



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Úvod do animace a základní terapeutické metody

Distanční studijní text

Karolína Zedníková

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Vypište obor(-y), do kterého tematicky spadá studijní text. Vycházet lze z klasifikace oborů vzdělání například: [CZ-ISCED-F 2013](#) nebo ze seznamu organizace Library of Congress [Classification Outline](#). Spadá-li opora do několika oborů, pak je vyjmenujte a oddělte čárkou, např. Ekonomie, marketing, psychologie.

Klíčová slova: Stáří, senior, změny ve stáří, potřeby, zásady komunikace se seniorem, stimulace k účasti, motivace, aktivizace, aktivity denního života, terapie, exprese, péče o seniora

Anotace: V textu nejprve zmapujeme specifika osoby seniora a dotkneme se jeho potřeb, chuti k činnostem i nečinnosti. Tyto informace, kterým jsou věnovány první kapitoly, následně poslouží jako výchozí bod pro tvorbu aktivizačních programů. S vědomím individuality každého člověka si projdeme výhody i nevýhody jednotlivých terapeutických metod a naučíme se podpořit motivaci seniora /k aktivitě i k začlenění do společnosti/. V posledních kapitolách se zastavíme u konkrétních cílových skupin a popíšeme odlišnosti terapeutické práce, díky čemuž budeme připraveni na možné překážky v užívání získaných dovedností.

Autor: **Mgr. Karolína Zedníková**

Obsah

Úvodem	10
Rychlý náhled studijní opory	12
1. OSOBA SENIORA, JEHO POTŘEBY	13
1.1 Cíl	13
1.2 Obsah	13
1.3 Klíčová slova	13
1.4 Studijní text	13
1.4.1 Věkové vymezení období stáří	13
1.4.2 Změny provázející stárnutí	14
1.4.2.1 Změny v kognitivních funkcích	15
1.4.2.2 Psychické změny	15
1.4.2.3 Fyzické změny	16
1.4.2.4 Sociální změny	17
1.4.2.5 Reakce seniora na změny	18
1.4.2.6 Pozitivní změny	19
1.4.3 Potřeby seniora	19
1.5 Shrnutí	20
1.6 Korespondenční úkoly	20
1.7 Literatura	20
2. SPECIFIKA PRÁCE SE SENIORSKOU POPULACÍ, NAVAZOVÁNÍ KONTAKTU, MOTIVACE K ČINNOSTI, ZÁSADY KOMUNIKACE	22
2.1 Cíl	22
2.2 Obsah	22
2.3 Klíčová slova	22
2.4 Studijní text	22
2.4.1 Jiný pohled na proces stárnutí	22
2.4.2 Hlavní zásady komunikace se seniorem	23
2.4.3 Desatero chování vůči seniorům /Domov pro seniory Vidim/	24
2.4.5 Motivace seniora k činnosti	26
2.5 Souhrn	27
2.6 Korespondenční úkoly	27
2.7 Literatura	27
3. ZÁSADY VEDENÍ TERAPEUTICKÝCH INTERVENČÍ, ZPŮSOB PRÁCE. INDIVIDUÁLNÍ VS. SKUPINOVÝ PŘÍSTUP	29

3.1 Cíl.....	29
3.2 Obsah.....	29
3.3 Klíčová slova	29
3.4 Studijní text.....	29
3.4.1 Aktivizace seniorů	29
3.4.1.1 Obecné zásady pro zavádění aktivit	30
3.4.2 Přístupy v práci.....	31
3.4.2.1 Individuální přístup	31
3.4.2.2 Skupinový přístup	32
3.5 Shrnutí	34
3.6 Korespondenční úkoly.....	34
3.7 Literatura	34
4. TRÉNINK POZNÁVACÍCH FUNKCÍ.....	36
4.1 Cíl.....	36
4.2 Obsah.....	36
4.3 Klíčová slova	36
4.4 Studijní text.....	36
4.4.1 Úvod do problematiky	36
4.4.2 Kognitivní funkce	37
4.4.3 Rehabilitace poznávacích funkcí.....	38
4.4.3.1 Obecná rehabilitace	38
4.4.3.2 Cílená rehabilitace	39
4.4.4 Praktické tipy k vedení kognitivních tréninků	39
4.4.5 Jednotlivé oblasti kognitivní rehabilitace	40
4.4.5.1 Orientace.....	40
4.4.5.2 Paměť	41
4.4.5.3 Zrakově-prostorové schopnosti.....	41
4.4.5.4 Pozornost	41
4.4.5.5 Jazyk a řečové schopnosti.....	42
4.4.5.6 Myšlení a exekutivní funkce.....	42
4.4.6 Tipy na materiály k trénování kognitivních funkcí	42
4.5 Shrnutí	43
4.6 Korespondenční úkoly.....	43
4.7 Literatura	44

