demenci můžeme chápat jako poruchu kognitivních funkcí, která je tak závažná, že má vliv na další funkce a život pacienta. Příznaky lze rozdělit do tří skupin. A to na narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit denního života a poruchy chování. Nejzávažnější jsou příznaky kognitivní, které jsou pro demenci charakteristickým rysem.¹¹

Především dochází k úbytku intelektových schopností a paměti. Dále jsou to poruchy orientace, abstraktního myšlení, poruchy chápání, pozornosti a motivace, poruchy korových funkcí, poruchy emotivity, poruchy chování, ztráta soběstačnosti, poruchy osobnosti a také se mohou objevit psychotické příznaky.¹²

Člověk by měl zpozornět, pokud u sebe zaznamená zhoršení krátkodobé nebo dlouhodobé paměti. Pokud se u něj objeví narušení soudnosti či změny osobnosti, je to také jeden z varovných signálů. Tyto změny jsou nejčastěji viditelné v běžném pracovním

⁸ JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6., str. 11

⁹ Ref. 8

¹⁰ PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5., str. 9

¹¹ Ref. 10

¹² Ref. 10, str. 10

a sociálním životě.¹³ Je proto dobré všimnout si, jestli se u něj zmíněné problémy neprojevují a zda občasné výpadky paměti nenabývají na intenzitě. Pokud je člověk okolím upozorněn na změny svého chování, měl by vážnost tohoto upozornění zvážit a pozorovat zda se u něj neobjevily výše zmíněné signály.

„Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti.“¹⁴

2.3. Identifikace onemocnění

Toho, že se člověku zhorší kognitivní funkce, si může všimnout sám a změnu si přiznat, nebo dojde k popírání či si nemocný svůj problém neuvědomuje. Této problematice je věnovaná kapitola v již zmiňované knize Demence. Stojí zde, že pacient si sám uvědomí své potíže s pamětí a vyhledá lékaře. Na zhoršení paměti může poukázat rodina či na ni upozorní ošetřující lékař. Jedná-li se o klienta nějakého ústavního zařízení, tak zdravotnický personál provádí při běžném vyšetření screeningový test, který odhalí případnou poruchu.¹⁵ Může ale nastat situace, kdy si pacient nevšimne zhoršení svých paměťových schopností. Vladimír Pidrman také píše, že drobnější dysfunkce jsou tolerovány okolím, jelikož jsou ještě okolím akceptovatelné. Závažnější poruchy mohou být někdy špatně označeny za problémové chování spojené se stářím, jak již bylo výše zmíněno. Jedním z důvodů, proč se onemocnění neodhalí je, že zdravotnický personál neprovede již zmiňovaný screeningový test.¹⁶ Je důležité věnovat pozornost změnám, které na své osobě nebo na svých blízkých může dotyčný zaznamenat a raději zbytečně vyhledat lékaře, než aby bylo něco podceněno a nemocný tak trpěl a zůstal třeba i kvůli své nemoci nepochopen.

Na diagnostice demence se podílí více osob. Konkrétně je to pacient či jeho rodina, dále pečovatel, je-li pacient obyvatelem nějaké zařízení a lékař. Při pochybnostech je pacient odkázán ke specialistovi.¹⁷ Nejprve se sestaví anamnéza pacienta. Dotyčný je dotazován na osobní, rodinné záležitosti, je zkoumán jeho farmakologický profil, jsou mu pokládány dotazy ohledně pracovního a sociálního života a lékař zjišťuje informace o případných onemocněních. Dále je provedeno somatické vyšetření, jako je EKG, laboratorní vyšetření, EEG, jaterní testy, vyšetření hormonů štítné žlázy, neurologické vyšetření a další. Pro vyšetření poznávacích funkcí se používají různé testy paměti. Mezi často používané testy

¹³ Ref. 10

¹⁴ Ref. 10, str. 10

¹⁵ Ref. 10, str. 21

¹⁶ Ref. 15

¹⁷ Ref. 10, str. 25

se řadí test kreslení hodin. Pro úplnost diagnózy slouží zobrazovací techniky, které již byly také v práci zmíněny. Jedná se o CT mozku, magnetickou rezonanci a další.¹⁸

2.3.1. Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Předchozí kapitola se zabývala souborným vyšetřením demence. Jednou ze složek určení diagnózy je orientační vyšetření poznávacích funkcí. Testují se funkce neurologicko-psychiatrické. V již zmiňované knize je výčet procesů, které jsou v rámci těchto funkcí narušené. Jedná se o paměť ve všech formách, schopnost řeči, vizuospeciální funkce a praxi. Vizuospeciálními funkcemi se rozumí schopnost orientace v prostoru, schopnost obsluhovat různá elektronická zařízení či auto nebo schopnost naplánovat a vykonat smysluplnou aktivitu. Dále se sem řadí poznávací funkce a frontální exekutivní funkce, jako je například plánování úkolu, a také jeho dokončení a zvládnutí pracovní činnosti a zaměstnání.¹⁹

Tato vyšetření se provádí různými testy, které vykonávají odborníci, jako psychologové, neurologové a psychiatři.²⁰ Klinicky nejpoužívanějším testem je MMSE. Dalším často používaným testem je Wechslerova škála paměti, která poskytuje lékaři informace o slovní i zrakové paměti pacienta. Testuje se při ní zvlášť okamžité vybavení a zvlášť oddálené vybavení. Lékař zjišťuje orientaci, logickou paměť, zapamatování dvojice slov a tváří, pacient si musí zapamatovat určitý seznam slov, zrakové reprodukce, uspořádání písmen a čísel a také rozsah prostoru a čísel.²¹

Testy řečových funkcí jsou označovány WAB. Lékaři testují spontánní řeč, opakování, pojmenování a porozumění. Součástí WAB testu jsou také názorové testy hodnotící psaní, čtení, počítání, doplnění obrazce do logické série a schopnosti vyhování úkolu.²²

Pacientovi se také provádí test řečové plynulosti, kdy pacient vyjmenuje během stanoveného časového intervalu co nejvyšší počet slov, které odpovídají zadání. Lékař hodnotí pohotovost, motivaci, mentální pružnost, iniciaci, pracovní a slovní paměť.²³

Dalšími prováděnými testy jsou testy vizuospeciálních funkcí, kde pacient dokazuje schopnost obkreslení obrazce. Dále test kreslení dráhy, který zhodnotí schopnost plánování a zrakově pohybovou koordinaci. Zároveň tento test sleduje psychomotorické tempo. K posouzení míry pozornosti se používá Stroopův test. Tento test posuzuje také psychomotorické tempo, adaptaci na zátěž či mentální pružnost.²⁴

¹⁸ Ref. 19

¹⁹ Ref. 8, str. 26

²⁰ Ref. 8, str. 27

²¹ Ref. 20

²² Ref. 20

²³ Ref. 20

²⁴ Ref. 8, str. 28

2.3.1.1. Mini-Mental State Examination

Tento test je podle autorů knihy velice orientační a nelze ho proto použít k diagnostice každého typu demence.²⁵ MMSE testuje: „orientaci osobou místem i časem, zapamatování tří slov – hned a po jisté latenci, počítání – odečítání od stovky sedmičku, poznávání – pojmenování předmětu, splnění úkolu, překreslení obrázku, opakování věty.“²⁶

2.4. Fáze demence

Demence mají stejně jako jiná onemocnění svůj průběh. Glenner a kolektiv ve své knize uvádějí tři fáze. V knize píše, že jednotlivé symptomy této poruchy se nezhoršují stejně rychle. První fázi označují jako počínající neboli mírnou demenci. V této fázi jsou příznaky hůře rozpoznatelné. Člověk si nemusí všimnout zhoršení paměti, sníženého rozsahu pozornosti, zmatenosti, úzkostí, depresí a uzavřenosti. Příznakem této fáze jsou také obtíže při obsluze přístrojů a pomůcek a narušená schopnost racionálního úsudku a uvažování.²⁷

Druhou fázi označují autoři jako rozvinutou demenci, kde všechny výše uvedené příznaky první fáze jsou výraznější a přidávají se příznaky nové. U lidí v druhé fázi demence se může objevit neklid, repetitivní chování, dezorientovanost i na, pro ně, známých místech, hypertonie, problémy s vnímáním a motorikou, může dojít k problémům s vyprazdňováním a kontinencí a ke značnému zhoršení dlouhodobé paměti.²⁸

Poslední, třetí fázi je pokročilá či terminální demence. Lidé v této fázi trpí bludy a halucinacemi, nejsou schopni udržet moč a později také trpí střevní inkontinencí, mají obtíže s polykáním. V důsledku těchto potíží může dojít k vdechnutí potravy nebo dokonce dušení, také dochází k hubnutí. Pacient není schopen reagovat na podněty a neuvědomuje si okolní dění.²⁹ Vzhledem k projevům a příznakům nemoci v této fázi je zřejmé, že pacient ve třetí fázi demence je odkázán na péči jiné osoby a jejího dohledu.

²⁵ Ref. 20

²⁶ Ref. 20

²⁷ GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

²⁸ Ref. 27

²⁹ Ref. 27, str. 17

2.5. Dělení demencí

Jak již bylo výše v práci naznačeno, demence není pouze jednoho typu. V knize Demence, konkrétně v její kapitole, která se věnuje primárně degenerativnímu dělení, nalezneme rozdělení na Alzheimerovu nemoc, která je nejčastější a podle autora tvoří 60% všech demencí. Dále je to demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Vladimír Pidrman se také zmiňuje o sekundárních a smíšených demencích, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Mohou to být demence způsobené traumatem, infekční nebo demence v důsledku metabolických poruch jater. Bylo popsáno přes 70 skupin demencí sekundárních. V knize Demence je výčet těch nejčastějších a nejzávažnějších. Jedná se o vaskulární demence, metabolické, toxické, demence při Parkinsonově nebo Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu nebo nádorech centrální nervové soustavy a demence při infekcích. Mezi smíšené demence patří smíšená Alzheimerova choroba vaskulární či smíšená Alzheimerova choroba jiné primární degenerativní demence.³⁰

2.5.1. Alzheimerova nemoc

V této práci již padl termín Alzheimerovy nemoci či choroby. O této chorobě by se dala napsat samostatná práce, jelikož o ní existuje mnoho informací. Touto chorobou se budu zabývat spíše okrajově, ale považuji za důležité ji zmínit. Výše v práci je uvedeno, že se jedná o nejčastěji se vyskytující demenci. Bylo také zmíněno, že, Vladimír Pidrman tvrdí, že Alzheimerova choroba tvoří 60% všech demencí.³¹ Kdežto autoři knihy Demence a jiné poruchy uvádí 50%.³²

Co se však neliší, je popis onemocnění. V druhé knize stojí, že: „Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.³³ Kniha Demence ještě zpřesňuje, že jde o onemocnění šedé kůry mozkové.³⁴

V prostorách mimo nervové buňky se ukládají chorobně vzniklé bílkoviny, nazývané se beta-amyloidy, jenž mají za následek tvoření krystalků. Kvůli těmto krystalkům vznikají útvary, které jsou odborně pojmenované neurotické plaky. Je zde přímá úměra mezi četností

³⁰ Ref. 10

³¹ Ref. 10

³² Ref. 8, str. 29

³³ Ref. 32

³⁴ Ref. 10, str. 34

plaků a funkčním poškozením části mozku.³⁵

V průměru trvá onemocnění devět let a má tři stádia. Těmi stádii jsou: časné neboli mírné, střední a těžké neboli hluboké a někdy nazýváno také konečné.³⁶ Poměrně brzy dochází k poškození osobnostních rysů a nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla cítění, zvyklosti a návyky, narušují se jejich dlouholeté vazby a vztahy a začne docházet k již zmiňovaným poruchám. U nemocných se začínají objevovat poruchy emocí, jako je emoční plachost. Mohou se také objevit syndromy paranoie a bludy.³⁷

Člověk s tímto onemocněním je postupně odkázán na péči druhých osob. V pozdějších stádiích mají problémy s péčí o vlastní osobu včetně hygieny, stravování a oblékání.

2.6. Změny související s demencí

S onemocněním demence přichází také řada změn a problémů, se kterými se musí nemocný a jeho rodina vyrovnat. Diagnostika pacienta tohoto onemocnění může být pro rodinu obrovský šok. Rodině je navíc jasné, že toto onemocnění se nedá vyléčit, ba naopak se bude nadále zhoršovat. Kniha německých autorů *Demenz. Das Wichtigste* se zabývá mimo jiné změnami a problémy, se kterými se musí pacient a jeho blízcí potýkat. Autoři nabízejí i řešení některých situací.

V této knize stojí, že změny se netýkají pouze zdravotního stavu, ale jsou ovlivněny kontakty s rodinou, přáteli, sousedy či kolegy. Pokud je včas stanovena diagnóza, může se rodina částečně připravit. O spoustu nemocných se starají jejich příbuzní, přátelé nebo sousedé. Jedná se o péči, která je časově náročná. Péče vyžaduje silnou fyzickou, emoční povahu a klade duševní požadavky na ošetřování. Většina pečujících však není na úkoly spojené s péčí připravená. Bez jakéhokoliv upozornění a přípravy se stanou hlavními ošetřovateli.³⁸

Průběh nemoci se také odvíjí od toho, jak dlouho zůstanou zachovány určité schopnosti a na rozsahu symptomů a na tom, jak dlouho nemocný žije sám nebo je v péči příbuzných. Stav nemocného ovlivňuje také finanční situace, duševní a fyzická kondice pečujících a zachování kvality dřívějších vztahů. Pro lidi s demencí je důležitá jejich samostatnost a pocit užitečnosti navzdory onemocnění. Nemocní se musí cítit docenění. Lidé s demencí se mohou obávat toho, že je okolí nebude respektovat a brát vážně v důsledku jejich onemocnění. Někteří se necítí jako nemocní a diagnózu odmítají, proto je důležitý

³⁵ Ref. 32

³⁶ Ref. 32

³⁷ Ref. 10, str. 35

³⁸ KURZ, Alexander, Hans-Jürgen FRETER, Susanna SAXL a Ellen NICKEL. *Demenz. Das Wichtigste: Ein kompakter Ratgeber. 2.* Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, Berlin, 2016.

otevřený přístup, který ovlivňuje pozitivně jak rodinu, tak pacienty.³⁹

Nemělo by se zapomínat, že lidé s demencí mají také své potřeby a zájmy. V německé knize Demenz. Das Wichtigste jim je věnována samostatná kapitola, ve které stojí, že je důležité, aby pacienti formulovali svá přání již v počátečním stádiu nemoci. V těchto přáních by mělo být také zahrnuto, kdo se o nemocného bude starat, až nemoc postoupí. V této péči je zahrnuto také finanční a legislativní rozhodování za nemocnou osobu. Nesmí chybět ani lékařská přání.⁴⁰

Syndrom demence ovlivňuje také mobilitu nemocných. Řízení automobilu je pro mnohé, nejen nemocné, lidí projevem nezávislosti a samostatnosti. Přeprava automobilem je zvláště důležitá pro osoby z venkovských oblastí, které se tak přepravují na nákup nebo k lékaři. Od počátku onemocnění by měly pečující osoby pozorovat, zda je nemocný stále schopen řídit a je v bezpečí. Nemocní mohou často zvládat pro ně známé trasy, ale vznikají pochyby, zda jsou schopni rychle reagovat na neočekávané události na silnici. Někteří pacienti mohou mít agresivní a impulzivní styl jízdy. Autoři knihy uvádí, že schopnost řídit motorové vozidlo se rychle vytrácí, mnohdy i dříve, než to nemocní sami zaregistrují. Je proto důležité hledat různé alternativy, jak se přepravovat. Lidé mohou využít veřejných dopravních prostředků, mohou se domluvit se sousedem či známým na společné jízdě, nebo mohou využít nabídky některých supermarketů, kteří jim dopraví jídlo domů či služeb pro konkrétní trasy. Mnoho z nemocných vnímá, že pro ně řízení není už tak snadné a sami často přestanou řídit. Existují ale i tací, co si problém nepřipouští a v řízení automobilu chtějí pokračovat. Proto autoři nabízejí několik rad, jak mohou příbuzní a pečující osoby zabránit nemocnému v řízení, jako je například schování klíčů od auta, odpojení autobaterie či jiné důležité součásti nutné k fungování auta s tím, že pečující nemocnému řeknou, že je auto rozbité a jeho oprava je příliš nákladná. Pokud nic z tohoto nepomůže, může zasáhnout ošetřující lékař jako respektovaná osoba, která řízení zakáže.⁴¹ Pokud se nad doporučení knihy pozastavíme, můžeme si všimnout, že autoři nabádají k tomu, aby pečující osoba lhala člověku s demencí. Tato doporučení mi nepřijdou eticky správná, jelikož si myslím, že při nich nedochází k zachování lidské důstojnosti a při odhalení lži může dojít ke ztrátě důvěry pacienta k pečující osobě.

