

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Využití expresivních přístupů u osob seniorského věku a senior v domácí péči

Michaela Šťastná

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem za pomoci uvedené literatury.

V Olomouci, dne

Podpis

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení a za podnětné a cenné rady, díky kterým jsem mohla zpracovat tuto bakalářskou práci. Poděkování patří také mé rodině, partnerovi a přátelům za materiální a psychickou podporu, bez níž by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě chci mnohokrát poděkovat paní PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za úžasně citlivý způsob vcítění se do mé situace a nasměrování, kam se v této situaci ubírat dál.

Obsah

Úvod	7
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 VYMEZENÍ PSYCHOTERAPIE	8
1.1 Současné směry v psychoterapii	8
1.2 Expresivní terapie	8
1.2.1 Dramaterapie	9
1.2.2 Teatroterapie	9
1.2.3 Psychodrama	10
1.2.4 Arteterapie	10
1.2.5 Biblioterapie a poetoterapie	11
1.2.6 Muzikoterapie	12
1.2.7 Tanečně-pohybová terapie	12
2 SENIOR, STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	14
2.1 Gerontologie	14
2.2 Geriatrie a gerontopsychiatrie	14
2.3 Speciálněpedagogickágerontagogika	14
2.4 Osoba seniorského věku	15
2.5 Stárnutí a stáří	15
2.6 Postoje ke stáří	15
2.7 Involuční změny ve stáří	16
2.7.1 Tělesná involuce	16
2.7.2 Psychická involuce	17
2.7.3 Inteligence	17
2.7.4 Tvořivost	17
2.7.5 Paměť	18
3 AKTIVIZACE SENIORŮ	19

3.1 Role vzpomínání v životě.....	19
3.1.1 Funkce vzpomínání	19
3.2 Reminiscence.....	20
3.3 Účinky smíchu.....	21
3.4 Zdravotní klaun.....	23
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	24
1 Seznámení s metodikou	24
1.1 Metodický cíl.....	24
2 Provázení bližních v posledním období jejich života.....	24
3 Komunikace, vcítění a opora při domácí péči.....	25
3.1 Domácí prostředí.....	25
3.2 Finanční zajištění domácí péče o blízkou osobu.....	26
3.3 Organizační zajištění domácí péče.....	26
3.4 Domácí hospicová péče	26
3.5 Speciální pomůcky v domácí hospicové péči	27
3.6 Komunikace při střídání různých pečujících osob	28
3.7 Komunikace s naším blízkým nemocným	29
3.7.1 Přivolání si pomoci pečujícího.....	29
3.7.2 Zprostředkování pomáhajících pozitivních zážitků	30
3.8 Vše se neustále mění.....	30
3.9 Tělesný kontakt až do posledních chvil	30
Shrnutí.....	31
Závěr.....	31
Seznam použité literatury	32
Seznam zkratk	34

*„Celý svět je jeviště
A všichni lidé na něm jenom herci:
Mají své příchody a odchody;
Za život každý hraje mnoho rolí
V sedmero aktech. Nejdřív nemluvně
Kňourá a cintá chůvě v náruči.
Pak školák s fňukáním jde do školy,
Na zádech brašnu, tváře čerstvě myté
A loudá se jak šnek. Pak milenec:
Pořád by vzdychal, skládal tklivé ódy
Na všechno, co jen má ta jeho slečna.
A potom voják s knírem jako pardál,
Kleje jak čert a žárli na svou čest
A rve se hned a rád a za slávou*

*Se žene i před hlavně děl. Pak soudce,
Co břicho nadité má z úplatků
A přísný zrak a sestřižený vous,
Úsloví zná i otřepané zkazky,
Sehraje tu svou roli. V šestém aktu
Nazuje papuče a je z něj dědek,
Na nose brejle, měšec u pasu,
Kalhoty z mládí, ještě zachovalé,
Plandají volně na pohublých stehnech
A kdysi zvučný hlas mu přeskakuje
A roztřeseně piští. Sedmý akt,
Jímž končí tahle vzrušující hra,
Je druhé dětství, zcela bez paměti,
Bez zubů, zraku, chuti – bez ničeho.“*

William Shakespeare

Úvod

K výběru tématu práce mě motivoval nejen vztah k umění a zájem o využití tvůrčí činnosti v psychoterapii, ale i v pomoci lidem celkově. Ve své práci se zaměřuji na poslední vývojové stádium člověka, tedy na stáří, resp. na problematiku seniorského věku. Lidé v tomto věku jsou podle mého názoru opomíjeni, a to z mnoha důvodů, nemluvě o tabuizaci tématu stáří a s ním spojeného tématu smrti a umírání. Práce se prolíná s tématem lidské důstojnosti. Dle mého názoru mladší generace péči o seniory opomíjí, nebo nepřikládá takový význam tomu, aby byla dostatečně kvalitní. Lidé ve stáří potřebují ke zlepšení kvality jejich života vyšší míru důstojného zacházení a pozornosti, než jaká je jim v současné době věnována.

Cílem mé bakalářské práce poukázat na problémy týkající se života seniorů. Zároveň si bakalářská práce klade za cíl prozkoumat možnosti, jak tyto problémy řešit a dále vypracovat návrh k řešení problému s využitím kreativních přístupů a pomocí důstojné a láskyplné péče.

V teoretické části bakalářské práce se nejprve zaměřuji na vymezení a popsání expresivních přístupů. V druhé kapitole se věnuji zasazení osob seniorského věku do teoretického kontextu, a to z hlediska psychologie, medicíny (resp. psychiatrie) a speciální pedagogiky. Třetí část je věnována využití vybraných kreativních přístupů u osob seniorského věku.

Praktická část zpracovává na základě teoretických a empirických poznatků manuál pro rodinné příslušníky, kteří upřednostňují domácí péči před umístěním seniora do institucionální péče. K rozhodnutí o zpracování tohoto tématu mě vedly okolnosti, ke kterým došlo v mé vlastní rodině.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PSYCHOTERAPIE

Autoři Současné psychoterapie definují psychoterapii jako „*léčebnou činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění*“ (Vybíral, Roubal, 2010, s. 30)

1.1 Současné směry v psychoterapii

Mezi hlavní psychoterapeutické směry řadíme psychodynamickou psychoterapii (dále PT), psychoanalýzu, na osobu zaměřenou a prožitkovou PT, gestalt terapii, KBT (kognitivně-behaviorální terapii) či rodinnou terapii. Spíše jako alternativní směry jsou vnímány umělecké (art) terapie jako muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, taneční a pohybová terapie či biblioterapie a poetoterapie .

1.2 Expresivní terapie

Expresivní, někdy také kreativní, umělecké terapie záměrně využívají prvky umění. Člověka od pradávna přirozeně provází životem zpěv, divadlo, tanec a pohyb. Kreativní činnost nese spirituální význam a je součástí historie a kultury každé společnosti. Základem tvořivého terapeutického procesu je sebevyjádření. (Vybíral, Roubal, 2010)

Expresa (= výraz) značí typ činnosti, prostřednictvím které člověk vyjadřuje to, co prožívá. Na rozdíl od typické komunikace exprese probíhá spontánně, aniž bychom si uvědomovali, že něco sdělujeme, či byli schopni svou výpověď přesněji ovládat. Prostředky převzaté z více druhů umění člověku umožňují například uvolnit se, projevit potlačené emoce a snížit tak stupeň úzkosti. (Müller in Friedlová, Lečbych, 2015)

Co se týče expresivních terapií, hovoříme zde nejen o umělecké činnosti, ale také o tvorbě paraumělecké. Taková tvorba se vyznačuje především svým zaměřením na kreativní proces, spíše než na estetický výsledek a tím, že využívá umělecké prostředky k dosažení praktických účelů jako je náprava či edukace. (Müller in Friedlová, Lečbych, 2015)

Expresivní terapie pak rozlišujeme podle prostředků, které poskytují různé druhy umění; např. na dramaterapii, teatroterapii, biblioterapii, muzikoterapii, arteterapii v užším smyslu, tanečně-pohybovou terapii a další.