5. ČINNOSTNÍ A PRACOVNÍ TERAPIE. ZÁJMOVÉ A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.	45
5.1 Cíl.....	45
5.2 Obsah.....	45
5.3 Klíčová slova	45
5.4 Studijní text.....	45
5.4.1 Činnostní a pracovní terapie.....	45
5.4.1.1 Pracovní terapie.....	46
5.4.1.2 Činnostní terapie	47
5.4.2 Zájmové a volnočasové aktivity.....	48
5.4.2.1 Čtení	49
5.4.2.2 Stolní a zábavné hry	49
5.4.2.3 Vaření	49
5.4.2.4 Zahrádkaření	50
5.4.2.5 Pohybové aktivity.....	50
5.4.2.6 Duchovní aktivity.....	50
5.4.2.6 Další aktivity.....	50
5.5 Shrnutí.....	51
5.6. Korespondenční úkoly.....	51
5.7 Literatura	51
6. REMINISCENČNÍ TERAPIE	53
6.1 Cíl.....	53
6.2 Obsah.....	53
6.3 Klíčová slova	53
6.4 Studijní text.....	53
6.4.1 Základní vymezení reminiscence	53
6.4.2 Formy reminiscence.....	54
6.4.3 Zdroje reminiscence.....	55
6.4.4 Reminiscenční terapeut.....	56
6.4.5 Možné obtíže při reminiscenci	57
6.4.6 Přínos reminiscence	58
6.5 Shrnutí.....	58
6.6 Korespondenční úkoly.....	58
6.7 Literatura	59
7. Přístupy zaměřené na tělo. BAZÁLNÍ STIMULACE. TANEČNÍ TERAPIE. POHYBOVÉ AKTIVITY. RELAXAČNÍ METODY.	60

7.1 Cíl.....	60
7.2 Obsah.....	60
7.3 Klíčová slova	60
7.4 Studijní text.....	60
7.4.1 Bazální stimulace.....	60
7.4.1.1 Základní vymezení konceptu	60
7.4.1.2 Prvky bazální stimulace	61
7.4.2 Pohybové aktivity	62
7.4.3 Taneční terapie	64
7.4.4 Relaxační metody	65
7.4.4.1 Nácvik dechu.....	65
7.4.4.2 Autogenní trénink (AT)	66
7.4.4.3 Jacobsonova progresivní svalová relaxace	67
7.4.4.3 Technika zakotvení v pěti smyslech.....	67
7.5 Shrnutí	67
7.6 Korespondenční úkoly.....	68
7.7 Literatura	68
8. ZOOTHERAPIE. EXPRESIVNÍ TERAPIE - Muzikoterapie. Arteterapie.	70
8.1 Cíl.....	70
8.2 Obsah.....	70
8.3 Klíčová slova	70
8.4 Studijní text.....	70
8.4.1 Terapie s účastí zvířete.....	70
8.4.1.1 Canisterapie.....	71
8.4.1.3 Hipoterapie.....	71
8.4.1.4 Ostatní terapie s účastí zvířete	72
8.4.2 Expresivní terapie	72
8.4.2.1 Muzikoterapie	72
8.4.2.2 Arteterapie	74
8.5 Shrnutí	76
8.6 Korespondenční úkoly.....	76
8.7 Literatura	76
9. KRIZOVÁ INTERVENCE. PSYCHOTERAPIE.	78
9.1 Cíl.....	78
9.2 Obsah.....	78