S tímto syndromem souvisí otázka, zda se nemocný musí vzdát možnosti pracovat. Část lidí s demencí touží dále pracovat. Je nutné zkoumat podmínky, zda je tato možnost reálná. Pacienti a pečující osoby se mohou poradit s vedoucím pracovníkem a kolegou

³⁹ Ref. 38

⁴⁰ Ref. 38

⁴¹ Ref. 38

ze zaměstnání o možnostech a alternativách. Lze snížit rozsah pracovních činností či je změnit na jednodušší, nebo nemocný zaměstnanec může trávit menší počet hodin na pracovišti. Pro mnoho nemocných je ale práce natolik stresující, že se nakonec sami rozhodnou ze zaměstnání odejít.⁴²

Jak bylo zmíněno v úvodu kapitoly, péče je náročná a často i bez varování, proto je důležitá informovanost pečujících. Je nutné předat jim informace o změnách, které mohou nastat a pomoci při hledání řešení obtížných situací. Osoby, které se starají o pacienty s demencí, by se měly naučit porozumět změnám chování a vypořádat se s nimi. Mezi symptomy onemocnění patří změny chování, např. deprese, agresivita, strach, noční děsy a další emoční symptomy. Pokud se u pacienta objeví příznaky deprese, je vhodné vynaložit úsilí k aktivování lidí, kteří se podílí na každodenních úkolech a umožnit nemocnému příjemné zážitky. Při velkých potížích pomáhají fyzické aktivity a vyhýbání se stresovým podnětům a přetížení. V případě agresivního chování je nutné vyvarovat se konfrontacím. Autoři radí, že je někdy vhodné na moment odejít z místnosti. Nemocní lidé mohou trpět deliriózními obavami, že se jich jejich rodina chce zbavit. Mohou mít pocit, že jejich prožívání dne není plynulé a zapomínají, kam si dávají věci. Je vhodné neřešit samotné obavy, ale jejich emoční pozadí. Nemocní mohou na některé události reagovat hněvem, frustrací a odvolávají se na vzpomínky. Rodina a blízké osoby se měly snažit porozumět pocitům nemocných a připravit se také na další změny chování, kdy může docházet k trapným situacím, ignorováním sociálních pravidel, k impulzivnosti, ztrátě empatie a stereotypních reakcí. Je nutná pomoc nemocnému, ať už slovem, uklidňujícím gestem nebo ustálením rituálů. Jako přínosné se ukazuje aktivizace starých zálib a preferovaných her, někdy může pomoci změna stravovacích návyků či úprava behaviorálních okolností.⁴³

Autoři knihy *Demenz. Das Wichtigste* uvádějí, že neexistují žádné patentové recepty pro vypořádání se s obtížemi, ale dávají jakýsi náhled pro jejich řešení. Rodiny a pečující osoby by měly sledovat změny chování a hledat různé příčiny, jestli se nemocný nenachází v nepokojném matoucím prostředí, kde hraje televize nebo je v něm velké množství lidí. Dále je nutné zvážit, co je možné dělat pro nápravu daného problému, jako jsou již zmiňované změny nebo chování pečujících osob. Následně by se měly zkusit a zkontrolovat behaviorální změny a hledat různé alternativy.⁴⁴

Jak již bylo zmíněno, lidé s demencí chtějí pokračovat v každodenních aktivitách

⁴² Ref. 38

⁴³ Ref. 38

⁴⁴ Ref. 38

a cítit se nezávislí. Zde je důležité si uvědomit, že diagnóza demence se nerovná bezmoc, a proto by se u osob s demencí měly podporovat stávající dovednosti a zájmy. Lidé s tímto onemocněním by měli být aktivizováni různými činnostmi, které tyto zájmy udrží. V knize stojí, že nemusí jít o dokonalé aktivity, ale měly by být takové, aby dávaly nemocnému smysl. Někdy mohou pomoci malé nástroje a podněty pro podporu paměti, jako jsou například nákupní seznamy, cedulky sloužící k orientaci v domácnosti, kalendáře. Jako aktivity sloužící k procvičování mozku jsou v knize uvedeny křížovky nebo myslící sporty. Trénink paměti nesmí být pro nemocného stresující, proto je lepší volit zvládnutelnější aktivity.⁴⁵

Autoři knihy se také zmiňují o změnách nálad, kdy nemocní pociťují strach z toho, že se jich příbuzní chtějí zbavit a strach z neznámého prostředí. Proto je důležité zajištění bezpečnosti. Té se může dosáhnout tak, že prostředí je jasně navrženo podle potřeb nemocného. Mělo by být přizpůsobeno osvětlení či zajištění viditelných rohů, aby se lidé cítili ve svých domech bezpečněji. Zvláště důležitá je instalace detektorů kouře pro kuřácké pacienty. Co se týče strachu, kdy se nemocní cítí být rodině na obtíž, je důležitý pozitivní přístup, jelikož nemocní i v pozdních stádiích demence jsou stále vnímaví k náladám. Je však přirozené, že pečující osoby mohou občas pociťovat hněv a smutek či se mohou cítit znechuceni. Sami pečující osoby mohou onemocnět. Denně se musí starat o své blízké a ošetřovat je, což může ovlivnit jejich zaměstnání, kontakty a zájmy. Kromě toho se pečující musí pomalu připravovat na odchod milované osoby. Důležité je ulevovat i pečujícím dříve, než dosáhnou svých hranic. Pečující by se měli uvědomit, že nemusí všechno zvládat sami a měli by vědět, že tento pocit je naprosto v pořádku, proto je důležitá podpora a pomoc i pečujícím osobám. Existuje široká škála forem pomoci pro pečující osoby, o kterých by se dala napsat samostatná práce.⁴⁶

⁴⁵ Ref. 38

⁴⁶ Ref. 38

2.7. Zachování důstojnosti člověka s demencí

V knize *Mosty do zapomnění* uvádí autor Werner Heumer, který se zabývá důstojností člověka v souvislosti s onemocněním demence, že pojem demence pochází z latinského slova *dementia*, které se dá přeložit jako slovní spojení bez ducha. Autor s tímto překladem nesouhlasí, jelikož by to znamenalo, že pokud člověk onemocní demencí, stane z člověka pouze opuštěná schránka, z níž se ztratila osobnost. Ukazuje se, že i navzdory rapidní ztrátě některých schopností, zůstane zachováno mnoho lidských schopností, jako je cítění a jejich pocitový svět. Heumer tvrdí, že při pozorování pacientů s demencí lze dospět k závěru, že nemoc neničí lidskou duchovní podstatu, ale pouze ji přibrzdí v jejím rozvoji.⁴⁷

Heumer v knize připomíná důležitost holistického přístupu k pacientovi, kdy se pečující nezabývají pouze mozgovými a tělesnými funkcemi dotyčného, ale musí se brát člověk jako celek těla, duše a ducha. Autor uvádí, že jádro bytí člověka je duchovní. „Duch přitom snad nějaká funkce mozku, duch je svébytná podstata nehmotného druhu. Duch je živoucí v člověku, vědomí, které se v průběhu života formuje a vyvíjí, nese v sobě různorodé vzpomínky z minulosti a svými projevy vůle aktivně formuje vlastní budoucnost.“⁴⁸

Z autorových slov vyplývá, že mozek není centrem člověka. Autor dokonce mozek označuje za propojovací orgán mezi tělem a nitrem. Duch člověka je propojen s tělem člověka, to znamená i s tělesnými funkcemi. Jakákoliv podstata, která pochází od ducha, je jako impuls zpracována mozkiem a dále prochází tělesnou složkou. Tento proces autor nazývá denní vědomí, které je v důsledku onemocnění demence více a více narušováno a může se stát, že duch bude mít méně pod kontrolou svoji funkci jako důležitý nástroj celku člověka. V důsledku onemocnění se je duch utlačován do pasivního stavu a může se zdát, že se odcizuje okolnímu světu.⁴⁹

Poznatky z této knihy by měly být přínosné pro pečující osoby. Jelikož lékaři, pracovníci či pečující osoby v důsledku péče o zdravotní stav nemocného, mohou opomenout spirituální potřeby jedince. Vždy je tedy důležité, jak na nemoc pečující zareagují a měli by si uvědomit, že nemocný je pořád ta stejná osoba, se stejným duchem, který už ale nemůže například komunikovat na úrovni jako dřív.

Heumer k problematice zhoršených možností komunikace dodává, že nemocná osoba

⁴⁷ *Brücken ins Vergessen bauen: Guter Kontakt mit dement Menschen*. 1. Stuttgart: Stiftung Gralsbotschaft, 2010. ISBN 978-3-87860-423-5.

⁴⁸ Ref.47

⁴⁹ Ref.47

komunikuje pomocí signálů, které by se pečující osoby měly snažit pochopit. Uznává však, že to není jednoduché a k pochopení těchto signálů je zapotřebí aktivování takzvaných jemných senzorů. Nemocná osoba nemusí být schopna se vyjadřovat ve smysluplných větách, ale důležitá je intonace a jeho barva hlasu či tón, kterým to říká. Neměla by být opomíjena také mimika. Pečující osoby by se měly snažit naučit rozeznávat tyto signály, aby mohly nemocného doprovázet s úctou a respektem. Je nutností využívat všech možných způsobů komunikace, aby byly zjištěny potřeby daného člověka.⁵⁰

Všechny tyto informace, které autor udává, jsou důležité k pochopení celostního obrazu člověka nemocného demencí. Uvědomění si všech složek člověka je nezbytné pro správnou a kvalitní péči o člověka. Správná péče může pomoci nemocnému zachovat si lidskou důstojnost.

⁵⁰ Ref.47

3. REMINISCENCE

Jednou z možností, jak pracovat se seniory trpícími onemocněním demence, je reminiscenční terapie. Alzheimer centrum ji definuje takto: „Reminiscenční terapie je cílená a záměrná práce se vzpomínkami. Probíhá individuálně, formálně i neformálně. Nejedná se pouze o „jednu cestu“ k vyvolání vzpomínek, ale o několik cest, které pomáhají hledat vzpomínky a vybavit si to, co bylo v minulosti. Jednou z cest vyvolání vzpomínek je senzorická stimulace, např. dotek, vůně, nebo návštěva různých míst, které vyvolají vzpomínky na minulost a v neposlední řadě jsou to i sbírky reminiscenčních pomůcek jednotlivých klientů. Patří mezi ně jakékoliv věci, které provázely klienta životem, jako např. fotografie, novinové články, staré věci, hudební nahrávky, vysvědčení, špulka nití, obrázek, výšivka, staré časopisy, rybářský prut, lahev od limonády, první botičky dětí apod. Jednotlivé předměty vyvolávají u klienta vzpomínky na minulost a přináší okamžiky poznání a rozpomínání na uplynulý život.“⁵¹

S reminiscencí souvisí pojem validace, kterým se bude práce detailněji zabývat v jedné z následujících kapitol. Reminiscenční terapie je vlastně jednou z validačních technik. Janečková a Vacková ve své knize píší, že demence vede k postupné ztrátě paměti a snížení komunikačních schopností, tak reminiscence upozorňuje na jedincovy silné stránky.⁵²

3.1. Úloha vzpomínek

V definici reminiscence se hovoří o vzpomínkách. Je však důležité zmínit, jaká je funkce vzpomínání a jaká je jeho role v životě. Těmito otázkami se zabývá kniha Reminiscenční terapie. V knize stojí, že vzpomínky jsou neoddelitelnou součástí lidského života, které dávají člověku smysl a mohou mu přinášet radost nebo naopak bolest. V poslední etapě lidského života, mohou být vzpomínky právě tím hlavním, co člověku zbude. Pro člověka jsou vzpomínky důležité. V knize doslovně stojí: „Vzpomínání u každého z nás probíhá jinak. Někteří oponu, která je dělí od jejich minulosti, nechávají spuštěnou, jiní jen občas mírně poodhrnou její cíp, krátce se zahledí na jeviště minulých událostí a spěšně je zase opustí. Mnoho lidí si však představení svého života, ať už se jedná o hry, které byly sehrány před lety či včera, navštěvují často a činí tak s nesmírným potěšením. Své vzpomínky

⁵¹ Alzheimer Centrum. *Reminiscenční terapie* [online]. [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscenncni-terapie/>

⁵² JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

si uchovávají, hýčkají a s potěšením je sdílejí s jinými lidmi.“⁵³ Autoři Watt a Wong ve své publikaci píší, že vzpomínky ze člověka nezmizí, ale žijí v něm dál, ovlivňují tak jeho přítomnost a tvarují budoucnost mnoha způsoby.⁵⁴ Vybavovat si aktivně vzpomínky je jedna ze základních vlastností naší psychiky. V knize *Reminiscence* je uvedeno, že když člověk vzpomíná, vystupují staré paměťové stopy do lidského vědomí. Lidé tak mohou některé události ze svého života opětovně prožít. Jedná se o ožívování minulosti v lidských představách. V duševním životě člověka má vzpomínání důležité místo, které není zastupitelné.⁵⁵

Z terapeutického hlediska je nesmírně důležité pochopení kontextu vzpomínání, které se vyskytuje s vyšším věkem. Jedná se o různá teoretická východiska a přístupy, která se snaží stáří pochopit jako životní etapu, která je stejně důležitá jako všechny předešlé.⁵⁶

Havinghurst a Glasser o vzpomínkách hovoří jako o univerzálním procesu přítomným v každé etapě lidského života a začíná tehdy, kdy je dítě schopno rozpomenout na to, co prožilo. Tito autoři upozorňují na to, že nelze brát vzpomínky jako to stejné, co paměť. Vzpomínky jsou dle autorů aspektem paměti. Rozlišují na vzpomínání tiché, kdy jedinec vzpomíná sám v duchu a vzpomínání vyslovené, kdy své vzpomínky sdílí nahlas s jinými lidmi.⁵⁷ Z toho vyplývá, že lidé mohou vzpomínat náhodně a někdy cíleně a záleží na prostředí, ve kterém vzpomínají. Buďto vzpomínají sami doma nebo ve společnosti více lidí.

V knize *Reminiscenční terapie* je uvedeno, že vzpomínání je zabarvené emocionálně osobou, která vzpomíná. Vzpomínání není tedy čistě racionální přemýšlení nad dávnými událostmi nebo vybavování si určitých faktů, ale jedná také o vybavování emocí, které v dané situaci člověk cítil. Vzpomínání je jak sensorickou, tak vizuální zkušeností, které může být podpořeno určitým obrazem, vůněmi, zvuky či chutí. Vzpomínky a emoce od sebe tedy nelze rozdělit. Při vzpomínání na konkrétní událost se v člověku probouzejí emoce, které v minulosti cítil. Jedná se tedy o znovuprožívání minulosti. Autorky knihy však uvádějí, že vzpomínání může vyvolat i nové emoce.⁵⁸

Existuje spousta metod, které se zabývají aktivizací seniorů s demencí. Tyto metody se mohou vzájemně překrývat. Práce se již zmiňuje o tom, že reminiscence je jednou

⁵³ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0., str. 9

⁵⁴ WATT, L.M. a P.T.P.A WONG. *Taxonomy of Reminiscence and Therapeutic Implications*. Journal of Gerontological Social Work, 1991.