1.2.1 Dramaterapie

Paradivadelní systémy na rozdíl od klasického divadla využívají divadelní prostředky za účelem dramatické exprese. Vedle dramatické výchovy a divadla ve výchově, které mají spíše edukační povahu, stojí řada terapeutických přístupů, jako jsou teatroterapie, psychodrama a sociodrama. Zvláštní místo má mezi těmito směry dramaterapie, která stojí někde na pomezí umělecké a terapeutické činnosti. Podle Valenty je dramaterapie „*léčebně-výchovná disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.*“ (Valenta, 2011, s. 23)

Cíle dramaterapeutické práce se odvíjejí podle zaměření na klienta. Nejširší klientelu tvoří osoby s mentálním postižením, klienti s psychiatrickou diagnózou, děti a mládež se specifickými poruchami učení a vývojovými poruchami chování, jedinci psychosociálně ohrožení, osoby ohrožené nebo trpící sociálním vyloučením, nebo také klienti gerontologických zařízení. Právě u seniorů může být cílem například v rámci prevence Alzheimerovy choroby procvičování paměti, nebo uvědomění si svých schopností, úspěchů a toho, že jejich život má smysl. Jako hlavní dramaterapeutické prostředky se využívají příběhy, loutky, pohyb, pantomima, improvizace, hra v roli a další. (Valenta, 2011)

1.2.2 Teatroterapie

Dalším paradivadelním systémem terapeutické povahy je teatroterapie. Podle jedné z více možných definic vyplývá, že se jedná o terapeutický proces, ve kterém jsou pacienti tvořivě využívány divadelní prostředky včetně divadelního artefaktu. (Valenta, Polínek, 2013).

Polínek definuje teatroterapii jako „*expresivní terapeuticko-formativní přístup spočívající v celkové přípravě divadelního tvaru a jeho následné prezentaci před diváky s terapeuticko-formativním cílem, jehož účastníky jsou zpravidla jedinci se specifickými potřebami.*“ (Polínek in Valenta, Polínek, 2013, s. 60).

Vzhledem k tomu, že i teatroterapie stojí na pomezí umění a terapie, chápeme ji jako hraniční psychoterapeutický systém, který si klade jednak terapeutické cíle, ale také cíle estetické. Umění je v teatroterapii využito jako prostředek ke komunikaci se světem -k vyjádření se. Tzv. paradox teatroterapeutického zacílení značí přímou úměru mezi jejími cíli, což znamená, že s naplňováním estetických cílů terapeutický efekt roste. Cíle jsou spíše obecné, většinou nejsou zaměřeny na specifický problém. Řadíme mezi ně například rozvoj verbální a neverbální komunikace, zvýšení sebevědomí, rozvoj kreativity, získání kontroly emocí, rozšíření repertoáru rolí užitečných pro život apod. (Valenta, Polínek, 2013)

1.2.3 Psychodrama

Posledním paradivadelním systémem je psychodrama, což je dramatická improvizace využívaná k terapeutickým účelům, ve které klienti dramatizují své postoje, přání, fantazie a zážitky. Jejím zakladatelem byl psychiatr Jacob L. Moreno, podle kterého psychodrama využívá tyto prostředky:

- jeviště jako bezpečný prostor pro klienta
- klient představuje sebe sama
- režisér podněcuje klienta k akci, poté do děje zasahuje minimálně
- publikum klientovi poskytuje podporu
- koterapeuti, pomocní herci a pomocné ego znázorňují postavy

Psychodrama využívá především techniky hraní vlastní role, monolog, výměnu rolí, dvojník a alter ego (= mé druhé já). Má za cíl vytvořit model skutečnosti, pomoci pochopit klientovy vlastní reakce, umožnit korigování jeho emocí, nebo proniknout do jeho zážitků z minulosti, traumat a pojmenovat je.

Uvádí se, že psychodrama je ve skupinové terapii nejvýznačnější pomocnou metodou, přičemž v Evropě je tradičně řízena psychiatrem či psychologem. (Valenta, 2011)

1.2.4 Arteterapie

Další možná o něco známější terapeutickou disciplínou využívající uměleckých prostředků je arteterapie. Zde je ovšem nutné rozlišovat, zda je míněna v širším, anebo užším pojetí. Arteterapie v širším pojetí značí zastřešující pojem pro všechny umělecké terapie, zatímco zde hovoříme o arteterapii v užším pojetí jako o terapii využívající výtvarných prostředků. Více autorů vnímá arteterapii jako práci, která využívá výtvarné umění jako

diagnostický a terapeutický prostředek, tedy umožňující poznání a pomoc či podporu klienta. Cílem není vytvořit estetické dílo, pouze proces zaměřený na rozvoj tvořivých schopností, umožňující expresi či sebevyjádření klienta. (Potměšilová, 2013)

Potměšilová uvádí základní arteterapeutické metody. Jsou jimi imaginace, animace, koncentrace, restrukturalizace, transformace a rekonstrukce. (Potměšilová, 2013)

Imaginace představuje typickou součást více terapeutických směrů často doplněnou o relaxaci. V arteterapii je navíc doplněna o výtvarné ztvárnění zážitku klienta. Tzv. restrukturalizací se myslí například přetvoření již hotového díla, ke kterému se klient staví negativně. Cílem je vedení klienta k aktivnímu hledání nového pohledu na problém, k aktivnímu řešení. (Potměšilová, 2013)

Je třeba zdůraznit, že s tímto úzce souvisí také pojem artefiletika, který na rozdíl od arteterapie značí disciplínu pedagogickou, využívající tytéž (nebo podobné) postupy avšak za účelem edukace, rozvoje pozitivních vlastností jedince či prevence sociálně patologických jevů. (Stiburek in Potměšilová, 2013)

1.2.5 Biblioterapie a poetoterapie

Méně často se setkáme s biblioterapií. Tou se myslí terapeutická disciplína, využívající k léčebným účelům mluvené a psané slovo. Jako hlavní aspekty autoři zdůrazňují zaměstnání knihami, využívání literárního textu k léčbě či výchově, řízené čtení apod. Využívá se například u pacientů duševně nemocných, zdravotně oslabených, v nápravných zařízeních, v domovech seniorů atd. (Svoboda, 2007)

Vznik poetoterapie zapříčinilo širší využívání poezie v terapeutických aktivitách. Svoboda vymezuje poetoterapii jako „*terapeutickou metodu, která využívá prvků poezie za účelem navození žádoucího prožívání, chování a jednání klientů.*“ (Svoboda, 2007, s. 15) Je však také využívána jako preventivní metoda či metoda rehabilitační. Ve speciální pedagogice slouží jako druh pomoci osobám s kulturně či sociálně podmíněným handicapem, projevující se sníženou schopností sociální adaptace, tedy schopností vzdělávat se, najít si zaměstnání či bydlení, věnovat se zájmovým aktivitám apod. (Müller in Svoboda, 2007)