9.3 Klíčová slova	78
9.4 Studijní text.....	78
9.4.1 Krizová intervence.....	78
9.4.1.1 Specifika krizové intervence u seniorů.....	79
9.4.1.1.1 Krizová intervence seniorů po telefonu	79
9.4.2 Psychoterapie.....	80
9.4.2.1 Základní vymezení psychoterapie	80
9.4.2.2 Základní psychoterapeutické směry	81
9.4.2.2.1 Humanistická psychoterapie	81
9.4.2.2.2 Behaviorální psychoterapie	81
9.4.2.2.3 Hlubinná psychoterapie	82
9.4.2.2.4 Sugestivní a hypnoterapeutický přístup	82
9.4.2.2.5 Relaxační a psychofyziologické postupy.....	82
9.4.2.2.6 Systémové, systemické a komunikační pojetí.....	82
9.4.2.2.7 Transpersonální psychoterapie	83
9.4.2.2.8 Integrativní a obecné pojetí.....	83
9.4.2.3 Současné psychoterapeutické pole	83
9.4.2.4 Psychoterapeutická práce se seniory	83
9.5 Shrnutí	84
9.6 Korespondenční úkoly.....	85
9.7 Literatura	85
10. SPECIFIKA TERAPEUTICKÉ PÉČE SE SENIORY SE SMYSLOVÝM HANDICAPEM.....	87
10.1 Cíl.....	87
10.2 Obsah.....	87
10.3 Klíčová slova	87
10.4 Studijní text.....	87
10.4.1 Změny smyslových orgánů doprovázejících stárnutí	87
10.4.1 Zrak.....	88
10.4.1.1 Komunikace se seniorem s poruchou zraku.....	88
10.4.1.2 Náměty pro stimulaci.....	89
10.4.2 Sluch	89
10.4.2.1 Komunikace se seniorem s poruchou sluchu	89
10.4.2.2 Náměty pro stimulaci.....	90
10.4.3 Chuť a čich	90

10.4.3.1	Náměty pro stimulaci.....	90
10.4.4	Hmat.....	90
10.4.4.1	Náměty pro stimulaci.....	91
10.5	Shrnutí	91
10.6	Korespondenční úkoly.....	91
10.7	Literatura	91
11.	SPECIFIKA TERAPEUTICKÉ PÉČE SE SENIOREM S PSYCHIATRICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	93
11.1	Cíl.....	93
11.2	Obsah.....	93
11.3	Klíčová slova	93
11.4	Studijní text.....	93
11.4.1	Specifika psychických zátěží ve stáří	93
11.4.2	Psychiatrická onemocnění ve stáří.....	94
11.4.3	Vyšetření gerontopsychiatrického pacienta	95
11.4.4	Delirium=stav zmatenosti	95
11.4.5	Deprese.....	96
11.4.6	Úzkostné poruchy	97
11.4.7	Závislosti	98
11.4.7.1	Alkohol	98
11.4.7.2	Benzodiazepiny	98
11.4.8	Poruchy spánku.....	99
11.5	Shrnutí	100
11.6	Korespondenční úkoly.....	101
11.7	Literatura	101
12.	SPECIFIKA TERAPEUTICKÉ PÉČE SE SENIORY S DEMENCÍ	103
12.1	Cíl.....	103
12.2	Obsah.....	103
12.3	Klíčová slova	103
12.4	Studijní text.....	103
12.4.1	Vymezení diagnózy demence.....	103
12.4.1.1	Demence Alzheimerova typu	104
12.4.1.2	Vaskulární demence	105
12.4.2	Obecné zásady práce s cílovou skupinou.....	105
12.4.3	Potřeby člověka a možnosti péče podle hloubky demence	107