⁵⁵ Ref. 52

⁵⁶ Ref. 52

⁵⁷ HAVINGHURST, R. J. And GLASSER, R., An Exploratory Study of Reminiscence. *Journal of Gerontology*, 1972

⁵⁸ Ref. 53

z validačních technik, proto považuji za důležité zmínit metodu validace podle Naomi Feil, která se potřebami seniorů trpících demencí zabývá, a která se specializuje na práci se starými lidmi, kteří byli dezorientováni v důsledku Alzheimerovy choroby. Feilová upozorňuje na potřebu seniorů vyrovnat se s vnitřními konflikty či křivdami. Mezinárodní web Validation o autorce píše, že právě jako sociální pracovnice získala zkušenosti se zacházením se seniory trpící demencí. Během dvacátého století rozvíjela svoji metodu validace, kterou vytvářela proto, že byla nespokojena s dosavadním přístupem k lidem trpící demencí.⁵⁹ Feilová popisuje, v čem nesouhlasila v tamních přístupech. Konkrétně kritizovala zpětné navracení zmatených lidí do reality a následné zklidňování při výskytu negativních projevů. Podle autorky zde chybí individuální přístup k jedinečným projevům daného člověka a nerespektování důstojnosti. Feilová dále píše, že emoce a určité projevy chování mohou být ve vztahu s nevyřešenými problémy a potřebou se s nimi vyrovnat. Tyto potřeby se u lidí vyskytují primárně na emocionální úrovni. Validace respektuje jedinečnost člověka, pracuje s emocionálním prožíváním a potřebou nemocného člověka v terminální fázi důstojně se vyrovnat s přicházející smrtí. Metoda validace se tedy nesnaží navracet lidi do reality, ale zaměřuje se na jejich emoce. Důležitá je zde empatie.⁶⁰ Jak již bylo zmíněno, jednou z technik validace je reminiscence. Autorky Janečková a Vacková ve své publikaci uvádějí, že reminiscence jako součást validace může pomoci člověku při vyrovnávání se s obtížnými fázemi jejich života, pomáhá prolomit bariéru demence a zachování důstojnosti. Dále pomáhá člověku zmírnit úzkost a osamění, snaží se o obnovení rovnováhy a dopomáhá člověku s vyrovnáváním nedokončených záležitostí.⁶¹ Validací se bude tato práce podrobněji zabývat v kapitole s názvem Přístupy k reminiscenční terapii

Na některé věci tedy lidé vzpomínají rádi a často, jiné události se nám vybaví pouze s určitou spojitostí a na nějaké prožité skutečnosti by si lidé nejrady ani nevzpomněli. Vzpomínání je pro člověka přirozené. Každý člověk občas na něco nebo někoho vzpomíná, se se vzpomínkami však dá pracovat cíleně a dají se využít ke zvyšování kvality života seniorů s demencí. Pokud hovoříme o záměrném využívání vzpomínek, hovoříme tak o reminiscenci.

⁵⁹ *Validation: Naomi Feil Biography* [online]. luma, 2018 [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <https://vfvalidation.org/naomi-feil-bio/>

⁶⁰ FEIL, N.: *The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with „Alzheimer’s-Type Dementia“*. Baltimore, Health Professions Press 1993

⁶¹ Ref. 52

3.2. Reminiscenční terapie

V některých publikacích čteme o práci se vzpomínkami seniorů jako o reminiscenci a jindy jako o reminiscenční terapii. Někteří autoři tato slova používají jako synonyma. V knihách *Reminiscenční terapie* a *Reminiscence* se autoři k cílené práci se vzpomínkami přiklánějí k označení reminiscenční terapie. V druhé zmíněné publikaci autorky myslí reminiscenci to, když si dotyčný vybavuje určité události ze svého života a reminiscenční terapií zde myslí samostatný proces, kdy terapeutický pracovník vede rozhovor se skupinou seniorů či jednotlivcem o prožitých událostech a aktivitách.⁶² Autorky první zmíněné publikace hovoří o reminiscenční terapii také jako o procesu, kdy jsou lidé ve skupinkách podněcovány ke vzpomínání na příjemné události.⁶³ Při reminiscenční terapii je důležité navození příjemné atmosféry, které se může dosáhnout použitím různých předmětů, jako například fotografií, novin, knih, hudebních nahrávek a dalších. Členové dané skupiny jsou dále vyzváni k tomu, aby hovořili o tom, co v nich dané předměty vyvolaly.⁶⁴ Zároveň však v jejich knize stojí, že i přes to, že je někdy reminiscence označována jako reminiscenční terapie, tak jí ve skutečnosti v názvosloví není. Protože terapie bývá zařazována do oblasti psychoterapie, je dle autorek vhodnější používat buďto označení reminiscence nebo spojení práce se vzpomínkami. Autorky uvažují, proč je někdy reminiscence označována jako reminiscenční terapie a navrhují důvod, kterým může být to, že označení terapie dodává reminiscenci popularitu a důležitost. Zároveň se slovo terapie objevuje i v dalších oblastech, které nemusejí spadat pod psychoterapii, jako je například muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a podobné.⁶⁵

Existují však odborníci, kteří k reminiscenční terapii zaujímají komplexnější a hlubší stanovisko. Například Faith Gibsonová, která vyzdvihuje myšlenku, že reminiscenční terapie zahrnuje několik přístupů, které jsou v souvislosti s určitými faktory u lidí, kteří se reminiscenční terapii věnují. Reminiscenční terapie není pro Gibsonovou pouhou řadou technik, které jsou určené, ale je otevřena novým nápadům, od kterých se jednotlivé přístupy odvíjejí.⁶⁶ Přístupům reminiscenční terapii bude věnována jedna z následujících kapitol.

⁶² Ref. 52

⁶³ Ref. 53

⁶⁴ GOUDIE, F. and STOKES, G. *Reminiscence with Dementia Sufferers*. In GOUDIE, F. and STOKES, G. *Working with Dementia*. 8.th ed. Bicester: Winslow Press 1997

⁶⁵ Ref. 53

⁶⁶ GIBSON, F. *Reminiscence and Recall*. London: Age Concern, 1994

Již zde bylo zmíněno, že někteří autoři vidí v reminiscenční terapii hlubší smysl. Například Adrew Norris o reminiscenční terapii řekl, že na sebe bere stav filozofie péče. V tomto pojetí je důležitý původ jedince, minulost, prostředí, v kterém jedinec vyrůstal a jeho životní styl. Tyto vyjmenované faktory tvoří základ a od tohoto základu se dále odvíjí péče o jedince samotného. Norrisova filozofie vyzdvihuje schopnosti starých lidí a váží si všeho dalšího, čím jedinec může nějakým způsobem přispět buďto ke svému životu nebo životu druhých.⁶⁷

Někteří autoři se přiklání k tomu, aby na reminiscenční terapii nebylo nazíráno pouze jako na techniku, ale na určitý celostní přístup, ve kterém se terapeuti a lidé, kteří se účastní terapie, chápali terapii jako pohled samotné péče. Zastáncem tohoto přístupu je i Roger Sim, který chápe reminiscenční terapii jako výše zmíněný pohled. Dále je zastáncem toho, aby pro terapii byl charakteristický zájem o klienta a aby terapeut vyvinul maximální snahu o porozumění klientovi. Přístup Rogera Sima vede k vytvoření vzájemného důvěrného vztahu mezi klienty a pečujícími personálem. Tento vztah je založen na vzájemné úctě. Sim tvrdí, že cílem terapie je připravit takovou atmosféru, která bude podporovat pozitivní interakci mezi lidmi.⁶⁸ Sim o reminiscenční terapii hovoří jako o určitém druhu umění, jelikož je v ní nutno zapojit několik činností a procesů zároveň. Konkrétně se jedná o zapojení: „fantazie, opravdovosti, tvořivosti, dovednosti, citlivosti, vnímavosti, instinktů a znalosti, a to vše okořeněné špetkou výstřednosti riskování, schopnosti něco předvést a estetického úsudku.“⁶⁹ Sim nahlíží na reminiscenční terapii takto: Reminiscenční terapie v sobě zahrnuje celou řadu interaktivních, tvořivých a výrazových aktivit, jejichž společným jmenovatelem je zájem o minulé životní zkušenosti lidí, kteří se jí účastní. Jedná se o celé spektrum aktivit, od interaktivních setkání, na kterých lidé hovoří o své minulosti, až po umělecky zaměřené projekty a projekty, při kterých dochází k navázání úzké spolupráce s komunitou.⁷⁰

Zůstává tedy otázkou, zda používat čistě pojem reminiscence či reminiscenční terapie. Nejspíš záleží na rozsahu dané činnosti a sociokulturních podmínkách dané společnosti.

⁶⁷ NORRIS, A. *Reminiscence with Elderly People*. 10th ed. Bicester: Winslow Press, 1997

⁶⁸ SIM, R. *Reminiscence – Social & Creative Activities with Older People in Care*. Bicester. Winslow Press, 1997

⁶⁹ Ref. 68, str. 100

⁷⁰ Ref. 68, str. 2

3.2.1. Formy reminiscenční terapie

Jak z výše uvedených kapitol vyplývá reminiscenční terapie má určité formy, o kterých bude pojednávat tato kapitola.

Nejjednodušší a přirozeně vyplývající dělení, které je patrné z výše uvedených informací, je rozdělení na individuální a skupinovou terapii. Autorky Špaténková a Bolomská ještě rozdělují jako skupinovou, tak i individuální terapii na formální a neformální. Autorky píší, že individuální terapie, kdy se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi je dynamická a dochází při ní k tomu, že klient sdílí širší spektrum vzpomínek a může dojít k vytvoření intenzivního a důvěrného vztahu mezi oběma stranami. Vzpomínající má při této formě terapie pocit významnosti a důležitosti, že jeho osoba je vnímána s respektem a jedinečností. Při této formě terapie je výhodou to, že terapeut může přizpůsobit tempo klientovi a dopřát mu tak dostatek času pro vzpomínání a pro rozebrání zvláště důležitých témat. Individuální forma reminiscenční terapie je vhodná pro stydlivější osoby, které by měly problém se sdílením informací ve skupinové formě.⁷¹ Náhodná a nenucená setkání několika lidí, kteří společně vzpomínají na minulé události, autorky nazývají neformální skupinovou reminiscencí. Tato forma je otevřená komukoliv, kdo se chce přidat. Úkolem terapeuta je to, aby se pokusil zapojit seniory a ostatní účastníky do již probíhající konverzace. Konverzace by měla být opravdová a zároveň odlehčená a také by měla být zachována neformální atmosféra. Dalším úkolem terapeuta, který má spíše roli facilitátora je zajistit, aby všichni účastníci dobře viděli a slyšeli. Zároveň reminiscenční terapeut poskytuje pomoc v případě potřeby. Smyslem neformální reminiscence je to, aby senioři měli radost a stimulaci do života v instituci.⁷² Tato forma reminiscence vzniká spontánně, může se vytvořit například na narozeninových oslavách či kulturních akcích pořádaných v domovech pro seniory. Jak je v práci uvedeno, autorky skupinovou reminiscenci rozdělily na neformální a formální. Formální podoba reminiscence je oproti neformální plánovaná a cíleně zaměřená. Měla by probíhat v prostředí umožňující koncentraci, která je dle autorek důležitá především v začátcích. Zpočátku je lepší, když klienti sdílí obecné informace o své osobě a později se věnují hlubším tématům. Reminiscenční terapeut by měl věnovat pozornost facilitaci skupiny. Skupiny by měly být omezeny počtem, účastníci musí s reminiscencí souhlasit a být předem obeznámeni s průběhem terapie.⁷³ Je přirozené, že pokud spolu určitý počet osob tráví čas, dochází tak k jejich sblížení. Může tak dojít k prolnutí formální a neformální podoby

⁷¹ Ref. 53

⁷² Ref. 53

⁷³ Ref. 53

reminiscence, což bývá přínosem pro reminiscenční terapii.

Autorky Špatenková a Bolomská uvádějí ve své publikaci ještě další formy reminiscenční terapie. Konkrétně může mít podobu diskuze, ve které se hovoří o aspektech minulosti. Tato forma je koordinovaná a organizovaná, setkání jsou formální a vývoj skupiny je sledován a ohodnocen. Při tomto setkání si klienti prohlížejí fotografie, dívají se na filmy, diapozitivy, mohou při setkání poslouchat hudbu za účelem navození vzpomínek. Autorky zde uvádějí ještě další aktivity, jako je například návštěva výstavy či míst, kde vzpomínající, například senioři s demencí, dříve pracovali.⁷⁴

Reminiscenční terapie může mít takovou podobu, která probíhá v prostředí, které je vytvořené tak, aby bylo co nejvíce podobné domovu. Tento typ terapie je neformální a je spojován s každodenními aktivitami. V knize Reminiscenční terapie je uveden příklad, kdy senior vzpomíná v rámci vykonávání hygieny, na to jak se koupal, když byl malý. Vhodné dle autorek je, když je tato forma podporována institucí tak, aby pracovníci měli vhodné časové podmínky k poznání klienta. Cílem této formy je společenská interakce seniorů, rozptýlení klientů, popovídání si a navození příjemné atmosféry domácího prostředí. Při vytváření domácího prostředí se mohou použít dobové dekorace a aktivity mohou probíhat i ve skupinkách.⁷⁵

Další formu, kterou autorky uvádí, je „Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného“, při které je cílem, aby účastníci vytvořili něco konkrétního. Vzpomínající mohou využít krom svých stávajících dovedností, o kterých vědí, objevit nějaké skryté vlohy, o kterých netušili. Při obtížnosti a náročnosti může pomoci reminiscenční terapeut.⁷⁶ Výsledkem společné činnosti klientů může být naprosto cokoliv. Vzpomínající mohou namalovat obraz, napsat společně báseň, vytvořit fotoknihu nebo časovou osu.

Reminiscence jako prostředek snižující pocit izolace je další formou reminiscence. Krom snížení pocitu izolace, slouží terapie i jako prostředek ke snížení dopadu institucionalizace. Špatenková a Bolomská píší, že lidé, kteří dlouho žijí a pracují v nějaké instituci, mohou po nějaké době zažít pocit společenské izolace. Důsledkem pocitu izolace může být zkreslení pohledu na instituci a na život. U pracovníků hrozí dle autorek riziko, že u nich vznikne nevraživost a agresivita vůči klientům a dojde tak ke zhoršení péče o klienty. V jejich knize stojí, že „zájem o minulost motivovat k propojení světa instituce se světem vnějším a posloužit tak k pronikání vnějších vlivů do tohoto jinak uzavřeného

⁷⁴ Ref. 53

⁷⁵ Ref. 53

⁷⁶ Ref. 53

prostředí.⁷⁷ Sim říká, že tento druh terapie je vhodný k ukázání společnosti toho, jak to vypadá a probíhá za zdmi instituce.⁷⁸

Poslední formou reminiscenční terapie, kterou autorky uvádějí, je všeobecný kontext sloužící k prohloubení porozumění. Smyslem terapie může být i podpora zainteresování pracovníků o klienty a zlepšení komunikace mezi těmito dvěma stranami. K tomu lze využít i výše zmíněné podoby reminiscence. Autorky v publikaci píší, že reminiscence může probíhat tak, že se vytváří biografie života vzpomínajícího. Tato činnost může pracovníkovi pomoci k pochopení chování klienta a připravit si tak plán péče, který bude co nejvíce odpovídat potřebám daného člověka. K prohloubení zájmu o klienty je vhodná výstava předmětů, které patří uživatelům služeb.⁷⁹ Sim dodává, že tato forma terapie se hodí zvláště pro mladší pracovníky, jelikož znalosti, které mají, jsou občas před nástupem moderních technologií poněkud omezené.⁸⁰

3.2.2. Přístupy k reminiscenční terapii

V práci již bylo zmíněno, že existují určité přístupy k reminiscenční terapii. Již byly zmíněny různé komplexní a hlubší postoje, které zaujímají někteří autoři, jako např. Fait Gibsonové a Andrew Norris.

Autorky knihy *Reminiscence* rozdělují přístupy k reminiscenční terapii na čtyři okruhy. V knize se lidé mohou dočíst o narativním, reflektujícím, expresivním a informačním přístupu.⁸¹ Všemi přístupy se v této kapitole bude práce zabývat.