Jak již bylo definováno, ústředními cíli poetoterapie je pozitivní změna prožívání, chování a jednání jedince. Ovšem při stanovování konkrétních cílů je třeba vycházet z individuálních vlastností daného klienta. Nejčastěji se zde uvádí např. navození relaxace,

překonávání deprese, probuzení zájmů, adaptace na životní podmínky, rozvíjení paměti a pozornosti, atd. (Svoboda, 2007)

K dosažení takových cílů poetoterapie využívá práci s poetickým materiálem. Práce probíhá buď receptivní formou, tzn. terapeut pracuje s textem, zatímco klient text vnímá a prožívá, nebo formou aktivní, kde se klient zapojuje do práce s textem sám. Specifickými prvky poezie jsou například básnické faktory, jako zvukomalba, rým a rytmika slov, které mohou navodit relaxační účinek. Vliv mají i faktory přednesové, které se vztahují k osobnosti přednášejícího, tedy barva jeho hlasu, dynamika, tempo a hlasitost přednesu. (Svoboda, 2007)

Poetoterapeutická metoda je specifická funkcemi, které poetický text nese. Estetická funkce umožňuje klientovi porozumět poezii. Čtení poezie má vliv na utváření jeho vkusu. Hlavní složkou je funkce relaxační, sloužící jako podpůrná, zároveň však podstatná součást léčebného procesu. Díky sociální funkci mohou vzniknout silné sociální vazby a díky otevřené komunikaci růst důvěry i sebedůvěry jednotlivců. Díky léčebné funkci je vhodné poetoterapii využít například u pacientů s neurotickými projevy, nebo může doplňovat odbornou léčbu pacientů trpících psychózou jako podpůrný proces. (Svoboda, 2007)

1.2.6 Muzikoterapie

Neexistuje jedna obecně přijímaná definice muzikoterapie. Je to terapeutický obor, využívající hudbu nebo její prvky k dosažení cílů, nejčastěji léčebných. Může však tyto prvky využívat také například k dosažení osobního rozvoje, zlepšení mezilidských vztahů nebo ke zlepšení kvality života. (Gerlichová, 2014)

Definice podle Americké muzikoterapeutické asociace zní: „*Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy.*“ (Americká muzikoterapeutická asociace, 1998 in Müller, 2005, s.172)

1.2.7 Tanečně-pohybová terapie

Také taneční terapie může být jiným označením pro psychoterapeutický směr, který využívá pohyb a tanec jako hlavní prostředky k dosažení žádoucí změny. Tyto prostředky mají umožnit především náhled, uvědomění a sebeuvědomění. Evropská asociace taneční terapie specifikuje pozitivní aspekty taneční terapie takto:

- radost z funkční činnosti – uvědomění si svého těla, zážitek radosti z jeho ovládní
- jednota tělesná a duševná – pohyb spojuje fyzickou i psychickou aktivitu, umožňuje vyjádřit či navodit emoce
- obnova pozitivního přijetí
- autonomie
- tělesná symbolika – tanec je také způsob neverbální komunikace, v symbolické podobě může být bezpečným prostředkem k abreakci a katarzi (tzn. dosažení pocitu uvolnění a očisty)
- sublimace – aspekt krásna v taneční terapii

Podle Americké asociace ADTA má taneční terapie za cíl dosažení:

- emoční a fyzické integrace
- vědomí těla, jeho hranic a vztahu k prostoru
- realistické vnitřní představy o těle
- zvládnání napětí v těle (úzkost, stres)
- bezpečného způsobu rozpoznávání a projevoování emocí
- obohacení pohybového repertoáru
- pomoci ovládnání impulzivity

Příklady forem taneční terapie mohou být např. bazální tanec, body-ego technika či psychobalet. (Dosedlová in Müller, 2014)

2 SENIOR, STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

2.1 Gerontologie

Poznatky o stáří a stárnutí obecně, konkrétně pak problematiku života osob ve stáří, popisuje obor gerontologie. Některá témata se pojí také s oborem speciálněpedagogickägerontagogika. Ta rozvíjí například problematiku kvality života a naplňování specifických potřeb seniorů. Součástí oboru je také gerontopsychologie popisující psychologické aspekty stárnutí, jako jsou adaptační problémy, úroveň intelektových schopností, či smysl života.

2.2 Geriatrie a gerontopsychiatrie

Na kvalitu života z pohledu zdraví seniorů se zaměřuje lékařský obor geriatrie. Ta konkrétně pomáhá pochopit zejména stav klienta a jeho potřeby, normu – tedy hranici mezi involučními a chorobnými změnami ve stáří a určovat pro péči potřebné kompetence.

Dalším medicínským oborem zaměřeným na péči o seniory je gerontopsychiatrie, což je podobor psychiatrie, který se zaměřuje se na poruchy související se stářím a stárnutím.

2.3 Speciálněpedagogickägerontagogika

Součástí speciální pedagogiky je obor speciálněpedagogickägerontagogika, která se zaměřuje na osoby seniorského věku a jejich podporu za účelem zachování žádoucího společenského postavení.

Předmětem speciálněpedagogickägerontagogiky jsou osoby seniorského věku, příčiny jejich znevýhodnění a možnosti jejich socializace v nejširším slova smyslu. V tomto případě je socializací takto znevýhodněných osob myšlena jejich cílevědomá institucionální podpora při začleňování do kultury. Další charakteristikou tohoto oboru je například snaha podpořit kvalitu života seniorů. Kvalitou života se myslí pohled člověka na součásti jehožití, který je subjektivní a především závisí na jeho věku, zdraví, cílech, přáních, očekáváních, ale také na jeho rodinném či ekonomickém zázemí, kvalitě služeb apod., a může se lišit od objektivního pojetí okolí. Také se hovoří o snaze rozvoje lidského potenciálu, který značí řadu dispozic člověka (v tomto případě seniora), jako jsou schopnosti, vědomosti, hodnoty atd., důležité pro osobní růst. Potenciál může být ovlivněný různými faktory, ať už biologickými, sociálními nebo psychickými, které jeho rozvoj komplikují.

2.4 Osoba seniorského věku

Označíme-li člověka starým, působí to kvůli negativnímu citovému zabarvení pejorativně. Proto je v současnosti pro cílovou skupinu speciálněpedagogické gerontagogiky ustálený termín senior, který se považuje na rozdíl od ostatních termínů za neutrální. (Müller, 2013)

2.5 Stárnutí a stáří

Podle Bumbálka je stárnutí „*proces postupných evolučních změn, k nimž dochází v podstatě již krátce po narození.*“ (Bumbálek in Mühlpachr, 2005, s. 22) Výsledkem procesu stárnutí a závěrečnou etapou života je stáří. To nelze jednoznačně definovat, nicméně nejčastěji se stáří vymezuje časově. Přestože není možné počátek stáří přesně stanovit, uvádí se, že u většiny lidí dochází k řadě změn mezi 60. a 65. rokem života. Jednou z možností je rozdělení stáří na rané stáří (60 – 75 let), vlastní stáří (75 - 90 let) a dlouhověkost (nad 90 let), ovšem s ohledem na individuální rozdíly tomuto členění nemusí proces stárnutí vždy odpovídat. (Bumbálek in Mühlpachr, 2005)

Složitější je pak určení biologického stáří, které je podmíněno mírou involučních změn a liší se tak od chronologického stáří u každého člověka individuálně.