12.4.3.1. Mírný stupeň demence.....	107
12.4.3.2 Středně těžký stupeň demence	108
12.4.3.3 Těžký stupeň demence.....	108
12.4.3.4 Terminální stádium demence	109
12.4.4 Obtíže v péči o seniory s demencí	109
12.5 Shrnutí	111
12.6 Korespondenční úkoly.....	111
12.7 Literatura	111
13. MOŽNOSTI TERAPEUTICKÉ PRÁCE S LIDMI PEČUJÍCÍMI O SENIORY ...	113
13.1 Cíl.....	113
13.2 Obsah.....	113
13.3 Klíčová slova	113
13.4 Studijní text.....	113
13.4.1 Neformální pečující	113
13.4.1.1 Praktická opatření pro pečující v domácím prostředí.....	114
13.4.2 Formální péče a její možnosti	115
13.4.3 Možnosti propojení formální a neformální péče	115
13.4.4 Rizika spojená s péčí o seniora.....	116
13.4.4.1 Syndrom vyhoření	117
13.4.5 Možnosti podpory pečujících	117
13.5 Shrnutí	118
13.6 Korespondenční úkoly.....	119
13.7 Literatura	119
Literatura.....	121
Závěr	130

Úvodem

Milí čtenáři,

právě jste si otevřeli studijní oporu, kterou jsem se snažila koncipovat tak, aby byla co nejvíce využitelná v praxi. Úplně na začátku bych Vás chtěla velmi podpořit! Cesta, kterou jste si vybrali – a její zaměření na seniorskou populaci – s sebou nese nemálo těžkostí. Kontakt se seniorem je mnohdy náročný. Nutí nás být ve střehu a udržovat plnou pozornost, neustále prověřuje naši trpělivost a nabádá nás mít v hlavě důmyslnou představu o tom, čeho chceme dosáhnout, i když cesta k cíli vypadá všelijak.

ALE – a to mluvím z vlastní zkušenosti: práce se seniory přináší nespočet dobrého. Pro mne je kontaktem s hlubokou lidskou moudrostí, zkušeností a i jakýmsi poklidem. Velmi Vám přeji střádat si v sobě tyto zisky a posilovat se na další a další momenty, ve kterých je budete zprostředkovávat dál.

Snažila jsem se, aby tenhle text vyjadřoval jedno z mých nejhlubších přesvědčení: že senior, byť může být jeho tempo pomalé, jeho paměť děravá a jeho dřívější schopnosti někde zapomenuté, je dospělým člověkem, který má právo na sebevyjádření a svobodné rozhodování. A tohle životní údobí může být *korunou jeho tvořivého života*.

Neodpustím si ještě formální poznámku – funguji ve zdravotnickém kontextu, ve kterém se běžně operuje s pojmy *pacient* a *klient*. Všímám si, že toto označení používám i v tomto textu pro osobu seniora. Tím ale nikterak nechci zmenšovat zodpovědnost seniora za vlastní život, ani jej uvádět do pozice závislého na péči. Současně ale předpokládám, že se se seniory budete ve svých budoucích /či stávajících/ zaměstnáních setkávat v sociálních nebo zdravotnických zařízeních a jistá míra péče bude seniorům poskytována.

Text je rozdělen do třinácti kapitol, přičemž první tři přináší základní informace o osobě seniora, procesu navazování vztahu, stavebních kamenech všech aktivit a o nárocích, které jsou kladeny na pracovníka. Další kapitoly se již zabývají konkrétními terapeutickými metodami, s cílem nejprve poskytnout představu o mechanismech jejich působení a dále rozvinout specifika aplikace na naši cílovou skupinu. Jsou osvětlena i možná rizika – a jedním dechem nabídnuty strategie jejich řešení. Poslední kapitoly přináší nutnost užšího zaměření aktivit a jejich vyladění v situaci smyslového handicapu a psychické nemoci. Poslední část

nezapomíná na osoby pečující /tedy v mnoha případech i na Vás/ a nabízí jak konkrétní informace o dostupných odlehčovacích službách, tak možnosti podpory.

Načerpejte inspiraci!