3.2.2.1. Narativní přístup

Autorky ve své knize jako první zmiňují narativní přístup, který spočívá na práci s vyprávěnými vzpomínkami, které jsou spontánně vyprávěné. Vyprávění může být uskutečňováno buďto ve dvojicích či skupinách. Není ale výjimkou, že reminiscence v pojetí narativního přístupu může probíhat formou individuálního tichého vzpomínání, kde je výsledkem činnosti například autobiografie či memoáry. Nejčastěji vzpomínající senioři vyprávějí příběhy ze života. Téma příběhu může být dáno, ale také nemusí.

Cílem tohoto přístupu je zkvalitnění a vyplnění volného času vzpomínajících. Dalším důležitým cílem je začlenění seniorů do společnosti, stimulace kognitivních funkcí, posilování sebeúcty klientů a snaha o navození pozitivního duševního stavu. Vzpomínání musí probíhat

⁷⁷ Ref. 53

⁷⁸ Ref. 68

⁷⁹ Ref. 53

⁸⁰ Ref. 68

⁸¹ Ref. 52

v příjemné a uvolněné atmosféře, kde mají klienti pocit bezpečí, aby se mohli vzpomínání účastnit všichni přítomní. Skupina v narativním přístupu by měla připomínat setkání rodiny či přátel. Jsou vyzdvihovány příjemné aspekty vzpomínání. V narativním přístupu chybí hodnocení, za účelem ochrany bezpečí účastníků.

Reminiscenční terapeut má v tomto pojetí reminiscenční terapie úlohu facilitátora či asistenta, který musí být vyškolen. Ve školení je dbáno na to, aby si daný člověk uvědomoval sebezkušenost s vlastním vzpomínáním. Se vzpomínáním musí mít facilitátor zkušenost, a že těší jeho samotného i ostatní lidi. V rámci školení se školící facilitátor učí používat vědomosti o vzpomínání kontrolovaně a vědomě, je obeznámen s metodami a technikami reminiscence. Obsahem školení je i vývoj reminiscence a budoucí facilitátor se naučí prvkům, jak vést skupinu. Rozhovory by měly být facilitátorem korigované, ale zároveň by měl sám facilitátor vycítit, kdy je třeba do rozhovoru nezasahovat a pouze poslouchat. Snaží se o to, aby se do rozhovorů a diskuzí zapojovali všichni přítomní.⁸²

Za zastávce narativního přístupu je považován již zmiňovaný Adrew Norris a Pam Schweitzerová.⁸³ Tento přístup má také své odpůrce. Někteří autoři ho považují za jednoduchý. Například Colemanovi přijde, že vedoucí reminiscenční skupiny nejsou příliš připraveni. Kritizuje to, že by reminiscence měla být pouhou zábavou či metodou aktivizace seniorů.⁸⁴ Reminiscenční pracovníci jsou dle Bendra málo připraveni na to, aby byli schopni reagovat v situaci, kdy se vzpomínajícímu vybaví vzpomínky, jež mu způsobují trauma.⁸⁵

V knize *Reminiscence* stojí, že dle výzkumů si vzpomínající senioři narativní přístup oblíbili. Účastníci si užívají aktivity, reagují, pozitivním způsobem se mění jejich chování, mizí negativní emoce a spontánně komunikují s ostatními účastníky setkání. Celkově má reminiscence v narativním pojetí pozitivní vliv na seniory, který v nich zároveň vyvolává potřebu respektu k ostatním účastníkům a potřebu jim pomáhat.⁸⁶

⁸² Ref. 52

⁸³ Ref. 52

⁸⁴ COLEMAN, P. G.: *Ageing and Reminiscence Processes*. New York, Wiley, 1986

⁸⁵ BENDER, M.P.: *Bitter Harvest: The Implications of Continuing War – Related Stress on Reminiscence Theory and Practice*. *Ageing & Society*, 1997

⁸⁶ Ref. 52

3.2.2.2. Reflektující přístup

Dalším přístupem, kterým se bude tato práce zabývat je reflektující přístup, ke kterému patří, dle autorek Janečkové a Vackové, životní rekapitulace Roberta Butlera. Tento přístup si je blízký s psychoterapií a je vnímán jako speciální forma reminiscence. Reflektující přístup navazuje na procesy, které vyplynou na povrch náhodou v důsledku potřeb seniorů. Práce se seniory má podobu rozhovoru mezi klientem a terapeutem, malou skupinkou zúčastněných nebo může mít formu monologu jednotlivce. Při rozhovoru dochází k vybavování vzpomínek za účelem zhodnocení života včetně jeho nepříjemností a různých křivd. Vzpomínky zde mají kladnou roli a měly by pomoci člověku s nalezením sebeúcty, dosáhnout spokojenosti a duševní vyrovnanosti.⁸⁷ Při reflektujícím přístupu často senioři a vzpomínající dosáhnou takového stavu, že jsou schopni odpustit svým přátelům a rodině.⁸⁸

Již zmiňovaný Butler trval na tom, aby tento přístup poskytovali terapeuti vyškolení psychoterapeutickým výcvikem.⁸⁹ K životní rekapitulaci neboli jinak řečeno životní bilanci se přikláněli také autoři Lewis, Birren a Haight.⁹⁰

Mezi reflektující přístupy patří model kognitivně-reminiscenční terapie, který navrhl Philippe Cappeliez. Kognitivně-reminiscenční terapie byla navržena pro lidi trpící depesemi a pro lidi s problémy v oblastní kognitivních funkcí. Reminiscenční terapie zde probíhá ve skupině o malém počtu lidí, která se schází jednou za týden. Sezení trvá od šedesáti do devadesáti minut a počet sezení je v rozmezí šesti až dvanácti sezení. Ve skupině by měli být lidé se stejným problémem na podobné úrovni daného problému. Témata rozhovorů jsou účastníkům sdělována předem, aby se na ně mohli připravit jak po psychické, tak po obsahové stránce. Účastníci si mohou své myšlenky a vzpomínky napsat. Každý člen ze skupiny pak dostane prostor pro vyjádření. Cílem kognitivně-reminiscenční terapie je systematické prozkoumávání vzpomínek, zároveň dochází k přerámování myšlenek a postojů, tak aby se jedinec vnímal kladně. K naplňování tohoto cíle dochází skrze posilování instrumentálních a integrativních vzpomínek. Instrumentální vzpomínky jsou vzpomínky na úspěchy jednotlivce a zároveň vzpomínky na náročné situace, které se podařilo pozitivně vyřešit. Integrativní vzpomínky jsou takové, které dokáží nějakou ztrátu přehodnotit do takové formy, z níž jedinec něco získává pro svoji hodnotovou orientaci. Realizované studie ukazují, že při aplikaci kognitivně-reminiscenční terapie dochází u seniorů ke snížení

⁸⁷ Ref. 52

⁸⁸ Ref. 52

⁸⁹ BUTLER, R.N.: The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 1963

⁹⁰ Ref. 52

míry demence a zlepšení kognitivních funkcí.⁹¹

Tato práce se již zmiňovala o validaci Naomi Feilové, která upozorňuje na potřebu seniorů vyrovnat se s vnitřními konflikty či křivdami. Feilová kritizovala zpětné navracení zmatených lidí do reality a následné zklidňování při výskytu negativních projevů. Práce již výše píše, že validace respektuje jedinečnost člověka a nesnaží navracet lidi do reality, ale zaměřuje se na jejich emoce. Autorky knihy *Reminiscence* řadí techniku validace mezi reflektující přístupy. Mezi validační techniky řadí oční kontakt, doteky, pokládání otázek, které nejsou pro člověka nějak ohrožující, dále sem patří opakování a parafrázování, zrcadlení a práce s hlasem. Feilová vycházela z toho, že změny v lidské psychice, změny v chování a emoci u pacientů s demencí jsou přirozené. Validace tedy znamená přijetí reality druhého jedince jiným člověkem a užívání komunikace k tomu, aby se tito dva lidé přiblížili. Technika validace uznává vše, co člověk dělá a řadí určité projevy do tří kategorií potřeb. V knize *Reminiscence* jsou tyto potřeby vypsány takto: „být milován, opečováván; být užitečný (při projevech spojených s prací); vyjadřovat bolestivé, dosud nezhojené emoce.“⁹²

Reminiscenční terapeut se snaží, aby člověk, se kterým vzpomíná, přijal svůj prožitý život jako hodnotný. Terapeut komunikuje o tématu, které vzpomínající navrhně. Terapeutovi nepřísluší cokoli hodnotit, kritizovat a s klientem konfrontovat, musí přistupovat ke klientovi s úctou a respektem. Úkolem terapeuta je snažit se zorientovat v klientově realitě, která však nemusí odpovídat té skutečné. Vzpomínající vyjadřuje určité pocity, starosti či emoce, které se snaží validační pracovník učinit platnými. Cílem není odstranění nějakých negativních projevů chování, ale pracovník se snaží zmírnit příčiny, které vedou k těmto projevům.⁹³

Feilová uvádí tyto validační techniky: centrování, empatie, užívání konkrétních a neohrožujících otázek, parafrázování, opakování slov, polarita, protiklady, prohlížení fotografií, oční kontakt, užívání nejednoznačných výrazů, práce s tónem hlasu, zrcadlení, spojení projevů poruch chování s neuspokojenými potřebami, oblíbené smyslové vjemy, doteky, blízká přítomnost, hudba.⁹⁴

Sally Hitchová se zaměřila na výsledky validační terapie a zjistila, že validace má vliv na snížení výskytu negativních emocí a problémového chování u seniorů s demencí. Zároveň však připomíná ten fakt, že validace se zaměřuje na obsah jedincova prožívání a přílišné soustředění na komunikaci může vést k tomu, že budou přehlédnuty některé důležité životní potřeby.⁹⁵ Feilová dokládá výsledky, které ukazují na pozitivní přínos validační terapie.

⁹¹ Ref. 52

⁹² Ref. 52

⁹³ Ref. 52

⁹⁴ Ref. 60

⁹⁵ HITCH, S.: Cognitive Therapy as a Tool for Caring for The Elderly Confused Person. *Journal of Clinical Nursing*, 1994

Některé z nich jsou měřitelné a jiné nikoliv. Mezi měřitelné změny řadí Feilová to, že jedinec sedí vzpřímeně, má zářící a více otevřené oči než doposud, je méně agresivní a více kontroluje své chování, výskyt negativních projevů je u jedince nižší, dotyčný užívá více verbální a neverbální komunikace, zlepšuje se u něj chůze a celkové držení těla a pacient už nepotřebuje tolik omezovacích prostředků. Mezi ty neměřitelné řadí Feilová to, zda je jedinec schopen řešit životní úkoly, zda je méně úzkostný a sevřený, to jak vnímá realitu a zda se u něj zlepšuje smysl pro humor, zda jedinec nabývá pocitu, že jeho osoba je potřebná a užitečná, dále sem řadí to, jestli pacient může převzít sociální roli ve skupině.⁹⁶ Feilová své pacienty pozorovala po dobu šesti týdnů, kdy byla u pacientů používána validační terapie. U pacientů s demencí zaznamenala pozitivní změny, že se pacient vracel do minulosti méně než dříve, dále jeho pocity, které vyjadřoval, působily pozitivněji, snížila se míra obviňování a oddálilo se čtvrté stádium demence. Podle Feilové se projevila validace na pacientovi s demencí i po fyzické stránce, kdy došlo k uvolnění napětí ve rtech a svalech, pacientův hlas se zdál být klidnější a pevnější, došlo ke stabilizaci dechu a pohled pacienta působil klidným dojmem.⁹⁷

Jak se již práce zmiňuje reminiscence a validace spolu souvisí. Oba tyto přístupy jsou založené na empatii k pacientovi. Autorky Janečková a Vacková poznamenávají, že validace se oproti reminiscenci dá používat i v terminálních fázích onemocnění demence.⁹⁸

Reflektující přístup by měl být součástí celostní péče o seniory buďto v pobytových zařízeních, nebo by měl být praktikován i v rodině, která se stará o člověka s demencí.

3.2.2.3. *Expresivní přístup*

Expresivním přístupem se zabýval psycholog James Pannebaker, který pracuje se vzpomínkami, které ukrývají těžká a složitá témata. Práce s náročnými vzpomínkami může přinést člověku úlevu a ta se dokonce může následně promítnout i v jeho zdravotním stavu. Tato metoda spočívá v tom, že člověk spolupracuje v náročném vzpomínání s jinou osobou, která se k tomu může vyjadřovat a poskytovat oporu. Debata o traumatických vzpomínkách může vzpomínajícímu pomoci v tom, že změní pohled na dávno prožité trauma a nabízí se zde možnost jakéhosi uzdravení v této oblasti. Odhalení dlouho skrývaných a potlačovaných vzpomínek může pomoci člověku s vyřešením některých problémů. V expresivním přístupu je důležitý pohled na přítomnost a budoucnost.⁹⁹

⁹⁶ Ref. 52

⁹⁷ Ref. 60

⁹⁸ Ref. 52

⁹⁹ PENNEBAKER, J. W.: *Emotion, Disclosure and Health*. Washington, D. C., American Psychological Association, 1995

3.2.2.4. Informační přístup

Posledním přístupem, kterým se bude tato práce zabývat je přístup informační. Mezi zastánce informačního přístupu se řadí Peter Coleman, který pokládá za důležité předávání zkušeností, například prostřednictvím autobiografie, kde se zároveň promítají postoje a poznatky jedince. Autobiografie obsahuje také historický kontext, který může mít přínos pro mladší generace. Senioři se tak dostávají do role učitelů a mohou opětovně nabýt pocitu společenské užitečnosti.¹⁰⁰ Podle autorky knihy *Reminiscence* by měly reminiscenční programy obsahovat také přednášky vedené pamětníky, vzdělávací pořady, debatní kroužky, setkávání starších a mladších generací, retrospektivní výstavy.¹⁰¹

O reminiscenčních přístupech a pojetí jednotlivých odborníků by se dala napsat další samostatná práce. Tato kapitola shrnuje obecné teoretické poznatky jednotlivých přístupů pro vytvoření základní představy o reminiscenci a o tom, z jakých úhlů se dá uchopit.

3.3. Využití reminiscence

Práce se již zmiňuje o využívání reminiscence. Tato kapitola se zaměří na to, v jakých oborech může být reminiscence prospěšná a v závěru se bude zabývat využitím reminiscence u seniorů s demencí.

Autorky Janečková a Vacková ve své knize píše, že reminiscence se využívá v historii, dokumentární tvorbě, v umění či v oblasti společenských věd jako je například sociologie. Sociologie využívá metodu autobiografie, která pomáhá sociologii pochopit jednání určitých sociálních skupin, jak z hlediska jejich identity, tak pro snahu soužití s většinovou společností. Vyprávění je zdrojem společenských hodnot a tradic. Dokonce je to lidská přirozená potřeba někomu něco vyprávět. „Individuální i kolektivní paměť je výsledkem interakce mezi intelektuálními a kulturními tradicemi, které ovlivňují výklad minulosti, mezi tvůrci paměti (vypravěči), kteří selektivně vybírají a manipulují s těmito tradicemi, a konzumenty paměti (posluchači), kteří užívají, ignorují a transformují jednotlivé příběhy a vzpomínky v souladu se svými zájmy. Tak se může stát, že podobná historická událost je v různých kulturně-sociálních podmínkách zapamatována rozdílným způsobem.“¹⁰²

Reminiscence je využívána také v kulturní antropologii, kde se využívají narativní přístupy, které jsou vysvětleny v předchozí kapitole. Kulturní antropologie se snaží

¹⁰⁰ COLEMAN, P. G.: Measuring Reminiscence Characteristics Form Conversation as Adaptive Features of Old Age. *International Journal of Aging and Human Development*, 1974

¹⁰¹ Ref. 52

¹⁰² Ref. 52, str. 39

prostřednictvím reminiscence interpretovat lidské chování a jednání.¹⁰³

Využití vzpomínek pamětníků o událostech z naší minulosti je důležité pro obor historie, která se zajímá o to, jak jednotlivé události vnímali prostí lidé. Vzpomínky pamětníků jsou důležité pro následující generace, jelikož vzpomínky lidí žijících v té době může pomoci k odstranění nepravdivých informací či mýtů. Těžké a traumatické vzpomínky mohou být odhaleny až po uplynutí nějaké doby kvůli jejich náročnosti.¹⁰⁴

Janečková a Vacková uvádějí ještě oblast, kterou pojmenovávají podpora zdraví v komunitě, kde se reminiscence využívá ke zdraví seniorů a jejich sociálního začlenění, ale také ke zlepšování vztahů mezi generacemi a minimalizaci bariér mezi společenskými skupinami. Prostřednictvím reminiscence dochází k posílení identity společnosti a připomínání společenských kořenů. Těchto cílů se dosahuje pomocí různých uměleckých odvětví za příležitostí svátků či plánovaných akcí. Existuje spousta projektů, které se zabývají podporou zdraví v komunitě, například jsou to programy Pam Schweitzerové, která přišla s myšlenkou zdramatizovat vzpomínky seniorů. Další programy nabízelo Gerontologické centrum Praha či mezinárodní projekt HelathProEldery.¹⁰⁵ V dnešní době je to především Reminiscenční centrum, z. s. a dále je reminiscence prováděna v pobytových zařízeních či stacionářích.