Se sociálními změnami souvisí kategorie sociální stáří. Jedná se zde především o proměny životního stylu, sociálních rolí a potřeb. Na sociální věk má vliv očekávání společnosti, čímž vzniká společenský tlak na sociální chování seniorů, možné je přejímání sociálních rolí i s důsledkem sociální izolace. (Müller, 2013)

2.6 Postoje ke stáří

V souvislosti se sociálním tlakem se hovoří také o ageismu, tedy věkově podmíněné diskriminaci. Jedná se o proces „*systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří.*“ (Müller, 2013, s. 25)

V důsledku působení médií a obecných názorů o problematice sociální role seniorů na jedince dochází k vytváření názorů na stáří a stárnutí. Označení ageismus vychází z anglického slova (age = věk). Původcem tohoto pojmu byl americký psychiatr a gerontolog Robert N. Butler, který je rovněž autorem výše uvedené definice. (Pokorná, 2010)

V současnosti se více autorů shoduje na tom, že doposud nebylo dosaženo konsensu ve stanovení dostatečně propracované definice ageismu. Podle Vidovičové nemá problematizace věku v teorii sociálních věd příliš dlouhou tradici. (Vidovičová, 2008)

Vidovičová dále uvádí zdroje ageismu. Jednak jsou jimi individuální nebo také subjektivně-psychologické zdroje, jako strach ze smrti a stárnutí či gerontofobie. Kulturními zdroji se myslí například hodnotové systémy, jazyk, média a umění. Tyto zdroje jsou specifické svou schopností replikovat diskriminační postoje a stereotypy a mohou být s formami ageismu identické. Třetí složkou jsou zdroje sociální, z hlediska demografie (podíl seniorské populace roste), věkových konfliktů a nesouladů, či věkové segregace, což znamená „*reálné či symbolické oddělení věkových skupin ve společnosti.*“ (Vidovičová, 2008, s. 131)

Jako nejčastější představy o stáří shrnující zdroje ageismu se uvádí tyto:

- všichni staří lidé jsou stejní
- stejné je stáří u mužů i u žen
- staří lidé ničím nepřispívají společnosti
- stáří je křehké a potřebuje péči
- stáří představuje pro společnost ekonomickou zátěž (Pokorná, 2010)

2.7 Involuční změny ve stáří

Involuce znamená podle definice encyklopedie Universum „*zákonitou etapu vývoje jedince, kdy dochází k úbytku psychických a fyzických schopností.*“ (Dienstbier, 2012, s. 14)

2.7.1 Tělesná involuce

Involuční projevy doprovázejí proces stárnutí a bývají zřejmé na přelomu 40. a 50. roku života. Biologická involuce je zákonitá, podmíněná genetickými dispozicemi. Proces tělesné involuce se zrychluje po šedesátém roce života, kdy ubývají funkční tkáně v orgánech, některé jsou nahrazeny vazivem. Přibývají oční choroby, které způsobují zhoršení zraku až úplnou slepotu. Po celé stáří se zhoršuje sluch a častěji se vyskytuje nedoslýchavost. Se stoupajícím věkem se objevují srdeční choroby, záněty kloubů, zvýšený krevní tlak. Častý je po sedmdesátém roce výskyt tzv. polymorbidity, to znamená, že se současně objeví více než jedna chronická choroba. Nižší imunita znamená menší odolnost těla vůči infekcím a nádorovému onemocnění. (Mühlpachr, 2004)

2.7.2 Psychická involuce

Obvyklým fyziologickým jevem je taktéž psychická involuce. Jak uvádí Müller, jedná se o „*dlouhodobý, velmi složitý a variabilní proces, jenž přináší zákonité změny, zejména v inteligenci a paměti (ale i v dalších složkách psychiky), což zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života seniora.*“ (Müller, 2013, s. 32)

2.7.3 Inteligence

Existují dva typy inteligence, fluidní a krystalická. V případě inteligence fluidní, značící schopnost řešit nové problémy, je do určité míry prokázáný úbytek a to již po 20. roce, s předpokladem individuálních rozdílů. Zatímco inteligence krystalická, která je ukazatelem množství vědomostí a během života je ovlivněna získáváním zkušeností, může pomocí rozvoje či vzdělávání vzrůstat, avšak u velmi starých lidí může dojít i k úbytku. (Müller, 2013)

2.7.4 Tvořivost

V souvislosti s obecnou inteligencí se hovoří také o kreativitě. I zde se setkáváme s obtížemi definovat pojem, autoři se ve vymezení tvořivosti rozcházejí. Údajně se říká o tvořivých lidech, že mají dobrou schopnost divergentního myšlení, což znamená, že se odchylojí od myšlení konvečního.

Co se týče výzkumu, výsledky ukázaly, že starší lidé nemají tak dobrou schopnost divergentního myšlení, jako mladí lidé. Nicméně, jak uvádí Simonton, testy divergentního myšlení nemusí spolehlivě ukazovat schopnost tvořivosti použitelnou v reálném životě. (Stuart-Hamilton, 1999)

Autor dále uvádí, že pro většinu (tedy až na výjimky), znamená šedesátý rok konec tvořivosti. Vzhledem ke smyslovému a fyzickému úbytku stáří tvrdě postihuje tvořivé lidi, ovšem existuje řada kreativců úspěšných navzdory svému tělesnému či smyslovému postižení. Tělesný úbytek tedy nemusí mít vliv na kreativitu víc, než za obvyklého průběhu stárnutí. (Stuart-Hamilton, 1999)

2.7.5 Paměť

Paměť je schopnost vycházející z anatomicky rozdílných částí mozku. Podle toho ji klasifikujeme na paměť asociativní a neasociativní, dále implicitní a explicitní. Paměť explicitní (nebo také deklarativní) je zaměřena na obsah toho, co si člověk dokáže vybavit vědomě a popsat to. Dalšími druhy jsou např. paměť krátkodobá, dlouhodobá a smyslová (zraková, sluchová...).

Involuce paměti způsobuje zhoršení krátkodobé paměti, na čemž se zároveň podílí úbytek pozornosti. Projevuje se i v paměti dlouhodobé, na kterou má vliv také například stav inteligence.

V další části se text zaměřuje na některé možnosti aktivizace seniorů. Nejprve se věnuje vymezení pojmu vzpomínání, jeho funkci a možnostem jeho využití v aktivizaci seniorů. Dále pojednává o léčivých schopnostech smíchu a jeho využití při intervenci zdravotních klaunů.

3 AKTIVIZACE SENIORŮ

3.1 Role vzpomínání v životě

Vzpomínky ovlivňují naši přítomnost a formují naši budoucnost. Často si ani neuvědomujeme, že jsme tím, čím nás naše minulost učinila. Nejen proto je pro každého člověka vzpomínání velice důležité.