Autorka

Rychlý náhled studijní opory

Vytvořena k předmětu ÚVOD DO ANIMACE A ZÁKLADNÍ TERAPEUTICKÉ METODY

Cílem studijní opory i celého předmětu je zmapovat specifika osoby seniora, dotknout se jeho potřeb a chuti k činnostem i nečinnostem. Naučit se při tvorbě aktivizačních a animačních programů zvážit a oslovit motivaci klienta, respektovat individualitu jedince a zároveň si být vědom typických událostí a procesů, se kterými se v období stáří setkáváme. Postupně budou rozpracovány dílčí terapeutické metody – jejich výhody i slabiny. Doplňujícími korespondenčními úkoly a praktickými nácviky si student může osahat jejich užívání. V druhé polovině materiálu bude zřetel kladen také na specifika terapeutické péče s konkrétními skupinami osob, což pomáhá osvětlit možné překážky v rigidním užívání získaných dovedností a motivuje k vytvoření programu přesně podle potřeb konkrétního jedince.

Výstupy z učení:

Oborové znalosti: student si osvojí bio-psycho-sociálně-spirituální pohled na osobu seniora, dovede zmapovat jeho základní potřeby, přání a podpořit jeho motivaci k smysluplnému trávení času. Umí vyjmenovat množství terapeutických metod a technik, ze kterých je schopen vybrat vhodnou alternativu k cílové skupině. Díky praktickým nácvikům zakusí své vlastní dovednosti v práci s lidmi.

Oborové dovednosti: svými znalostmi dovede student přispět k vytvoření komplexního terapeutického plánu péče o seniora. Je schopen realizovat dílčí terapeutické metody v praxi individuálně i skupinově. Inspiraci k vedení aktivit čerpá jak z doporučených zdrojů, tak z praktických nácviků, které mu pomáhají osahat si vlastní silné stránky i limity.

Obecné způsobilosti: nastudováním opory a absolvováním předmětu bude student způsobilý vnímat péči o seniora celostně, uvědomit si komplexnost jeho potřeb a přizpůsobit terapeutické aktivity individuálně. Z množství technik svede vybrat příslušné postupy, jak podle dostupných informací o klientovi, tak podle potřeby instituce. Student bude výukou podpořen v opravdovosti v přístupu ke klientovi, ve flexibilním reagování na změny a kreativním užívání technik.

1. OSOBA SENIORA, JEHO POTŘEBY

„Stáří není jen bilancováním ztrát, ale může být korunou tvořivého života.“ (Kalvach a kol., 2004)

1.1 Cíl

Cílem kapitoly je připomenout základní informace o věkové periodizaci seniorského věku, přiblížit osobu seniora s jejími specifiky a podpořit jeho vnímání v kontextu aktuálních potřeb.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Vyčíslit věkové vymezení období stáří;
- Popsat konkrétní změny, které seniora provází – na úrovni fyzické, kognitivní, psychické i sociální;
- Představit si způsoby, jak senior na změny může reagovat;
- Vnímát nejaktuálnější potřeby seniorského věku.

1.2 Obsah

Kapitola obsahuje věkové vymezení období stáří, změny provázející stárnutí, potřeby seniora.

1.3 Klíčová slova

Periodizace stáří, změny ve stáří, integrita vs. zoufalství dle E. Eriksona, modely adaptace na stáří, potřeby

1.4 Studijní text

Dříve, než se budeme zabývat konkrétními terapeutickými metodami, nelze přeskočit tuto krátkou zastávku u základních otázek seniorského věku. Při vytváření konkrétních programů pro seniory se totiž budeme stále vracet na začátek. Je důležité si v hlavě stále připomínat nutnost vnímat seniora jako celistvou osobnost s jeho inter-individuálními rozdíly /kterých s věkem přibývá/ a specifickými potřebami. Respektujme prožité vývojové krize a pomáhejme kultivovat vztahy seniora k lidem, sobě samému a budoucnosti. A až na základě těchto informací můžeme dojít k použití dobré terapeutické metody (Kalvach a kol., 2004).

1.4.1 Věkové vymezení období stáří

Stáří je dle Saka a Kolesárové (2012) životní fází, která je nahoře velmi ostře ale jasně ohraničena smrtí. Spodní hranici nelze vymezit stejně jednoznačně, protože jevy a procesy,

kteří stárnutí doprovázejí, přichází postupně, individuálně a s různou intenzitou. Haškovcová (in Malíková, 2011) vnímá stáří jako přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku. Za projev a důsledek involučních změn (funkčních i morfologických) považuje stáří i Kalvach a kol. (2004).