3.3.1. Využití reminiscence při práci se seniory s demencí

Senioři jsou sami o sobě charakteristická skupina. Práce s nimi se však dá ještě dále specifikovat, například reminiscence, která se zaměřuje na seniory s depresiemi a úzkostmi, zhoršenými orientačními schopnostmi v důsledku ztráty sluchu či zraku. Reminiscence se zaměřuje také na seniory po mozkových příhodách či mentálním postižením. Jednou z těchto specifických skupin, kterou se bude tato bakalářská práce detailněji zabývat, jsou senioři s demencí.

Jacquelin Cook upozorňuje na problematiku přehlížení potřeb seniorů s demencí v pobytových zařízeních. Dle ní je tato skupina seniorů nejvíce přehlížena a osamělá, z důvodu toho, že jedinci trpící demencí se nevyjadřují jasně a srozumitelně a osoby, které jsou s nimi v kontaktu, nerozumí jejich sdělení, a tak se může stát, že jsou osoby s demencí za nějaký čas přehlíženy. Dochází pouze k uspokojování fyzických potřeb, ale nedostatečná komunikace a sociální stimulace může vést ke zrychlení společenského

¹⁰³ Ref. 52

¹⁰⁴ Ref. 52

¹⁰⁵ Ref. 52.

úpadku a zhoršení mentálního stavu.¹⁰⁶ Lidé ve společnosti pacientů s demencí často nevědí, jak s těmito lidmi komunikovat, proto dle autorek Janečkové a Vackové nastává problém, kdy se prohlubuje společenská stigmatizace.¹⁰⁷

V první části práce, která se zabývá onemocněním demence, je uvedena informace, že lidé trpící demencí mají narušenou krátkodobou paměť, ale vzdálenější vzpomínky jsou ponechány. Z tohoto důvodu se domnívají autorky Špatenková a Bolomská, že může reminiscence přispět ke zlepšení kvality života seniorů s demencí.¹⁰⁸ Z toho je zřejmé, že zařazování seniorů do reminiscenčních skupin je pro ně přínosné.¹⁰⁹ U jedince, který trpí demencí a vybaví si nějakou vzpomínku, může nastat stav, kdy se rozpomene na detaily ze svého života a nastává tak pozitivní změna, jak pro klienta, tak jeho okolí.¹¹⁰ Janečková a Vacková píše, že čím je demence hlubší, je sledovaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu nápadnější. Vzpomínající mají radost z komunikace a reminiscenční terapii si užívají více než jakékoliv jiné společenské aktivity.¹¹¹ Schweitzer poznamenává, že reminiscenční terapie ovlivňuje vztah terapeuta a vzpomínajícího. A to z toho důvodu, že při vzpomínání se odhalí některé stránky osobnosti klienta, které pomohou terapeutovi vytvořit si vztah ke vzpomínajícímu.¹¹²

V knize Reminiscence je kromě pozitivních stránek praktikování reminiscence u osob s demencí uvedeno i riziko, kdy určitý podnět, který vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, může spustit lavinu negativních reakcí a emocí. Jedinec si však v důsledku nemoci neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co vlastně prožívá. Je proto velmi důležitá práce personálu, který by měl s klientem pracovat a pomoci mu vyjádřit slovy, k čemu se jeho vzpomínky váží.¹¹³

Při reminiscenci jako takové je kladen důraz na využití schopností a silných stránek vzpomínajícího. Při praktikování reminiscence se seniory trpící demencí je důležité držet se určitých pravidel. Špatenková a Bolomská uvádějí zásadu emocí, které jsou velmi zásadní při prvním kontaktu se seniorem. Při navazování prvního kontaktu je dle autorek dobré využít nějakých stimulačních prostředků, jako je například hudba, k vytvoření přátelské atmosféry založené na důvěře a vzájemné úctě. Další zásadou je vytvoření takových podmínek,

¹⁰⁶ COOK, J. B. Reminiscing: How It Can Help Confused Nursing Home Residents. *Social Casework: The journal of Contemporary Social Work*, 1984

¹⁰⁷ Ref. 52

¹⁰⁸ Ref. 53

¹⁰⁹ Ref. 53

¹¹⁰ Ref. 52

¹¹¹ Ref. 52

¹¹² SCHWEITZER, P., BRUCE, E.: *Remembering Yesterday, Caring Today. Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice*. Londonm Jessica Kingley Publishers, 2008

¹¹³ Ref. 52

aby mohli být reminiscenční pracovníci v aktivní interakci se seniory. Při reminiscenci je nezbytné respektovat důstojnost seniorů s demencí a uvědomovat si individualitu každého jedince. Aktivity při terapii je nutné přizpůsobit možnostem klientů.¹¹⁴ Autorka Jitka Zgola píše, že nejlepší výsledky přinášejí aktivity, které jsou založeny na senzorní stimulaci a jako nevhodné aktivity při práci se seniorem se ukazují ty, které se zaměřují na kognitivní funkce. Dále poznamenává, že některé aktivity je třeba poupravit, například časově či rozsahově.¹¹⁵

Špatenková a Bolomská ve své knize píše, že reminiscence se skupinou seniorů trpících demencí je velmi náročná, ale zároveň v ní lze shledat hluboký smysl, a to pro vzpomínající, ale i pro pracovníky praktikující reminiscenční terapii. Senioři mají pozitivní prožitky při vzpomínání, nehledě na fakt, že na danou aktivitu brzy zapomenou. Lidé s demencí jsou rádi ve společnosti druhých lidí, reminiscence jim může pomoci ke zmírnění depresí, stresu a dalších negativních projevů.¹¹⁶ Cooková také píše o pozitivních změnách u seniorů trpících demencí. Dle ní se zlepšil stav u klientů, kteří byli apatičtí. Tito lidé začali více komunikovat a jednat spontánněji. Došlo také ke zvýšení zájmu účastníků o to, co říkají ostatní členové skupiny a začali mezi sebou více debatovat.¹¹⁷

V náhodně vzniklé skupině se člověk s demencí nemusí setkat vždy s pozitivní odezvou, proto je dle Jitky Zgola dobré organizovaně vytvářet reminiscenční skupiny pro osoby s demencí. V této skupině jsou vytvořené podmínky, aby spolu účastníci intenzivně sdíleli své zážitky.

Ve skupinové reminiscenci pro osoby s demencí je nesmírně důležitá role facilitátora, který je vyškolený pro komunikaci s lidmi s demencí a poskytuje členům skupiny přívětivou reakci.

Ve skupinové terapii je důležité, aby byla skupina menšího počtu a požadavky přizpůsobeny potřebám členů skupiny. Každý z členů je osloven svým jménem a je podporován v tom, aby se vyjádřil a nikdy nemělo být vzpomínajícímu naznačeno, že řekl něco špatně. V reminiscenční skupině není nikdo k ničemu nucen a má dostatek času a prostoru k tomu, aby vyjádřil své pocity a myšlenky. Aktivity mohou být konkrétní nebo nestrukturované, není však při nich důležitý cíl, ale prožitek pro účastníky, aby se cítili dobře a bezpečně a zároveň se upevňoval pocit toho, že někam patří. Pocit sounáležitosti by měl být často během reminiscence připomínán.¹¹⁸ Jitka Zgola tedy píše, že není důležitý cíl, ale prožitek pro vzpomínající. Dalo by se tedy říci, že cílem může být právě to, že je

¹¹⁴ Ref. 53

¹¹⁵ ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

¹¹⁶ Ref. 53

¹¹⁷ Ref. 106

¹¹⁸ Ref. 115

seniorům při reminiscenci umožněn příjemný prožitek. Špatenková a Bolomská také doporučují, aby skupina byla malého počtu, ale zároveň však dodávají, že i při tak malém počtu osob je vhodné, aby byli ve skupině přítomni dva facilitátoři. Dále doporučují zvážit účast seniorů, kteří jsou hyperaktivní, neklidní či agresivní. Před prvním setkání by měl mít facilitátor co nejvíce informací o jednotlivých klientech. Setkání by měla probíhat několikrát v týdnu a měla být kratší, ale pokud jsou účastníci dobře naladěni, je možné dobu setkání protáhnout. Sezení by mělo být vždy na stejném místě a ve stejnou dobu. Ve volbě času reminiscence je vhodné zvolit takovou část dne, kdy jsou senioři bystřejší. Není proto dobré plánovat reminiscenční setkání na pozdní odpoledne či večer. Dle autorek je přínosné využít co nejširší spektrum pomůcek, které zapojí co nejvíce smyslů. Při sestavování cílů reminiscence je nutné uvažovat realisticky. Facilitátor by si měl všimnout neverbálních projevů seniorů a dopřát jim dostatek času pro to, aby si mohli uvědomit, na co se jich kdo ptá.¹¹⁹

Janečková a Vacková píší, že samotná přítomnost ve společenství je pro člověka s demencí cenná, jelikož se stává součástí společenství a získává tak nějakou moc a zároveň kontrolu. Dostává se mu sociální role, která je respektována. To, aby jedinec cítil příslušnost k dané skupině, je potřeba podporovat, a to tak, že je vytvořené příjemné a klidné prostředí. Dále je důležitá role facilitátora, která je rozebírána v předchozích odstavcích. Člověk s demencí by měl chápat své místo ve skupině nejen fyzicky, jak je to dáno prostorem, ale hlavně psychicky, a to již zmiňovanou rolí, pocitem, že tu na něj čekají a podobně. K tomu, aby lidé s demencí více pociťovali sounáležitost s reminiscenční skupinou, je dobré užívat rituály, které jsou ve většině případů impulzem pro automatickou reakci vzpomínajícího. Užívá se také neverbální komunikace, jako je například pantomima, která pomůže vytvořit pozitivní a hravou atmosféru ve skupině. Musí být však zachována určitá kultura aktivity. Činnost by se neměla stát infantilní. Pantomima je velmi vhodná při reminiscenci s danou cílovou skupinou, jelikož u lidí s demencí je dlouho zachována řeč těla, a proto je dobré s ní dále pracovat a snažit se o její rozvoj. Autorky dále jako vhodnou aktivitu označují tanec, jelikož dle nich vyvolává příjemné vzpomínky, vzniká při něm pocit sounáležitosti a působí pozitivně na kognitivní funkce.¹²⁰

Každý člen skupiny má odlišné schopnosti a možnosti, jak se může účastnit reminiscenčních aktivit. Facilitátor by měl proto zvážit, kdo je čeho schopen a rozdělit jednotlivé role při aktivitách tak, aby každý člen mohl mít radost ze společné činnosti. Facilitátor by měl zmínit, že všechny role jsou stejně hodnotné, aby někdo z účastníků neměl

¹¹⁹ Ref. 53

¹²⁰ Ref. 52

pocit, že zastává nižší či podřadnou funkci. Jedinec by se měl ve své roli cítit dobře a bezpečně.¹²¹

Gibson nabádá k tomu, že pokud je možné, je lepší zvolit individuální formu terapie, která je dle něj pro seniory vhodnější.¹²²

Jak již práce zmiňuje, u seniorů s demencí dochází ke zhoršování paměti, kognitivních funkcí a podobně, ale nic méně jejich smyslové vnímání může zůstat dlouho zachováno. Proto autorky Janečková a Vacková ve své knize radí, aby právě hmat, čich, zrak a sluch byly využívány k aktivizaci kognitivních funkcí prostřednictvím vzpomínek. Reminiscenční pomůcky spustí samovolnou reakci u člověka s demencí. Předměty musí být vybírány tak, aby reakce, kterou předmět vyvolá, člověk s demencí zvládl a mohl prožít radost a úspěch. Autorky píší, že může jít i o naprosto běžnou činnost, kdy jedinec bude zametat klasickým smetákem.¹²³ Někdy se stane, že senior s demencí zareaguje okamžitě na předmět, který je mu určitým způsobem blízký. Naopak by se mělo počítat i se situací, že předmět ve člověku nic nevyvolá.

Janečková a Vacková píší, že je nutné znát příběhy jedinců ve skupině a dle toho vybírat reminiscenční pomůcky. Při vybírání vůní by měla být dána přednost vůním, které jsou seniorům přirozené a blízké, například umletá káva, pečené koláče, dříve používané čisticí prostředky a podobně.¹²⁴ Pro seniory s demencí je dobré zvolit například klasické mýdlo, které má typickou vůni místo tekutých mýdel. Krom vůně je zde i hmatová stránka předmětu. Seniorům není blízké tekuté mýdlo. Jsou z dětství zvyklí na tuhé mýdlo a jeho konzistenci. O hmatových podnětech jako prostředku navození vzpomínky autorky také píší. Udávají zde příklady, že senior s demencí si může hladit nějaké zvíře, chodit na boso v trávě, provozovat různé pracovní aktivity nebo sem patří doteky na určité materiály. Mohou se využívat i speciální panenky, které připomínají vzhledem i hmotností skutečného kojence a senioři s demencí tak mohou o panenku pečovat. Doteky mohou spustit pohybový stereotyp, který vyvolá reakci a dotýčný, který má problémy s verbální komunikací, se může slovně projevit.¹²⁵

V práci byl již několikrát zmíněn poslech hudby jako jedna z aktivit reminiscence. Existují však další sluchové podněty, které se při reminiscenci využívají a mohou tak pomoci člověku s demencí se vzpomínáním. Janečková a Vacková uvádějí jako příklady poslouchání dešťových kapek, vyzvánění zvonů, zpěv ptáků či štěkot psa, zvuk kukačkových hodin

¹²¹ Ref. 52

¹²² Ref. 66

¹²³ Ref. 52

¹²⁴ Ref. 52

¹²⁵ Ref. 52

a mnoho dalšího. Díky sluchovým podnětům se může seniorům s demencí vybavit nějaké konkrétní místo z jejich života nebo určité období.¹²⁶

Mezi zrakové podněty řadí autorky pohled na jednoduché všední věci, které však mohou v seniorovi s demencí vzbudit libé pocity. Může jít o pozorování hrajeících si dětí, rybiček v akváriu, prohlížení fotografií, typů látek, z kterých se šijí oděvy nebo pozorování tlumeného světla. Senioři s demencí si také prohlížejí staré časopisy, obaly od gramofonových desek či fotografie zpěváků a umělců z jejich doby. Mezi zrakové podněty je řazeno také líčení před zrcadlem, které ale ne vždy musí v člověku vyvolat příjemné pocity.¹²⁷ Pantomima je jedna z aktivit reminiscence a autorky Janečková a Vacková ji řadí do zrakových podnětů. V tomto smyslu je chápána jako technika, kdy jsou napodobovány staré pohyby nebo zvyky, jako je hrabání trávy, rybaření, svatba, bruslení či lyžování. Dále je zde užíváno zrcadlení či promítání starých filmů.¹²⁸

Vzpomínky mohou ve člověku vyvolat i chutě, jako jsou typické zákusky ze starších dob, lékořice, brambory na loupáčku, bílá káva, povidla a mnoho dalšího. Někomu zas může nějaký pohyb navodit určitou vzpomínku, jako je houpaní na houpačce, tleskání či typická gesta.¹²⁹

Při reminiscenční terapii by se lidé s demencí měli cítit jako důležitá součást skupiny, měli by se cítit docenění a aktivity by měly být přizpůsobovány jejich schopnostem a možnostem. Pam Schweitzerová popisuje, jak by se se seniory s demencí mělo pracovat. Rozpoznávání je pro člověka s demencí mnohem jednodušší než samotné vzpomínání. To znamená, že určitá událost je vzpomínajícímu popsána, on ji rozpozná a je tedy mnohem pravděpodobnější, že připojí nějakou vlastní vzpomínku.¹³⁰ Dle Schweitzerové je jedinec s demencí ohrožen selháním. Je proto důležité vědět, v jaké oblasti je jaký klient nejvíce ohrožen a kde jsou naopak jeho silné stránky, které je vhodné dále rozvíjet. Některé silné stránky, o kterých jedinec ani neví, se mohou objevit, pokud je klient podporován a povzbuzován.¹³¹ I tato autorka píše o pohybovém stereotypu, který vyvolá vzpomínky a o tom, že senior s demencí potřebuje více času na urovnání a utřídění svých myšlenek, které potom převádí do slov. Neměli by se cítit, že je někdo do něčeho tlačí a že musí rychle odpovědět. Člověk, který pracuje se seniorem s demencí, by k němu měl při rozhovoru přistupovat tak, aby dal najevo, že chce, aby mu klient odpověděl. Z jeho řeči těla nesmí

¹²⁶ Ref. 52

¹²⁷ Ref. 52

¹²⁸ Ref. 52.