Butler popisuje retrospekci, tedy vzpomínání jako proces, ve kterém si znovu vybavujeme minulost. Přitom vzpomínky jsou pouze jednou ze součástí paměti, proto nelze tyto dva pojmy nikterak zaměňovat. Je možné rozlišovat vzpomínání vyslovené, kdy se vzpomíná nahlas a vzpomínky se s ostatními sdílí, a tiché vzpomínání, probíhající v soukromí. Vzpomínání také může probíhat spontánně nebo záměrně a mívá charakter kumulativní, tzn., že jedna vzpomínka vyvolá další vzpomínku. Dále je pro vzpomínky charakteristické jejich citové zabarvení, jsou ovlivněné osobností člověka. Vybavujeme si emoce, vůně a ostatní věci kolem. To znamená, že to, jak jsme se v minulosti cítili, co jsme prožívali, vyplouvá znovu na povrch. Nicméně vzpomínání může také vyvolat nové emoce, může dojít například k pocitu nenávisti i ke smíření. (Špatenková, Bolomská, 2011)

3.1.1 Funkce vzpomínání

Zejména s přibývajícím věkem získávají vzpomínky větší význam. Prostřednictvím vzpomínání člověk ve vyšším věku může dosáhnout integrity, tzn. přijetí života jako celku, který měl svůj smysl. (Vágnerová, 2007)

Díky vzpomínání se člověk ve stáří může lépe přizpůsobit změnám, které k němu patří. Může pomoci také k:

- zachování sebepojetí
- zdůraznění těch stránek osobnosti, které jsou pozitivní
- zvýšení uvědomění si vlastní hodnoty
- udržení identity – součástí osobnosti jsou dosažené úspěchy, zážitky a zkušenosti
- narušení negativních stereotypů o stáří

- nabytí pomyslné nesmrtelnosti – díky vzpomínkám, dílům, dětem či jiným artefaktům lze dosáhnout přesahu života i po smrti

Vzpomínky jsou pro člověka každodenní součástí života. Jsou zdrojem síly, inspirace a povzbuzení v náročných životních situacích, o to více ve stáří, kdy se takové situace množí a kumulují. (Špatenková, Bolomská, 2011)

3.2 Reminiscence

Reminiscenční terapie je metoda založená na předpokladu, že mozek člověka dokáže reagovat na podněty uložené v dlouhodobé paměti, které lze stimulovat a využívat jako prostředek k porozumění mezi klientem a terapeutem. (Müller, 2013)

Ve vymezení se ovšem autoři rozcházejí. Někdo užívá pojem reminiscence, jiní autoři preferují označení reminiscenční terapie, což poukazuje na záměrnost a léčebný efekt této metody. (Špatenková, Bolomská, 2011)

V Evropě koncept reminiscenční terapie rozšířila anglická zakladatelka reminiscenčního centra v Londýně PamSchweitzerová, která o reminiscenci hovoří spíše než o terapii jako o přístupu. Podle ní jde o psychosociální intervenci, vzpomínání na příběhy o minulosti a jejich sdílení. (Janečková, Vacková, 2010)

Pojem vychází z latinského *reminiscere* – tzn. vzpomenout si. R. Woods definuje reminiscenci jako „*hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí.*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21)

Reminiscenční terapie označuje rozhovor terapeuta se seniorem, či skupinou seniorů o jeho životě, zkušenostech a prožitých událostech. Jako pomůcky často využívá staré fotografie, filmy, hudbu, staré předměty, nástroje, či módní doplňky apod. Mezi terapeutické prvky se řadí navození dobrého pocitu, radosti, pohody i kognitivní stimulace.

Je však také velmi důležité počítat s potřebou vyrovnání se klienta se zažitými traumaty z dřívějšího, čímž reminiscence získává charakter psychoterapie. Na rozdíl od psychoterapie je však rozvzpomínání se na minulost spíše spontánní, někdy i neuvědomělý proces. Je důležité, aby reminiscenční asistent ustál a nepřekračoval svou roli. Je sice poučen o reminiscenci a jejím terapeutickém účinku, měl by chápat důležitost působení traumat a

stresové zátěže, a měl by být schopen na tyto situace reagovat, avšak není terapeutem a neměl by přebírat jeho roli. (Janečková, Vacková, 2010)

Reminiscence může probíhat individuálně, skupinově nebo při rodinných sezeních. Ve skupinových aktivitách jsou klienti podněcováni ke sdílení svých vzpomínek, čímž se podporuje jejich identita a navazování společenského života. (Müller, 2013)

Autorky publikace *Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti*, která slouží jako pomocník k trénování paměti a jiných kognitivních funkcí, uvádějí několik zásad pro práci se vzpomínkami:

- využít klidné, ne příliš rušné místo
- být trpělivý, empatický
- být srozumitelný s ohledem na stav seniora, mluvit klidně, pomalu a nahlas
- přistupovat k partnerovi s respektem, nepřekračovat roli partnera (vyvarovat se roli učitele)
- užívat slov uznání, podporovat pocit úspěchu - nelpět na odpovědi
- využít tvořivý přístup, rozvíjet témata
- být citlivý, vyhýbat se vzpomínkám, které jsou bolestné a o kterých senior nechce mluvit, soustředit se na vybavení hezkých vzpomínek
- podporovat seniora k zapisování odpovědí, což trénuje jemnou motoriku a vede ho k soběstačnosti (Cingrošková, Dvořáková, 2014).

Uvádí se, že metoda reminiscence není pro každého člověka vhodná a měla by respektovat rozdílnost lidí. Nemusí být vždy vhodný okamžik, někdo nemusí být na reminiscenci dostatečně připraven. Záleží, ve kterém okamžiku a které funkce vzpomínání jsou pro danou osobu důležité, z jakého důvodu vzpomíná. (Janečková, Vacková, 2010)

3.3 Účinky smíchu

Silný není ten, kdo dokáže někoho pouhým pohledem složit na lopatky, ale ten, kdo někoho pouhým úsměvem postaví na nohy. (JulietteBinoche)

Jak uvádí Nešpor, existují způsoby, jak uvolnit nahromaděné emoce. Patří k nim například pláč, pohyb, slova (svěření se někomu), pomocí provozování aktivního nebo pasivního umění a také smích. Smích nám také pomáhá překonávat negativní emoce, zbavovat se nepříjemných stavů, je to určitý způsob přeladění se. Díky tomu má smích na psychiku katarzní účinek, tzn. „*očistění emocí nebo uvolnění emočního napětí, zvláště za pomoci umění.*“ (Nešpor, 2002, s. 38)

V psychoterapii se o katarzi hovoří v případě člověka, který si uvědomí duševní problém, nechá ho projevit a tím dojde k jeho zmírnění. Katarze a abreakce (tj. odreagování) jsou metody, které byly používány už v 19. stol. v psychiatrii a dodnes jsou také považovány za účinné faktory v psychoterapii.

Do přehledu účinků smíchu, které jsou prospěšné zdraví, se řadí:

- pozitivní vliv smíchu na imunitní systém,
- snižování hladiny stresu,
- blahodárné působení na dýchací systém, srdce, bránici a další orgány a části těla,
- tišení bolesti vedoucí k nižší spotřebě analgetických léků,
- svalová relaxace – smích dokáže uvolnit svaly lépe než uvolňování pomocí masáže,
- pozitivní účinky na psychiku – smích tlumí úzkost a deprese, zvyšuje odolnost a tvořivost

Nešpor dále zmiňuje aspekty a situace, které brání tomu, abychom se smáli. Řadí k nim tyto faktory:

- rodinné a národní tradice – někdo může smích považovat za nepatřičný
- málo důvodů k smíchu
- nedostatek smyslu pro humor
- nadměrnou sebekontrolu
- léky – některé přípravky oslabují schopnost se smát
- osamělost

- starosti
- stres a spěch

Zároveň dodává způsoby, jak na tyto situace nahlížet jinak a jak je zvládat pomocí různých technik a cvičení. (Nešpor, 2002)

3.4 Zdravotní klaun

Podle Valenty leží na hranici paradivadelních systému dva přístupy – terapie hrou a herní specialista. Herním specialistou se myslí kvalifikovaný pracovník na dětských odděleních nemocnic, který má za cíl udržet u hospitalizovaných dětí přirozený vývoj, zmírnit jejich úzkost a strach z léčebných zákroků a v neposlední řadě humanizovat nemocniční prostředí. S touto profesí také úzce souvisí postava tzv. zdravotního klauna (nebo také kliniklauna), který do stresujícího prostředí vnáší zejména zábavu, radost a uvolnění. (Valenta, 2011)

Dle Čížkové je zdravotní klaun „*speciálně vyškolený profesionální umělec pracující v nemocničních či sociálních institucích za účelem ,léčby humorem‘, čímž přispívá ke zlepšení psychického a tím i celkového zdravotního stavu pacienta.*“ (Čížková, 2013, s. 13)

Zdravotní klauni přispívají k poskytnutí široké nabídky aktivit nezbytných ke zmírnění psychických následků u pacientů a klientů zmíněných institucí.