Nejvýznamnějšími proměnnými, které determinují proces stárnutí, jsou: genetické zvláštnosti každého člověka, jeho životní styl, hodnotový žebříček, pracovní anamnéza, kvalita dostupného zdravotního a sociálního systému a obecně kvalita životního prostředí (Sak a Kolesárová, 2012).

Přesto, že časová konkretizace stáří nedostatečně reflektuje interindividuální rozdíly, pro usnadnění porozumění jednotlivým úsekům se vžily nejrůznější periodizace. Pro představu si uvedeme vymezení světové zdravotnické organizace (WHO):

- 60 – 74 let: senescence /počínající, časná stáří/
- 75 – 89 let: kmetství /senium, vlastní stáří/
- 90 let a více: patriarchum, dlouhověkost (Malíková, 2011, str. 14).

Zajímavý pohled na období stáří přináší Erikson (2015) ve své teorii osmi věků člověka. Za hlavní úkol tohoto vývojového stádia považuje potřebu dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Co se v jeho pojetí skrývá pod pojmem integrita? „*Přijetí vlastního jedinečného životního běhu jako něčeho, co muselo být a nezbytně nemohlo být jinak*“. Člověk, který tohoto dosáhnul, přijímá globálně celý svůj život a akceptuje jeho smysl. Přijímá své stáří, chyby i omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle. Akceptuje sám sebe takového, jaký skutečně je. Neodsuzuje se, odpouští si. A v té chvíli, kdy se vyrovnává se svým životem a uvědomuje si vlastní roli ve světě i daném úseku historie, ztrácí smrt svůj osten (Malíková, 2011).

Co se dle autora stane, pokud integrity není člověk schopen dosáhnout? Ozývá se zoufalství, které křičí, že čas je již příliš krátký na to začít žít nový, jiný život. Člověk je plný výčitek a znechucení, které jen zakrývá zoufalství. Realita se stává neúnosnou, ohlašuje se strach ze smrti. Změna psychických funkcí a projevů chování pomáhá přežít období stáří, ale neumožňuje jeho důstojné prožití (Erikson, 2015; Malíková, 2011).

1.4.2 Změny provázející stárnutí

Proces stárnutí doprovází změny v různých oblastech.

V kontextu níže popsaných změn je nutno pečlivě odlišovat, zda k nim dochází přirozeně vlivem stáří nebo je podněcuje psychická či somatická nemoc (Venglářová, 2007).

1.4.2.1 Změny v kognitivních funkcích

Dochází k:

- Zhoršení paměťových funkcí, zejména krátkodobé paměti;
- Narušení schopnosti koncentrace pozornosti;
- Zpomalení psychomotorického tempa;
- Myšlení je zabíhavé – různými asociacemi se člověk dostane ke zcela jinému tématu a často zapomene původní záměr;
- Ochuzení fantazie a kreativity;
- Zhoršení úsudku (Haškovcová, 2002; Jarošová, 2006; Suchá a kol., 2013; Venglářová, 2007).

Co se týká inteligence, je odpověď na otázku po změnách souvisejících se stářím obojaká: ta složka inteligence, kterou pojmenováváme fluidní, začíná klesat ve střední dospělosti /jedná se o pohotovou schopnost učit se, rychlost, senzomotorickou koordinaci/. Naopak trend krystalické inteligence /ovlivněné učením, zkušenostmi a kulturním prostředím/ může být při aktivitě člověka stále vzestupný (Kalvach a kol., 2004).