¹²⁹ Ref. 52

¹³⁰ Ref. 112

¹³¹ Ref. 112

vycházet signál, že ho odpověď nezajímá.¹³² Měly by být využívány neverbální prostředky komunikace, kdy se člověku nedaří slovy vyjádřit obsah svého projevu. Při reminiscenci by mělo být využíváno co nejvíce smyslů.¹³³ O smyslových podnětech se hovořilo již v předchozím odstavci. Seniorům s demencí by dle Schweitzerové měly být připomínány významné události, které se týkají jejich rodiny nebo jich samých, což umožní člověku se dále rozpomenout. Během aktivit by měl mít senior s demencí možnost, aby si zopakoval průběh pro něj známé situace. Vzpomínající mohou své vzpomínky také nakreslit.¹³⁴

Schweizerová popisuje techniky, které mohou člověku s demencí lépe se vyjádřit. Mezi ně patří zkracování vlastních projevů, kdy tedy dá facilitátor signál proto, že je připravený naslouchat. Dále je to tolerance ticha, kdyby se ho reminiscenční terapeut neměl snažit prolomit vlastním projevem.¹³⁵ Jak již bylo zmíněno, lidé s demencí potřebují více času na to, aby nahlas řekli, co si myslí. Další technikou je opakování řečeného. To znamená, že pokud senior s demencí začne něco říkat a v půlce věty se zastaví a zapomene myšlenku, facilitátor zopakuje začátek věty. Klientovi by mělo být nabídnuto slovo, když si na něj nemůže vzpomenout. Stejně tak by mu měla být nabídnuta pomoc, ale taktně. Dále je dobré zapamatovat si, co se snažil jedinec s demencí vyjádřit, pracovníkovi to může v budoucnu pomoci pochopit klientovi pocity v obdobných situacích.¹³⁶

V knize Reminiscence stojí: „Čím více imaginace využijeme při hledání způsobů jak aktivně zapojit lidi s demencí do aktivit, v nichž mohou prožít pocit úspěchu, tím déle jim umožníme, aby si uchovali svoji jistotu, identitu, vědomí sebe sama a motivaci komunikovat.“¹³⁷

¹³² Ref. 112

¹³³ Ref. 112

¹³⁴ Ref. 112

¹³⁵ Ref. 112

¹³⁶ Ref. 112

¹³⁷ Ref. 52str. 109

4. SROVNÁNÍ TEORIE S PRAXÍ

V předchozí kapitole je teoreticky popsáno, jak se využívá reminiscence při práci se seniorY s demencí. V teoretické části se také nachází doporučení odborníků, jak by měla samotná reminiscenční setkání vypadat, kolik členů by měla mít skupina při terapii či jaké aktivity jsou používány.

Tato kapitola se zaměří na praktické fungování reminiscence ve vybraných zařízeních. Práce se pokusí srovnat, v čem se liší některé praktické části reminiscence od té teoretické, a v kterých se naopak shodují.

4.1. Metodologie

Byly uskutečněny ilustrativní polostrukturované rozhovory pro dokreslení teoretické části práce. Rozhovory byly realizovány v domově pro seniory, kde jsou klienty i senioři s demencí. Dále v domově se zvláštním režimem, ve kterém jsou umístěni převážně senioři s syndromem demence. Poslední rozhovor probíhal v centru denních služeb navštěvující i senioři s demencí.

4.2. Zkoumané oblasti

Při ilustrativních polostrukturovaných rozhovorech s pracovníky bylo zjišťováno, která forma reminiscence je v zařízení provozována, a ke které se reminiscenční pracovníci raději přiklánějí. Tato oblast však není započítána do zkoumání rozdílů mezi teorií a praxí. Je spíše orientační.

Do oblastí, mezi kterými byly zjišťovány odchylky od teorie je zařazena otázka týkající se počtu účastníků jednotlivých setkání a organizovanost skupiny. Odborníci doporučují, aby při reminiscenci byli přítomni alespoň dva facilitátoři, i pokud je skupina malého počtu, proto je zde položena i otázka tohoto typu. Dále bylo zjišťováno, jak se pracovníci připravují na první setkání s klientem, zda znají jejich životní příběhy a jestli je oslovují křestním jménem.

Následovaly otázky, které zkoumaly jednotlivá setkání. Konkrétně byla zkoumána doba trvání, s případným prodloužením, dále místo reminiscenční terapie, to v jaké části dne reminiscence probíhá a kolikrát v týdnu je uskutečňována.

Reminiscenční pracovníci byli dotázáni i na konkrétní reminiscenční aktivity a rozdělení rolí při aktivitách tak, aby z ní mohl mít každý člen setkání užitek. Jedna z otázek zjišťuje zařazování pantomimy a tance jako aktivity při samotné terapii a jejich případného

vlivu na pozitivní změny u seniorů s demencí. Byla zkoumána také oblast aktivizace smyslových vjemů, zda je při reminiscenci užívána stimulace i chuťových smyslů či nikoliv.

Byla zjišťována existence rituálů při reminiscenčních setkáních. V rozhovoru padla i otázka, jak reminiscenční pracovníci přizpůsobují aktivity možnostem klientů. Jelikož odborníci doporučují zvážit přítomnost agresivních, hyperaktivních či neklidných seniorů ve skupině, zjišťovalo se tedy, zda jsou v jednotlivých typech zařízení tito senioři do skupiny zařazováni a jak s nimi reminiscenční pracovníci popřípadě pracují.

Další oblasti se zabírali tím, jak reminiscenční pracovník pracuje s klientem. Jedna z otázek zkoumala, jak pracovník zareaguje, když se klientovi vybaví traumatická vzpomínka, která spustí negativní emoce, ale on sám si neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co prožívá. Další otázka zjišťovala, jak pracovník pomůže klientovy s vyjádřením, když se zapomene uprostřed věty.

Poslední dvě otázky byly názorové. První otázka zkoumala, zda si reminiscenční pracovník souhlasí s tvrzením odborníků, že když je demence hlubší, je shledaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu je nápadnější. A druhá se ptala na to, zda si pracovník myslí, že reminiscence ovlivňuje vztah mezi terapeutem a klientem a popřípadě proč si to myslí.

Celkem tedy bylo položeno 27 otázek, přičemž 4 z nich nejsou započítány do součtu, který ukazuje na rozdíly mezi teorií a praxí. Tyto otázky jsou v příloze označeny kurzívou. Zkoumáno je tedy 23 oblastí.

4.2.1 Domov pro seniory

Z polostrukturovaných rozhovorů byly získány informace, že v prvním typu zařízení je praktikována pouze skupinová forma terapie, kde jsou skupiny malého počtu, a do reminiscenční skupiny se může zapojit kdokoli. Skupina tedy není vytvářena organizovaně. Odborníci, kteří jsou zmíněni v předchozí části, píší, že je vhodnější, aby reminiscenční skupina byla vytvářena organizovaně, protože v náhodně vzniklé skupině se člověk s demencí nemusí setkat vždy s pozitivní odezvou. Dalším bodem, kde se rozchází teorie s praxí, je počet facilitátorů. V zařízení je přítomen při reminiscenci pouze jeden facilitátor, kdežto odborníci píší, že i při malém počtu osob ve skupině je dobré, aby byli přítomni alespoň dva. Klienti by dle předchozí kapitoly měli být oslovení vlastním jménem, což se zde děje. Pracovník by se měl na první setkání s klienty teoreticky připravit, zjistit si o nich co nejvíce informací a znát jejich životní příběhy, čemuž je tak i v praxi v tomto zařízení.

Autoři píší o délce trvání jednotlivých sezení. Sezení má být kratší, má probíhat na stejném místě, v době, kdy jsou senioři bystřejší a je uskutečňováno několikrát týdně. V zařízení, kde probíhal rozhovor, probíhá reminiscence vždy na stejném místě a vždy v dopoledne. Setkání však probíhá pouze jednou týdně a někdy trvá i dvě hodiny. Standartní doba v tomto zařízení je šedesát minut, což už nepovažují za kratší dobu. Ale pokud pracovník vidí, že jsou klienti dobře naladěni, dobu setkání protáhne, k čemuž se přiklání i odborníci. Teoretické části práce stojí, že je na pováženou účast klientů, kteří jsou neklidní, hyperaktivní či agresivní. Jelikož se do reminiscenčního setkání v tomto konkrétním zařízení může zapojit kdokoliv, stává se, že jsou i tito klienti ve skupině přítomni.

Při rozhovoru byla zjišťována reakce personálu, když nastane stav, že určitý podnět vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, která může spustit lavinu negativních reakcí a emocí. Jedinec si však v důsledku nemoci neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co vlastně prožívá. Zde pracovnice odpověděla, že když nastane tato situace, tak ji nerozebírá do hloubky. Reakce pracovnice se liší s tím, co píší odborníci. Dle nich je velmi důležitá práce personálu, který by měl s klientem pracovat a pomoci mu vyjádřit slovy, k čemu se jeho vzpomínky váží. Při reminiscenci v tomto zařízení jsou praktikovány základní aktivity, které jsou popsány v předešlé kapitole. Role jsou při aktivitách rozdělovány tak, aby každý člen skupiny mohl mít radost ze společné činnosti. Toto rozdělování rolí je doporučováno autory odborných knih zabývajících se reminiscencí. Reminiscenční terapeutka, se kterou byl realizován rozhovor, byla dotázána, zda si myslí, že reminiscence ovlivňuje vztah terapeuta a vzpomínajícího. Její odpověď zněla ano. Prohlubuje se empatie ze strany pracovníka a klient terapeutovi důvěřuje. U dále klientů pozoruje pozitivní změny. Dle jejího názoru jsou klienti uvolnění, někdy zasnění a při vzpomínání se často rozpovídají.

Při rozhovoru bylo zkoumáno 23 oblastí, které poukazují na shody či rozdíly mezi reminiscencí v teorii a praxi. V prvním zařízení se shoduje s teorií 9 oblastí a 14 se rozchází.

4.2.2. Domov se zvláštním režimem

V druhém typu zařízení je praktikovaná skupinová i individuální forma reminiscence. Skupinová forma zde však převládá. Reminiscenční skupiny jsou vytvářeny organizovaně, ale když se někdo chce zapojit, tak může. Skupinku tvoří deset osob a někdy i více, což už se rozchází s doporučením autorů, že by skupina měla být menšího počtu. Stejně jako to, že by i při malém počtu měli být přítomni dva facilitátoři. Zde spadá na deset lidí ve skupině jeden reminiscenční terapeut.

Klienti jsou při reminiscenci v zařízení oslovováni jménem, ale je zachováno vykání. Na první setkání s klientem se zde pracovník také připravuje a zná životní příběhy členů skupiny. S teorií souhlasí doba trvání jednotlivých setkání, která by měla být kratší. Zde trvá jedno sezení 30-45 minut. Pokud jsou klienti dobře naladěni, pracovník dobu prodlouží. S klienty se facilitátor setkává dvakrát až třikrát v týdnu, podle vytvořeného plánu. To souhlasí s autory z teoretické části práce. Rozpor se ovšem nachází v místě setkání, která by dle nich měla probíhat na jednom místě. Zde se místo jednotlivých reminiscenčních setkání liší. Autorky psali o vhodnosti určité části dne pro průběh reminiscence. Dle nich je dobré zvolit takovou část dne, kdy jsou senioři bystřejší. Není proto dobré plánovat reminiscenční setkání na pozdní odpoledne či večer. V tomto zařízení nalézáme shodu s autorkami, protože reminiscence tu probíhá dopoledne, protože jsou klienti aktivnější.

Pracovník s klienty prohlíží fotky, pouští jim hudbu, filmy pro pamětníky, využívá mluveného slova. Mezi další aktivity využívané při reminiscenci sem zařadil aromaterapii, canisterapii, felinoterapii, arteterapii či odpolední kavárny. Pro klienty také organizuje výlety na oblíbená místa. Klienti mohou vzpomínat při svém oblíbeném jídle a pití. Jednotlivé role při aktivitách jsou rozděleny, aby každý člen skupiny mohl mít radost ze společné činnosti. Reminiscenční pracovník také dostal otázku týkající se smyslové aktivizace. Kde pro stimulaci sluchových smyslů pouští klientům jejich oblíbenou hudbu, kterou je dechovka. Vzpomínající mohou očíhávat různé druhy koření a osahávat kontrastní povrchy. V tomto zařízení je při reminiscenci užívána stimulace všech smyslů. Na otázku, zda mezi aktivity s klienty zařazuje pracovník také pantomimu a tanec, byla kladná odpověď. Rozhovor se zajímal o to, jestli při těchto aktivitách u klientů pozoruje změny. Odpověděl, že klienti si většinou aktivity užívají, ale jen někteří z nich. Dle něj to závisí na aktuálním naladění klientů. Dle něj má každá aktivita, která je dobře vedená, veliký a pozitivní význam pro uživatele. Každou aktivitu přizpůsobuje možnostem a zdravotnímu stavu vzpomínajících

Klienti společně s facilitátorem mají společné rituály, které jsou dle získaných teoretických poznatků přínosné. Již bylo v práci zmíněno, že je vhodné zvážit přítomnost agresivních či neklidných klientů ve skupině, aby nějakým způsobem nenarušovali průběh setkání. V reminiscenční skupině v tomto zařízení jsou agresivní a neklidní klienti přítomni. Facilitátor se snaží, aby se uživatel uvolnil. Někdy mu stačí mluvené slovo a někdy k tomu použije jemnou masáž rukou a obličeje. Pokud však pracovník vycítí, že nastává situace, kdy je klient příliš agresivní, přivolá pomoc, aby neublížil sobě či ostatním.

Bylo zkoumáno, jak pracovník zařízení reaguje na situaci, kdy nějaký podmět vyvolá traumatickou vzpomínku a klient si ji neumí zcela zařadit nebo neví, jak s ní pracovat. Jeho odpověď byla, že vzpomínku nevyvrací, klienta uklidní a společně se zaměří na to, co negaci přímo způsobilo. Pro příště se snaží situaci vyvarovat. Jednou z technik, která se používá, když se klient zapomene uprostřed věty a neví, jak dál, je opakování řečeného. To znamená, že pokud senior s demencí začne něco říkat a v půlce věty se zastaví a zapomene myšlenku, facilitátor zopakuje začátek věty. Při probírání této problematiky s reminiscenčním pracovníkem to však zmíněno nebylo. V teoretické části práce se objevila věta, že čím je demence hlubší, je shledaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu je nápadnější. Pracovník byl dotázán na svůj názor, zda si myslí, že je tomu tak, ale jeho odpověď byla nejednoznačná. I tento pracovník si myslí, že reminiscence ovlivňuje vztah mezi klientem a pracovníkem.

Tento typ zařízení se rozchází v provozování reminiscenční terapie s teorií pouze ve čtyřech oblastech, jedna odpověď pracovníka nebyla zcela jednoznačná a ve zbytku se odpovědi pracovníka shodovali s teoretickými poznatky.