II PRAKTICKÁ ČÁST

Tzv. pozitivní myšlení je bezcenné, nezajímá-li nás i cizí utrpení, zlo, ohrožení. Bez toho jsme jen rozmazlení, do sebe zahledění citlivkové, žvatlající o lásce.
(Karel Funk)

1 Seznámení s metodikou

Ke zpracování praktické části jsem zvolila vypracování návrhu manuálu pro příslušníky rodiny pečující o osobu seniorského věku v posledním období jeho života, a to na základě vlastní zkušenosti a poznatků získaných čerpáním z odborné literatury. Na tomto místě se patří zdůvodnit, co bylo motivem k upřednostnění této metodiky před výzkumem.

Od původně zamýšleného výzkumného zaměření své bakalářské práce jsem se odklonila na základě aktuálně velmi intenzivního prožitku se svou babičkou, které chci celou svou práci věnovat. Vzhledem k situacím a okamžikům, které jsme s rodinou v rámci domácí péče o naši babičku zažívali, jsem se rozhodla zpracovat praktickou část své bakalářské práce jako „manuál“ pro pečující rodinné příslušníky, kteří se do podobné situace dostanou také a mají společného jmenovatele ve snaze o co největší možnou míru zlepšení nebo udržení kvality života své milované osoby, ale nemají k tomu potřebné zkušenosti a informace.

1.1 Metodický cíl

Cílem této praktické části je propojení vlastních poznatků a zkušeností s poznatky teoretickými a jejich zpracování vedoucí k vytvoření návrhu manuálu pro laickou veřejnost a především pak lidem, kteří chtějí pečovat o seniory v domácnosti. Obsah tohoto manuálu je zaměřen na možnosti, jak prostřednictvím péče udržet, případně dosáhnout maximální kvality života seniorů, posílit jejich pozitivní sebepojetí, spokojenost a důstojné prožití poslední životní etapy v domácím prostředí za přítomnosti těch nejbližších.

2 Provázení bližních v posledním období jejich života

Zkušenost s domácí péčí o naši babičku byla mým prvním setkáním s domácí paliativní péčí vůbec. Ve městě, kde naše rodina žije, není tolik obvyklé mezigenerační soužití, jako bývá na vesnicích a stejně tak neobvyklé je pro vnučata bydlení se svými prarodiči.

Záhy po té, co babička přišla k úrazu v důsledku náhlého zhoršení její stability, se její dcera, moje maminka, bez většího váhání rozhodla vzít ji k sobě domů a pečovat o ni. Vzhledem k zvýšenému riziku nebezpečného pádu bylo třeba, aby byl neustále nablízku někdo, kdo babičce poskytne jištění a potřebnou oporu.

Babička kromě zhoršené tělesné stability začala současně trpět i trávicími obtížemi. Ty se projevovaly nechutí k jídlu, pocitem sytosti, nevolností, a to i při pozření pouze malé porce jídla, přestože v minulosti vždy velmi ráda vařila a jedla. Také začala být unavenější, přestože byla vždy až příliš aktivní. Vzhledem k přibývajícím obtížím, které se staly pro babičku překážkou pro normální soběstačný život, bylo nutné, aby se naše rodina více semkla, začala spolupracovat a mohla tak využít všechny prostředky pro zajištění domácí péče.

3 Komunikace, vcítění a opora při domácí péči

3.1 Domácí prostředí

Pečovat o bližního v domácím prostředí, které je mu důvěrně známé, je nejpřirozenějším, nejstarším způsobem péče. Pobyt v nemocnici či v hospici by měl být volen jen v nutných případech, které by měli nejprve posoudit lékaři. Není však snadné utvořit nemocnému doma pro domácí péči ty nejlepší podmínky. Poskytnout podmínky jako je klid, láskyplné prostředí, zajištění odborné lékařské péče, materiální vybavení speciálními pomůckami, zajištění neustálé dvacetičtyřhodinové péče o blízkou osobou, střídání těchto pečujících osob, jejich vzájemná komunikace, předávání si zkušeností a denních informací o nemocném. Informací o podávání léků, stravě, aktuálním zdravotním stavu, tedy jak se dnes náš blízký cítil, jak spal, vyměšoval, jedl a pil apod.

Úplně prvním poznatkem je skutečnost, že pokud se rozhodneme vzít do péče svého bližního doma, nastane naprostá změna v našem doposud zaběhnutém životě. Musíme se připravit na to, že domov, ve kterém se o nemocného pečuje (patrně buď náš domov, nebo domov našeho blízkého), se stane setkávacím místem různých pečujících osob. Stejně tak pro seniora, který není zvyklý na to, že najednou potřebuje pomoc, nastane velká změna. Obvykle se snaží zastat sám všechno jako dříve - je potřeba trpělivost, jemně vysvětlit situaci a být také ve střehu, dokud si všichni zúčastnění na novou situaci nezvyknou.

Musíme být srozuměni i s tím, že možná nebudeme mít příležitost spát tak dobře, jako dřív, že budeme muset v noci vstávat k nemocnému, a tudíž, že nakonec budeme spát kdykoli,

kdy je na to vhodná chvíle, může to být i chvilka přes den, podobně jako to dělávají maminky malých dětí.

Přes to všechno může být tento čas, strávený v intenzivním vztahu s blízkým nemocným (rodič, prarodič, blízký příbuzný) nesmírně obohacujícím a požehnaným časem pro celou širší rodinu. Jednak je rodina nucena se více scházet, komunikovat navzájem (v běžném životě, kdy se nic zvláštního neděje, si neuděláme pro společné rodinné chvíle tolik času), my mladší či malí dostaneme vzory a jednou se nám tyto zkušenosti mohou hodit, my ze střední generace máme příležitost ukázat, že pečovat doma je možné, a my nemocní, kteří jsme na odchodu z tohoto světa, můžeme našim blízkým prokázat službu, že o nás a o „odcházení“ začnou více přemýšlet, začnou se zabývat alespoň na chvíli věcmi zásadními, které přesahují rámec našeho života.

3.2 Finanční zajištění domácí péče o blízkou osobu

Pokud jsme si již vyřešili, kde budeme o svého blízkého pečovat a kdo se u něj v péči bude střídat, potřebujeme zpravidla požádat o příspěvek na péči, abychom alespoň trochu pokryli náklady s tím spojené. Je dobré vědět, že se žádá na Úřadu práce a ne na sociálním odboru. Že příspěvek je poskytnut od doby, kdy o něj na Úřadu práce požádáme, a ne od doby, kterou v žádosti uvedeme, jako dobu, kdy jsme začali o blízkého pečovat. Také je dobré vědět, že posuzování žádosti trvá několik měsíců, průměrně asi tak půl roku, než dostaneme rozhodnutí, popř. samotný příspěvek.

3.3 Organizační zajištění domácí péče

Rozhodneme-li se, že využijeme od zaměstnavatele možnost zůstat doma za účelem péče o rodinného příslušníka v rámci tzv. OČR (= ošetřování člena rodiny), pak je dobré vědět, že do 31. 5. 2018 je to možné na 9 dní, od 1. 6. 2018 pak až na tři měsíce, ale pozor - stále platí podmínka, že ošetřující osoba musí mít s pacientem (osobou blízkou) společné trvalé bydliště, jinak nám Česká správa sociálního zabezpečení ošetřovné neproplatí. Jak to bude se společným trvalým bydlištěm od června 2018, není zatím jasné. Ošetřovné se proplácí od prvního dne a činí zhruba 50 procent ze mzdy.

3.4 Domácí hospicová péče

Na domácí hospicovou péči nejsme zdaleka sami. Existuje buď státní domácí hospicová péče, která je hrazena pojišťovnou (v Praze je to např. organizace „Péče doma“)

nebo privátní hospicová péče, která je v Praze zajišťována organizací „Cesta domů“ (hradí ji rodina či pacient sám částkou cca 220,- Kč za den). Výhodou luxusnějšího, privátního domácího hospicu je, že návštěva lékaře u vás doma a zapůjčení speciálního vybavení a pomůcek je již v ceně. Nevýhodou privátní hospicové péče je zejména podmínka, že pacient již nebere léky, které by mu prodloužily život. Ty jsou mu vysazeny a podávají se již jen léky, které tlumí bolest. Je těžké rozhodnout se, zda našemu blízkému přestaneme podávat léky proti jeho nemoci, a proto jsme doma volili raději státní péči. Tu předepisuje praktický lékař pacienta (stejně jako OČR), popř. ošetřující lékař v nemocnici.

3.5 Speciální pomůcky v domácí hospicové péči

Potřebujeme-li pro naši péči o blízkého speciální pomůcky, je dobré vědět, co může předepsat praktický lékař či lékař specialista, a co lze zapůjčit v půjčovně zdravotních pomůcek. Na internetu můžeme vyhledat nejbližší či nejlevnější půjčovnu. Kromě již zmíněných organizací „Cesta domů“ a „Péče doma“, provozují půjčovny i organizace pro zdravotně a tělesně handicapované, někde i Charita, diakonická zařízení, gerontologická centra apod.

Mezi pomůcky, které bez problému předepíše lékař, patří:

- Inkontinenční pomůcky (plenkové kalhotky, pleny, vložky)
- Nástavec na WC pro usnadnění sedání a vstávání z toalety
- Sedátko do vany pro usnadnění sedání a vstávání z vany
- Pro osoby ZTP (tj. zvláště těžké postižení), kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, mohou být poskytnuty i další, nákladnější pomůcky.

V půjčovně zdravotních pomůcek můžeme vypůjčit zejména:

- Zdravotní polohovací postel (elektrickou nebo mechanickou, je třeba se rozhodnout)
- Zdravotní antidekubitní matrace
- Pojízdný stoleček k této posteli (usnadní zejména stravování)
- Toaletní židli pojízdnou či nepojízdnou (pro usnadnění toalety, když už nemocný nedojde na WC)
- Různé antidekubitní pomůcky - polštářky, podkládací hadi, kroužky, sedátka, deky apod.
- Infuzní stojan, je-li potřeba

3.6 Komunikace při střídání různých pečujících osob

Bylo by nesmyslné myslet si, že 24 hodinovou péčí o blízkého člena rodiny v paliativní péči může dlouhodobě zajistit jedna pečující osoba. Je potřeba si v rodině rozdělit role a úkoly, tak aby péče nebyla závislá na jednom členovi. Stojí-li péče převážně na jednom člověku, je vystaven obrovské psychické zátěži. Skutečnost, že se na péči podílí více lidí, může pomoci ulehčit situaci. Každá vzácná chvíle navíc je příležitostí ke sdílení prožitků s ostatními členy rodiny.

Pokud to nezvládne rodina sama, je třeba hledat pečovatele a pečovatelky jako placenou službu. Při střídání těchto pečujících osob je nesmírně důležité sdělovat si každodenní postřehy, zážitky, zkušenosti, vývoj a progresi onemocnění (co jsme dnes zvládli a co už ne). Nestíháme-li si vše povědět ústně, může nám posloužit jednak „průvodce dnem“ či denní rozvrh, kde je popsán sled činností, kterého se pečující může přidršet, není-li si jistý. Hlavní pečující osoba, která má nejvíce zkušeností, popíše v bodech denní činnosti s přibližným časovým rozvržením (např. které léky se podávají před jídlem, které po jídle, co podávat k snídani, obědu, večeři, co dělat v mezičase, kdy je obvyklý čas na procházku, na odpolední spánek, kdy a co zapínat v televizi, rozhlase, kdy je čas na hygienu popř. na toaletu. Dobré je mít také seznam aktuálních léků, podle kterého chystáme léky na týden do dávkovače (krabičky na léky). V případě, že se léky rozsypou, můžeme podle seznamu dohledat, jestli jsme našli všechno.

Střídá-li se u nemocného více osob a náš blízký již nekomunikuje tak dobře jako dřív, je dobré vytvořit novým pečujícím osobám tzv. „Profil na jednu stránku“, kde popíšeme, co má náš blízký rád, co nerad, jaké jsou jeho komunikační možnosti, co nám umí povědět, co musíme odhadnout sami, na co nesmíme zapomenout, o čem popř. nemáme mluvit apod. Inspiraci jsme čerpali z již vytvořených profilů u handicapovaných dětí, které byly integrovány či inkludovány ve školských zařízeních. Metodu lze využít nejen u dětí a dospělých zdravých či se zdravotním postižením, ale také u seniorů. Jedná se o metodu, která představuje silné stránky člověka a staví na nich rozvoj. Profil na jednu stránku obsahuje osoby, předměty a další věci důležité pro danou osobu a lze jej využít k mapování jeho životních změn. Také může sloužit k zachycení situací, které nemusí být na první pohled rozpoznatelné. Profil na jednu stránku obsahuje tři složky:

- co umím
- co je pro mě důležité

- v čem potřebuji pomoc nebo podporu

V každém případě je dobré minimálně mít připraven blok či sešit, do kterého napíšeme našemu střídajícímu pečovateli naše postřehy z dnešního dne (co se podařilo a co ne atd.)

3.7 Komunikace s naším blízkým nemocným

Při péči o našeho blízkého platí v komunikaci zejména:

- Laskavost, zachovat si pozitivní a láskyplný přístup
- Trpělivost (při chůzi nechávám blízkého, co zvládne, udělat sám, přihlížím a jistím jej, to platí i pro komunikaci – čekám trpělivě, až mi řekne, co mi chce říci, pomáhám mu sice vyjádřit se, ale snažím se vycítit, co chce on a ne co chci říci já)
- Empatie (snažím se pochopit, jak prožívá skutečnost on, jak mu asi je, co asi potřebuje)
- Ponechání důstojnosti až do poslední chvíle
- Plnění jeho přání, byť se nám zdají nesmyslná, nebo se alespoň pokusit je splnit, zejména v posledním období jeho života

Moje babička v posledních dnech života nemohla např. už ovládnout vykonání potřeby. Říkala: „Nejde to, pusť mi, prosím tě, vodu“. Tak jsme jí pouštěli v koupelně vodu tak dlouho, až to konečně šlo. Pamatovala si, že to tak dělala svým dětem, když byly malé. Jsou to sice drobnosti, ale z nich se v posledních dnech života skládá veškeré prožívání našich blízkých, kteří nám pomalu odcházejí. Nejsou důležité tyto drobnosti, ale pocit, s jakým naši blízcí odcházejí přes práh smrti. Bude to zmatek, strach z neznáma, panika či samota, kterou asi zažívají v nemocnici, nebo pokojný pocit zachování si důstojnosti v láskyplném obklopení rodinou?