4.2.3. Centrum denních služeb

Posledním typem zařízení, kde byl zkoumán průběh reminiscence, bylo centrum denních služeb, kam ambulantně docházejí také senioři s demencí.

V tomto zařízení je se vzpomínajícími praktikována reminiscence ve skupině. Reminiscenční terapeutka však dodává, že se raději přiklání k individuálně formě reminiscence. Skupinu si vybírá sama, je tedy organizovaná, jak je doporučováno v teorii. Ve skupině je pět až sedm lidí a lidi do skupiny si vybírá sama. Tyto dva poznatky se shodují s teoretickým doporučením, stejně jako počet setkání v týdnu a realizace na stejném místě. V čem se s teorií liší, je doba trvání jednotlivých setkání, které trvá celé dopoledne a někdy je prodlouženo i přes čas oběda. Klienty oslovuje pracovnice spíše příjmením, což dle teorie není vhodné. Před prvním setkáním si reminiscenční terapeutka zjišťuje informace o klientech, která má k dispozici v papírové formě od sociální pracovnice. Většinou zná životní příběhy svých klientů, ale přiznává, že ne všech a ne zcela. Autorky z teoretické části práce však píší, že je nutné znát příběhy jedinců ve skupině a dle toho vybírat reminiscenční pomůcky.

Jako pomůcky pro práci klienty používá pracovnice zařízení pouze předměty denní potřeby. Jako primární aktivity jsou zařazovány diskuze o různých tématech ze života klientů a prohlížení obrázků či pohlednic. Aktivity nejsou nijak zvlášť přizpůsobovány možnostem

klientů a ani role při jednotlivých aktivitách nejsou rozdělovány. Podle pracovnice to není třeba.

V tomto zřízení mají dle mého názoru nejvíce rituálů. Při každém setkání se společně přivítají, sdělí si datum, jaký je den, roční období, vzájemně se představí a sdělí si své nálady.

O vhodnosti zařazování agresivních, hyperaktivních či neklidných klientů se zde pracovnice nemohla vyjádřit, jelikož nemá s těmito klienty ve skupině zkušenost. Jako jediná tato pracovnice uvedla, že užívá takzvané, opakování řečeného, které má klientovi pomoci si vzpomenout na přerušenu myšlenku.

Stejně jako předchozí reminiscenční pracovníci souhlasí s tvrzením, že reminiscence ovlivňuje vztah mezi terapeutem a vzpomínajícím. S tvrzením, že efekt reminiscence je znatelnější u seniorů s hlubší demencí, spíše nesouhlasila.

Při zkoumání průběhu reminiscence v tomto typu zařízení, bylo objeveno deset odchylek od teoretických poznatků či doporučení. O jedné oblasti nelze vůbec uvažovat z důvodu, že s ní pracovnice doposud neměla zkušenost.

4.3. Shrnutí

Jedna z kapitol teoretické části práce se zabývá využitím reminiscence u seniorů s demencí. Reminiscence může přispět ke zlepšení kvality života seniorů s demencí. Jedince, který trpí demencí a vybaví si nějakou vzpomínku, může nastat stav, kdy se rozpomene na detaily ze svého života a nastává tak pozitivní změna, jak pro klienta, tak jeho okolí. V této kapitole je uvedeno i riziko, kdy určitý podnět, který vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, může spustit lavinu negativních reakcí a emocí.

V kapitole je popsána důležitost role facilitátora, nutnost přípravy na první setkání a vytvoření příjemné atmosféry při jednotlivých setkáních. Práce se zmiňuje také o doporučeních, jako jsou velikost reminiscenční skupiny, četnost a doba trvání sezení. Jsou zde zmíněné i techniky, které pomohou člověku s demencí se lépe vyjádřit. Práce píše o tom že, u seniorů s demencí dochází ke zhoršování paměti, kognitivních funkcí a podobně, ale jejich smyslové vnímání může zůstat dlouho zachováno. Proto je dobré, aby právě hmat, čich, zrak a sluch byly využívány k aktivizaci kognitivních funkcí prostřednictvím vzpomínek. Aktivizace jednotlivých smyslů je rozebírána v dalších odstavcích kapitoly.

Tato poslední část práce hledala rozdíly mezi získanými teoretickými poznatky z předchozích částí a průběhem reminiscence v praxi. Informace byly získány pomocí ilustrativní polostrukturovaných rozhovorů s reminiscenčními pracovníky ve třech typech

zařízení. Prvním typem byl domov pro seniory, druhým domov se zvláštním režimem a třetím zařízením bylo centrum denních služeb. Všichni tři reminiscenční pracovníci dostali stejné otázky. Celkem bylo položeno 27 otázek, přičemž jen 23 bylo započítáno do zjišťování shod či rozporů mezi teorií a praxí. Některé otázky byli orientační, kdy byla zjišťována forma reminiscence, a jiné zjišťovaly názor pracovníků. Vzhledem k tomu, že někteří z pracovníků neměli s nějakou oblastí zkušenost, nebyla jejich odpověď započítávána do zjišťování shod a odchylek.

Z vyhodnocení těchto tří polostrukturovaných rozhovorů vyplývá, že nejvíce se s teoretickými poznatky rozchází zařízení centra denních služeb a s největší shodou je to domov se zvláštním režimem. Dalo by se uvažovat o důvodu tohoto výsledku. Může to být tím, že v domově se zvláštním režimem jsou umístěni i senioři s hlubokou demencí, kteří jsou účastníci reminiscence, kdežto v domově pro seniory a v centru denních služeb to mohou být senioři s počátečním stádiem demence. Můžeme tak soudit z jedné odpovědi pracovníka č. 2, který v ní říká, že pokud uživatel nekomunikuje, volí jako reminiscenční aktivity fotky, pustí mu hudbu či užívá bazální stimulace. Z těchto důvodů jsou možná více uzpůsobovány reminiscenční setkání seniorům s demencí, než ve zbylých dvou typech zařízení, kde to není zcela třeba.

Ve všech třech typech zařízení je přítomen při reminiscenční terapii pouze jeden facilitátor. Kdežto autoři odborných knih doporučují dva facilitátory, i když je skupina malého počtu. Všichni tři reminiscenční pracovníci znají životní příběhy členů skupiny. V domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem i v centru denních služeb je reminiscence plánovaná na dopolední hodiny. Pouze v centru denních služeb se někdy sezení překlene do hodin odpoledních. V každém zařízení jsou nějakým způsobem stimulovány smyslové vjemy za účelem aktivizace kognitivních funkcí prostřednictvím vzpomínek.

Všichni tři dotazovaní pracovníci si myslí, že reminiscence ovlivňuje vztah mezi klientem a pracovníkem. Dále byla u všech zjištěna shoda ve vidině pozitivní změny u klientů.

ZÁVĚR

První část práce pojednává o stáří jako o přirozeném procesu, který s sebou přináší spoustu změn, na které stárnoucí reaguje. Jeho reakce jsou dány genetickými předpoklady, prostředím a dalšími faktory. V důsledku stárnutí také dochází k úbytku fyzických sil a k degenerativním změnám, které mohou vést k syndromu demence, o kterém se píše v následující kapitole.

V části zabývající se demencí je popsána její definice a příznaky toho syndromu. V této kapitole je také rozebráno, jak se demence identifikuje. Konkrétně je zde popsáno orientační vyšetření poznávacích funkcí, které se provádí různými testy a vykonávají je odborníci, jako psychologové, neurologové a psychiatři. Klinicky nejpoužívanějším testem je MMSE. Tento test je detailněji rozebrán v následující podkapitole.

Jedna z kapitol se zabývá fázemi syndromu demence, které jsou tři. Jedna z kapitol se zabývá dělením demencí. Ta se rozděluje na Alzheimerovu nemoc, která je nejčastější. Dále je to demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Práce se také zmiňuje o sekundárních a smíšených demencích. Z toho důvodu, že je Alzheimerova choroba nejčastějším typem demence, je jí v práci věnována jedna podkapitola.

Se syndromem demence přichází také řada změn a problémů, se kterými se musí nemocný a jeho rodina vyrovnat. Těmito změnami se zabývá kapitola s názvem Změny související s demencí.

Poslední kapitola v souvislosti s demencí řeší, jak zachovat důstojnost člověka s demencí. Je zde rozebírána důležitost holistického přístupu k pacientovi, kdy se pečující nezabývají pouze mozkovými a tělesnými funkcemi dotyčného, ale musí se brát člověk jako celek těla, duše a ducha.

Třetí část práce se zabývá reminiscencí. Reminiscence je cílená a záměrná práce se vzpomínkami, proto je důležité zmínit, jakou úlohu mají vzpomínky. Tím se zabývá následující kapitola. V další kapitole proběhla snaha o poukázání na rozdíly mezi termíny reminiscence a reminiscenční terapie. Autoři se zcela neshodují, kdy používat pojem reminiscence a kdy označení reminiscenční terapie.

V práci jsou dále rozebrány formy reminiscenční terapie. Ta je dělena na individuální nebo skupinovou a formální či neformální. Jak individuální, tak skupinová forma reminiscenční terapie mohou mít formální i neformální podobu. Terapie může mít i další podoby

Následuje kapitola zabývající se přístupy k reminiscenční terapii. Je zde popsán narativní, reflektující, expresivní a informační přístup. V kapitole zabývající se využitím reminiscence je uvedeno, kde se může reminiscence využívat. Reminiscence se využívá v historii, dokumentární tvorbě, v umění či v oblasti společenských věd jako je například sociologie. Reminiscence je využívána také v kulturní antropologii a v oblasti podpory zdraví v komunitě.

Poslední kapitola této části se zabývá využitím reminiscence u seniorů s demencí. Jsou zde uvedeny pozitivní vlivy na vzpomínajícího, ale jednotlivá rizika, která s sebou vzpomínání může přinést. V kapitole je popsána důležitost role facilitátora, nutnost přípravy na první setkání a vytvoření příjemné atmosféry při jednotlivých setkáních. Práce se zmiňuje také o doporučeních, jako jsou velikost reminiscenční skupiny, četnost a doba trvání sezení.

Poslední část práce hledá rozdíly mezi získanými teoretickými poznatky z předchozích částí a průběhem reminiscence v praxi. Informace byly získány pomocí ilustrativní polostrukturovaných rozhovorů s reminiscenčními pracovníky ve třech typech zařízení, které poukazují na to, že nejvíce rozdílů bylo nalezeno v centru denních služeb a naopak s největší shodou se setkal domov se zvláštním režimem.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak využít reminiscenci při práci se seniory s demencí. K naplnění tohoto cíle byla použita metoda sekundární analýzy dat, která byla získávána převážně z odborné literatury. Dále byly uskutečněny ilustrativní polostrukturované rozhovory, které slouží k dokreslení teoretické části práce. Cíl práce byl tedy naplněn.

ZDROJE A POUŽITÁ LITERATURA

Alzheimer Centrum. *Reminiscenční terapie* [online]. [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscenncni-terapie/>

BENDER, M.P.: Bitter Harvest: The Implications of Continuing War – Related Stress on Reminiscence Theory and Practice. *Ageing & Society*, 1997

Brücken ins Vergessen bauen: Guter Kontakt mit dement Menschen. 1. Stuttgart: Stiftung Gralsbotschaft, 2010. ISBN 978-3-87860-423-5.

BUTLER, R.N.: The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 1963

COOK, J. B. Reminiscing: How It Can Help Confused Nursing Home Residents. *Social Casework: The journal of Contemporary Social Work*, 1984

COLEMAN, P. G.: *Aging and Reminiscence Processes*. New York, Wiley, 1986

COLEMAN, P. G.: Measuring Reminiscence Characteristics Form Conversation as Adaptive Features of Old Age. *International Journal of Aging and Human Development*, 1974

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3

ERIKSON, Erik H. *Childhood and society*. 35th anniversary ed. New York: W.W. Norton, 1963. ISBN 978-0393302882.

FEIL, N.: *The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with „Alzheimer’s-Type Dementia“*. Baltimore, Health Professions Press 1993

GIBSON, F. *Reminiscence and Recall*. London: Age Concern, 1994

GOUDIE, F. and STOKES, G. *Reminiscence with Dementia Sufferers*. In GOUDIE, F. and STOKES, G. *Working with Dementia*. 8.th ed. Bicester: Winslow Press 1997

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0

HAVINGHURST, R. J. And GLASSER, R., An Exploratory Study of Reminiscence. *Journal of Gerontology*, 1972

HITCH, S.: Cognitive Therapy as a Tool for Caring for The Eldery Confused Person. *Journal of Clinical Nursing*, 1994

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

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KURZ, Alexander, Hans-Jürgen FRETER, Susanna SAXL a Ellen NICKEL. *Demenz. Das Wichtigste: Ein kompakter Ratgeber*. 2. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, Berlin, 2016.

NORRIS, A. *Reminiscence with Elderly People*. 10th ed. Bicester: Winslow Press, 1997

PENNEBAKER, J. W.: *Emotion, Disclosure and Health*. Washington, D. C., American Psychological Association, 1995-

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5

SCHWEITZER, P., BRUCE, E.: *Remembering Yesterday, Caring Today. Reminiscence in Dementia Care: A Guide to Good Practice*. Londonm Jessica Kingley Publishers, 2008

SIM, R. *Reminiscence – Social & Creative Activities with Older People in Care*. Bicester. Winslow Press, 1997

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

Validation: Naomi Feil Biography [online]. luma, 2018 [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <https://vvalidation.org/naomi-feil-bio/>

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

WATT, L.M. a P.T.P.A WONG. *Taxonomy of Reminiscence and Therapeutic Implications*. *Journal of Gerontological Social Work*, 1991.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

PŘÍLOHY

ROZHOVOR - PŘEDLOHA

Typ zařízení:

- *Praktikujete v zařízení spíše individuální nebo skupinovou formu reminiscenční terapie? Ke které formě se přikláníte a proč?*
- Kolik osob je v reminiscenční skupině?
- Vytváříte reminiscenční skupinu organizovaně nebo se může zapojit kdokoliv z pobytového zařízení?
- Kolik facilitátorů je přítomných při reminiscenci?
- Oslovujete klienty jejich křestním jménem?
- Jak se připravujete na první setkání s klienty? (Zjišťování informací o nich)
→ Znáte životní příběhy svých klientů?
- Kolikrát v týdnu probíhají setkání?
- Jak dlouhá jsou setkání?
- Pokud vidíte, že jsou klienti dobře naladěni, protáhnete dobu setkání?
- Probíhá reminiscenční setkání vždy na stejném místě?
- V jakou denní dobu reminiscence obvykle probíhá?
- Jaké využíváte reminiscenční aktivity?
→ Rozdělujete jednotlivé role při aktivitách tak, aby každý člen mohl mít radost ze společné činnosti?
- Jaké využíváte smyslové pomůcky?
- Užíváte při reminiscenci také stimulaci chuťových smyslů?
- Praktikujete s klienty pantomimu či tanec?
→ Jaké u nich pozorujete pozitivní změny?
- Máte při setkáních nějaké rituály?

- Jak aktivity při terapii přizpůsobujete možnostem klientů?
- Jsou ve skupině také senioři, kteří jsou hyperaktivní, neklidní či agresivní?
→ *pokud ano, jak s nimi pracujete?*
- Určitý podnět, který vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, může spustit lavinu negativních reakcí a emocí. Jedinec si však v důsledku nemoci neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co vlastně prožívá, jak s touto skutečností pracujete?
- Pokud se klient zapomene uprostřed věty, jak zareagujete?
- Myslíte si, že čím je demence hlubší, je shledaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu je nápadnější?
- Máte pocit, že reminiscence ovlivňuje vztah terapeuta a vzpomínajícího?
→ *Můžete mi o tom říci něco více? Například, jak, proč si to myslíte...*

ROZHOVOR S PRACOVNÍMEK Č.1

Domov pro seniory

- ***Praktikujete v zařízení spíše individuální nebo skupinovou formu reminiscenční terapie? Ke které formě se přikláníte a proč?***

Skupinovou, protože klienti spolu vzpomínají na dávné časy a kolikrát jsou vzpomínky hodně podobné a hromadné. Klienti se při společném vzpomínání vzájemně ptají a někdy i doplňují.