3.7.1 Přivolání si pomoci pečujícího

V domácím prostředí musíme vyřešit otázku přivolání si pečujícího, který může být zrovna na opačném konci bytu, případně domu, nebo může spát. V nemocnici či hospicu mají pacienti zvonek, tlačítko, kterým přivolají sestru. My jsme to doma vyřešili zvonečkem, který byl zpočátku u babičky na nočním stolku, později si ho držela v ruce i během spánku, a když jí vypadl z ruky, opět jsme jí ho tam vrátili. Nebylo to optimální, ale nic lepšího jsme nevymysleli.

3.7.2 Zprostředkování pomáhajících pozitivních zážitků

Při naší péči o nemocnou babičku nám k pozitivnímu ladění a vzájemné komunikaci pomáhaly např.:

- Domácí fotografie, prohlížení, vzpomínání v dobrém
- Pořady v České televizi, které jsme sledovali přes internetové vysílání např. „Krajinou domova“, „Posvátná místa Čech“, „Magické hory“ apod.
- CD „Na cestě“ vokální skupiny Anima Una z Brna a jiné nahrávky duchovní hudby
- Zpočátku vycházky před dům, posezení venku, později již jen na balkoně
- Návštěvy přátel našich blízkých, management těchto návštěv, komunikace s nimi

3.8 Vše se neustále mění

Celou paliativní péčí o babičku nás provázel jeden základní poznatek, na který je dobré se také připravit, a to: vše se neustále mění. Jakmile jsme si zvykli na nějakou skutečnost – např. že už nedoprovázíme babičku na toaletu, ale že používáme toaletní židli, už to pomalu přestávalo platit, a nastávalo období plenkových kalhotek.

Dalším postřehem bylo, že pomůcky jako třeba nový mobilní telefon, uzpůsobený pro seniory či elektrická polohovací postel, je potřeba zakoupit včas, dokud je náš blízký ještě schopen naučit se s nimi zacházet. S novým mobilem, třebaže byl jednodušší než ten původní, se babička již nevyrovnala, a s dálkovým ovládáním na elektrické polohovací posteli také ne. Označovala je za „křáp, který nefunguje“. Vyplýval nám z toho poznatek, že jak mobily pro seniory, tak i dálková ovládání k elektrickým polohovacím postelím by měly být ještě daleko více zjednodušeny, popř. tlačítka zvýrazněna víc, než zatím jsou.

3.9 Tělesný kontakt až do posledních chvil

Často jsme si k babičce v jejích posledních týdnech sedávali na postel, drželi a hladili ji, moje maminka si k ní někdy i lehla a objala ji jako miminko, když viděla, že jí není dobře.

Nebylo potřeba příliš mluvit, ale pohlázení od ní si ponesu životem ve vzpomínkách stále. Abychom takovéto vzpomínky mohli jednou mít, musíme jim vyjít vstříc jako první.

Shrnutí

Bakalářská práce se nejprve v teoretické části věnuje některým kreativním přístupům, které mohou přispět k aktivizaci osob seniorského věku. Praktická část je zaměřená na poskytnutí manuálu pro laickou veřejnost a především pak pro příslušníky rodiny, kteří upřednostňují domácí péči o seniory před péčí v sociálních a zdravotnických institucích.

Závěr

Vybrané přístupy zpracované v teoretické části jsou v České republice spíše méně rozšířené, čemuž také nasvědčuje omezený repertoár písemných pramenů, pojednávajících právě o reminiscenci či zdravotních klaunech v českém jazyce. Právě z toho důvodu jsem se rozhodla těmto přístupům věnovat větší pozornost za účelem jejich zviditelnění v souvislosti s možností využití u klientů seniorského věku a za účelem rozšíření povědomí o jejich převážně pozitivních aspektech.

V praktické části jsem si kladla za cíl využít teoretické i empirické poznatky ke zpracování manuálu pro laickou veřejnost a především pak pro příslušníky rodiny, kteří upřednostňují domácí péči o seniory před péčí v sociálních a zdravotnických institucích.

Vypracování této závěrečné práce nebylo jednoduché. Vzhledem k okolnostem, ke kterým v mé rodině došlo, jsem se dostala do nelehké situace. Z hlediska mých životních hodnot bylo obtížné ke svým studijním povinnostem (včetně bakalářské práce) přistupovat s větší důležitostí, než k emočnímu prožívání pobytu a odchodu naší babičky. Přitom právě ona byla vždycky tím nejsilnějším motivem k mému zodpovědnému přístupu, a proto právě své milované babičce chci věnovat tuto práci jako vzpomínku a poděkování za vše, co pro nás kdy udělala.

Seznam použité literatury

1. CINGROŠKOVÁ, Klára a Klára DVOŘÁKOVÁ. *Knižka pro vzpomínání a procvičování paměti*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0703-0.
2. ČÍŽKOVÁ, Markéta. *Zdravotní klaun*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Filozofická fakulta.
3. DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 2. Praha: Radix, 2012. ISBN 978-80-87573-01-3.
4. FRIEDLOVÁ, Martina a Martin LEČBYCH, *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4599-1.
5. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
6. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
7. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
8. MÜHLPACHR, Pavel. *Scholagerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
9. MÜLLER, Oldřich. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3688-3.
10. MÜLLER, Oldřich, *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
11. MÜLLER, Oldřich, ed. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
12. NEŠPOR, Karel. *Léčivá moc smíchu*. Praha: Vyšehrad, 2002. ISBN 80-7021-581-X.
13. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
14. POTMĚŠILOVÁ, Petra, *Arteterapie a artefiletika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3683-8.
15. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
16. SVOBODA, Pavel, *Poetoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1682-3.

17. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOŇSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
19. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3851-2.
20. VALENTA, Milan a Martin Dominik POLÍNEK. *Dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3685-2.
21. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.
22. VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

Seznam zkratek

OČR – ošetřování člena rodiny

KBT – kognitivně behaviorální terapie

PT – psychoterapie

ZTP –zvlášť těžké postižení

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Šťastná
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Využití expresivních přístupů u osob seniorského věku a senior v domácí péči
Název v angličtině:	Use of expressive therapies by seniors and senior in home care
Anotace práce:	Bakalářská práce se nejprve v teoretické části věnuje některým kreativním přístupům, které mohou přispět k aktivizaci osob seniorského věku. Praktická část je zaměřená na poskytnutí manuálu pro laickou veřejnost a především pak pro příslušníky rodiny, kteří upřednostňují domácí péči o seniory před péčí v sociálních a zdravotnických institucích.
Klíčová slova:	Expresivní přístupy, osoba seniorského věku, domácí péče, aktivizace, psychoterapie
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis in the theoretical part at first describes some creative techniques, which can contribute to the active life of seniors. The practical part is focused at providing a manual for the non-professional public and especially for family members, who prefer home care more than elderly in the care of social and health care institutions.
Klíčová slova v angličtině:	Expressive therapies, senior, home care, activation, psychoterapie

Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	36 s.
Jazyk práce:	Český jazyk