- **Kolik osob je v reminiscenční skupině?**

Minimálně 2, ale většinou je to více.

- **Vytváříte reminiscenční skupinu organizovaně nebo se může zapojit kdokoliv z pobytového zařízení?**

Může se zapojit úplně kdokoliv z domova

- **Kolik facilitátorů je přítomných při reminiscenci?**

Jeden, tedy já.

- **Oslovujete klienty jejich křestním jménem?**

Ano, ty, kteří s tím souhlasí.

- **Jak se připravujete na první setkání s klienty?**

Zjišťuji si informace z individuálních povídání a také z dokumentace při nástupu do domova.

→ **Znáte životní příběhy svých klientů?**

Ano znám.

- **Kolikrát v týdnu probíhají setkání?**

Jednou za týden.

- **Jak dlouhá jsou setkání?**

Setkání trvá tak hodinku.

- **Pokud vidíte, že jsou klienti dobře naladěni, protáhnete dobu setkání?**

Ano někdy setkání protáhneme, ale hraniční jsou 2 hodiny.

- **Probíhá reminiscenční setkání vždy na stejném místě?**

Ano vždycky je to na stejném místě.

- **V jakou denní dobu reminiscence obvykle probíhá?**

Vždycky dopoledne, protože to vyžaduje od klientů větší soustředění. V odpoledních hodinách mají spíš ty klidnější aktivity.

- **Jaké využíváte reminiscenční aktivity?**

Prohlížíme si společně fotky a obrázky, koukáme na filmy, prohlížíme si nějaké starožitnosti, posloucháme hudbu a pak si o tom povídáme.

→ **Rozdělujete jednotlivé role při aktivitách tak, aby každý člen mohl mít radost ze společné činnosti?**

Tady to není úplně potřeba. Jsou to takové jednodušší aktivity, takže se mi ještě nikdy nestalo, že by se někdo nemohl zapojit. Spíš se stane, že někdo nechce, tak ho nechám být.

- **Jaké využíváte smyslové pomůcky?**

Různé vůně parfémů, květin, kafe. Pouštím klientům krom hudby různé zvuky, třeba šumění potoku, déšť. No a někdy donesu nějaké materiály a předměty, které si mohou klienti osahat.

- **Užíváte při reminiscenci také stimulaci chuťových smyslů?**

Ano zařazujeme to do aktivit. Nejčastěji stimulujeme chuťové smysly tak, že klientům uvaříme kafe a k tomu jedí zákusky.

- **Praktikujete s klienty pantomimu či tanec?**

No spíš takovou jednoduchou formu tance.

→ ***Jaké u nich pozorujete pozitivní změny?***

Klienti jsou takoví uvolnění, mnohdy jsou i zasnění a většinou se potom více rozpovídají.

- **Máte při setkáních nějaké rituály?**

Nijak zvláštní. Vždy se přivítáme, já řeknu, co budeme dělat a pak jdeme na konkrétní aktivitu. Na konci klienty pochválím a rozloučíme se.

- **Jak aktivity při terapii přizpůsobujete možnostem klientů?**

Jak jsem říkala, tady jsou ty aktivity opravdu jednodušší, ale třeba když něco vyrábíme a některý z klientů to nezvládá, tak mu pomůžu.

- **Jsou ve skupině také senioři, kteří jsou hyperaktivní, neklidní či agresivní?**

Ano občas tu takoví jsou

→***jak s nimi pracujete?***

Snažím se zintenzivnit motivaci, aby se vypovídali a zároveň, aby ostatní účastníci ve skupině aktivně poslouchali. Ti problémoví se pak cítí důležitější a vnímaní ostatními a tím se vlastně zklidní.

- **Určitý podnět, který vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, může spustit lavinu negativních reakcí a emocí. Jedinec si však v důsledku nemoci neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co vlastně prožívá, jak s touto skutečností pracujete?**

Často se mi to při reminiscenci nestává, ale když jo, tak se tu situaci snažím zbytečně nerozebírat do hloubky.

- **Pokud se klient zapomene uprostřed věty, jak zareagujete?**

Snažím se ho nenápadně navést na myšlenku, která se přerušila.

- **Myslíte si, že čím je demence hlubší, je shledaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu je nápadnější?**

To si moc nemyslím. Možná zatím nemám to srovnání no.

- **Máte pocit, že reminiscence ovlivňuje vztah terapeuta a vzpomínajícího?**

Jo a hodně

→ *Můžete mi o tom říci něco více? Například, jak, proč si to myslíte...*

No prohlubuje se empatie ke klientovi a on si ke mne buduje důvěru.

ROZHOVOR S PRACOVNÍKEM Č. 2

Domov se zvláštním režimem

- ***Praktikujete v zařízení spíše individuální nebo skupinovou formu reminiscenční terapie? Ke které formě se přikláníte a proč?***

Já osobně raději praktikuji individuální formu reminiscence, protože mi přijde, že je zde individuální přístup ke klientovi. Nicméně v našem zařízení děláme převážně skupinovou reminiscenci. Reminiscence ve skupině je lepší, lépe na sebe navazují ve vzpomínkách

- **Kolik osob je v reminiscenční skupině?**

Momentálně máme ve skupině 10 osob.

- **Vytváříte reminiscenční skupinu organizovaně nebo se může zapojit kdokoliv z pobytového zařízení?**

Tak reminiscenční skupinu vytváříme organizovaně, ale když někdo chce, může se ke skupině přidat a do reminiscence se zapojit.

- **Kolik facilitátorů je přítomných při reminiscenci?**

Jenom já.

- **Oslovujete klienty jejich křestním jménem?**

Klienty oslovuji jejich křestním jménem, ale musí s tím souhlasit a vždy jim teda vykám.

- **Jak se připravujete na první setkání s klienty?**

Informace si zjišťuji z dokumentů, které mám k dispozici a také se snažím komunikovat s rodinou.

→ **Znáte životní příběhy svých klientů?**

Ano znám a myslím si, že by bez toho reminiscence ani nešla dělat.

- **Kolikrát v týdnu probíhají setkání?**

Dle plánu, který máme vytvořený, to je 2x-3x týdně. Jinak různé aktivity tu mají klienti každý den.

- **Jak dlouhá jsou setkání?**

Dle zdravotního stavu uživatele. Někdy je to 30 minut, někdy až 45

- **Znamená to tedy, že pokud vidíte, že jsou klienti dobře naladěni, protáhnete dobu setkání?**

Ano přesně tak, ale většinou se nedostaneme přes těch 45 minut. Klienti už jsou potom unaveni a je těžké udržet jejich pozornost, takže se výjimečně dostaneme na 60 minut, ale to je opravdu zřídka kdy.

- **Probíhá reminiscenční setkání vždy na stejném místě?**

Ne to neprobíhá.

- **V jakou denní dobu reminiscence obvykle probíhá?**

Vždycky v dopoledne, kdy jsou uživatelé ještě aktivní.

- **Jaké využíváte reminiscenční aktivity?**

Tak to jsou fotky, hudba, mluvené slovo, filmy pro pamětníky, aromaterapii, arteterapii, odpolední kavárničky, výlety na oblíbená místa, oblíbené jídlo a pití, tanec, taky canisterapii a felinoterapii.

→ **Rozdělujete jednotlivé role při aktivitách tak, aby každý člen mohl mít radost ze společné činnosti?**

Ano rozdělujeme. Právě proto, aby se každý mohl svým způsobem zapojit. Třeba když někdo nemůže tančit, z důvodu toho, že je na vozíku, má roli diváka, nebo pouští hudbu a podobně.

- **Jaké využíváte smyslové pomůcky?**

Pro sluch je to hudba, hlavně teda pouštíme dechovku. Pro chuť vybíráme oblíbená jídla klientů a kávu. Nejraději pijí turka. Pro hmatové smysly pro klienty vybírám kontrastní materiály, jako je měkký a tvrdý nebo hladký a hrubý materiál. Pro čich

jsou to zase různé druhy koření a u zraku jsou to jim známé barvy a dělám změny v místnosti.

- **Praktikujete s klienty pantomimu či tanec?**

Ano dělám s nimi obojí.

→ *Jaké u nich pozorujete pozitivní změny?*

Ty aktivity provádíme dopoledne, to jsou klienti plni energie, ale ke konci sezení odmítají aktivitu. Chtějí už mít svůj klid, takže je určitě nenutím k aktivitám. Většinou si ale aktivity užívají, ale zase jen někteří. Hrozně záleží na náladě klientů. Jsou tu i klientu, kteří skupinu narušují. Každá aktivita, která je dobře vedená má veliký a pozitivní význam pro uživatele.

- **Máte při setkáních nějaké rituály?**

Jojo to máme. Vždy se na začátku pozdravíme, po aktivitě se odměníme potleskem a pohlazením.

- **Jak aktivity při terapii přizpůsobujete možnostem klientů?**

Vždy aktivity přizpůsobím zdravotnímu stavu uživatelů. Hlavně nikdy je nenutím do žádné aktivity.

- **Jsou ve skupině také senioři, kteří jsou hyperaktivní, neklidní či agresivní?**

Ano mám ve skupině jak neklidné, tak agresivní klienty. Hyperaktivního nemám.

→ *jak s nimi pracujete?*

Snažím se o to, aby se uživatel uklidnil. Mluvím k němu klidným hlasem. Někdy klienta uvolním lehkou masáží, kdy mu hladím ruce a obličej. Pokud se ale některý z klientů dostane do agresivity, vždy přivolám pomoc, aby neublížil ostatním uživatelům, sobě nebo i mně.

- **Určitý podnět, který vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, může spustit lavinu negativních reakcí a emocí. Jedinec si však v důsledku nemoci neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co vlastně prožívá, jak s touto skutečností pracujete?**

Vzpomínku klientovi nevyvracím, ale snažím se s ním přejít lehkou formou do klidu a zaměříme se na to, co negaci přímo způsobilo a příště se snažím vyvarovat, aby se ta

situace nestala.

- **Pokud se klient zapomene uprostřed věty, jak zareagujete?**

Pokračuji s uživatelem plyně dál.

- **Myslíte si, že čím je demence hlubší, je shledaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu je nápadnější?**

To je těžko říct. Pravidelná reminiscence udržuje uživatele, při reminiscenci se stále aktivován mozek. Pokud ale uživatel nekomunikuje, je zlepšení těžko prokazatelné. Jde třeba o nějaký můj pocit. S těmito klienty pracuji tak, že jim ukazuji fotky, pouštím jejich oblíbenou hudbu, provádím aromaterapii, canisterapii nebo bazální stimulaci.

- **Máte pocit, že reminiscence ovlivňuje vztah terapeuta a vzpomínajícího?**

To určitě ano.

→ *Můžete mi o tom říci něco více? Například, jak, proč si to myslíte...*

Uživatel se mi prakticky otevře a sdělí mi své osobní zážitky ze svého života. Vzniká tak mezi námi důvěrný vztah a já mám závazek, že musím udržet klientova tajemství.

ROZHOVOR S PRACOVNÍKEM Č. 3

Centrum denních služeb

- ***Praktikujete v zařízení spíše individuální nebo skupinovou formu reminiscenční terapie? Ke které formě se přikláníte a proč?***

Já osobně se přikláním k individuální reminiscenci. Ale tady dělám skupinovou, ale ta je také dobrá, když je skupinka menší. Když je více lidí, tak se vzájemně doplňují a někdy vzpomínají třeba na stejnou událost.

- **Kolik osob je v reminiscenční skupině?**

V jedné skupině je 5 – 7 lidí.

- **Vytváříte reminiscenční skupinu organizovaně nebo se může zapojit kdokoliv z pobytového zařízení?**

Skupinu si vyberu sama, ale když se někdo chce zapojit, tak ho samozřejmě přivezmu.

- **Kolik facilitátorů je přítomných při reminiscenci?**

Jeden.

- **Oslovujete klienty jejich křestním jménem?**

Ano oslovuju, ale jen ty, kteří mne o to výslovně požádali. Jinak klienty oslovuji příjmením.

- **Jak se připravujete na první setkání s klienty?**

Zjistím si potřebné informace o klientech. Sociální pracovnice mi předá informace o uživateli v papírové podobě.

→ **Znáte životní příběhy svých klientů?**

Většinou ano, ale přiznám se, že ne všech a občas nevím nějaké větší detaily.

- **Kolikrát v týdnu probíhají setkání?**

Každý den. Ale s jednou konkrétní skupinou pracuji dvakrát v týdnu

- **Jak dlouhá jsou setkání?**
Celé dopoledne.
- **Pokud vidíte, že jsou klienti dobře naladěni, protáhnete dobu setkání?**
Jojo určitě. Někdy přetahujeme i přes oběd.
- **Probíhá reminiscenční setkání vždy na stejném místě?**
Většinou ano. To musí být nějaká výjimka.
- **V jakou denní dobu reminiscence obvykle probíhá?**
Dopoledne, ale někdy tedy i dopoledne.
- **Jaké využíváte reminiscenční aktivity?**
Povídám si s klienty o různých tématech. Nejdříve s nimi rozebírám zaměstnání, potom kam chodili do školy, kam jezdívali na dovolenou, kde bydleli. Někdy si prohlížíme pohlednice a fotografie. Hodně mluvíme a komunikujeme.
- **Rozdělujete jednotlivé role při aktivitách tak, aby každý člen mohl mít radost ze společné činnosti?**
To ani ne. Myslím si, že to není moc třeba. Všichni se zapojují stejně.
- **Jaké využíváte smyslové pomůcky?**
Takové ty běžné věci. Předměty denní potřeby.
- **Užíváte při reminiscenci také stimulaci chuťových smyslů?**
To vyloženě ne.
- **Praktikujete s klienty pantomimu či tanec?**
Občas ten tanec. To uživatele baví. Často jim také pouštím nějakou hudbu, co mají rádi.
- ***Jaké u nich pozorujete pozitivní změny?***
Ano ano, klienti jsou potom veselejší, mají velmi dobrou náladu. Hlavně jsou rádi, že se jim někdo věnuje.

- **Máte při setkáních nějaké rituály?**
Ano máme. Krásně se přivítáme do nového dne, řekneme si, kolikátého je, jaký je den, roční období a podobně. A vždycky se vzájemně představíme a řekneme, jakou máme náladu, co jsme měli k snídani a tak. Samozřejmě, když některý z uživatelů nechce, tak nic říkat nemusí.
- **Jak aktivity při terapii přizpůsobujete možnostem klientů?**
Myslím si, že není třeba je nějak zvlášť uzpůsobovat.
- **Jsou ve skupině také senioři, kteří jsou hyperaktivní, neklidní či agresivní?**
Ne ne, nejsou a vlastně se mi to zatím ani nestalo, že bych je ve skupině měla.
→ *pokud ano, jak s nimi pracujete?*
- **Určitý podnět, který vyvolá náhlou traumatickou vzpomínku, může spustit lavinu negativních reakcí a emocí. Jedinec si však v důsledku nemoci neuvědomuje, že se jedná o vzpomínku a co vlastně prožívá, jak s touto skutečností pracujete?**
To se taky často nestává, ale když už ta situace náhodou nastane, přejdeme s klienty dál a vzpomínáme na nějaké příjemnější téma.
- **Pokud se klient zapomene uprostřed věty, jak zareagujete?**
Zopakuju, to co už řekl a pomůžu mu doplnit větu. Někdy si vzpomene a pokračujeme dál. Někdy se tedy vstane, že si nevzpomene, tak mu řeknu, že to nevádí a navážeme na jiné téma.
- **Myslíte si, že čím je demence hlubší, je shledaný větší efekt reminiscence a zlepšení klientova stavu je nápadnější?**
To si nemyslím. Já si hlavně myslím, že je to hrozně individuální a nelze to takhle říct.
- **Máte pocit, že reminiscence ovlivňuje vztah terapeuta a vzpomínajícího?**
Ano to samozřejmě mám.
→ *Můžete mi o tom říci něco více? Například, jak, proč si to myslíte...*
No navážeme mezi sebou bližší kontakt. Klienti se mi více otevrou, věří mi a rádi sem chodí.