1.4.2.2 Psychické změny

V oblasti psychiky si můžeme všimnout:

- Snížení sebedůvěry, které často souvisí se změnou sociální role, zdravotními obtížemi i celospolečenským nastavením;
- Zhoršení adaptability /schopnosti přizpůsobit se změnám/;
- Nárůstu nedůvěřivosti, ale současně tendence k vyšší sugestibilitě /ovlivnitelnosti/;
- Snížení schopnosti navazovat nové vztahy;
- Zintenzivnění některých povahových rysů;
- Zvýšené emoční nestability až lability; někdy je naopak přítomna citová oploštělost až ztráta schopnosti citových prožitků;
- Celkového nebo částečného poklesu zájmů, apatie, až rezignace;
- Změny v pořadí životních hodnot-orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty;
- Změny potřeb;

- Tendence k bilancování svého života (Haškovcová, 2002; Jarošová, 2006; Suchá a kol., 2013; Venglářová, 2007).

1.4.2.3 Fyzické změny

Objevuje se:

- Úbytek svalové hmotnosti (sarkopenie) a nahrazení tukovým vazivem – neurosvalové reakce jsou pomalejší a tím dochází k častějším pádům;
- Snížená elasticita svalů;
- Úbytek kostní hmoty, kost je řidší a křehčí – čímž je větší riziko zlomenin;
- Strukturální změny na páteři – výsledkem je změna držení těla /ohnutí/ a změna těžiště;
- Degenerativní změny na kloubech, ubývají chrupavky i nitrokloubní tekutina – projevuje se bolestivými artrózami;
- Klesá pohyblivost (po 20. roce), rychlost (po 23. roce), vytrvalost (po 30. roce) a statická síla (mezi 30. a 40. rokem);
- Snížená přesnost jemných pohybů;
- Změny vzhledu;
- Změny termoregulace;
- Kardiopulmonární změny;
- Změny trávicího systému a vylučování moči (častější nucení);
- Poklesu smyslové výkonnosti – hlavně zrak a sluch;
- Změny sexuální aktivity – sexuální dysfunkce a navazující partnerské neshody (Haškovcová, 2002; Venglářová, 2007).

Z množství fyzických změn, které na sebe často velmi hlasitě upozorňují, vyvěrá také vyšší zaměřenost seniora na fyzické symptomy. To je bludným kruhem podporováno i současným systémem zdravotní péče, který se vyptává dominantně na symptomy. Pacient tak může nabýt dojmu, že posluchače nic jiného nezajímá (Venglářová, 2007).

V pozadí rozhovoru o symptomech se však může skrývat také seniorova potřeba sociálního kontaktu. Intervence odborníka zprvu tuto potřebu naplní. Po čase se však atmosféra kontaktu může měnit. Při neutuchajícím předkládání dalších a dalších symptomů seniorem, může v odborníkovi vzrůstat frustrace a podráždění. Proces léčby nepostupuje. Komunikační výměna tak přestává naplňovat pacientův skrytý záměr.

Mezi specifika chorob ve stáří patří:

- Polymorbidita – současný výskyt několika nemocí najednou, s čímž je spojené riziko lékových interakcí a předávkování medikamenty. Průměrný počet diagnóz na osobu je 3,5 dle Malíkové (2011);
- Mikrosymptomatologie – vyskytuje se minimum z obvyklých příznaků pro konkrétní nemoc. S přibývajícím věkem se snižuje vnímání bolesti, teplotních změn, pocitu hladu a žízně, nebývá horečka, známky zánětu jsou méně výrazné;
- Monosymptomatologie, oligosymptomatologie – chybí typická škála příznaků, vyskytuje se jeden nebo málo z obvyklých příznaků;
- Symptomatologie druhotného postižení – příznaky probíhajícího onemocnění se projeví na jiném orgánu, nejčastěji na mozku;
- Příznaky somatického postižení se také často projevují v oblasti psychiky;
- Vysoký výskyt chronických a degenerativních nemocí a častější akutní zhoršení a dekompenzace;
- Vysoký invalidizující potenciál nemoci;
- Frailty=stařecká křehkost, rizikovost způsobená fyziologickými změnami (naznačenými výše)
- Zvýšená úmrtnost (Malíková, 2011; Topinková, 2005, Topinková, 2006).

1.4.2.4 Sociální změny

Senior je postaven před významné změny také v sociální oblasti, které s sebou stáří může nést. Jedná se např. o:

- odchod do penze;
- změnu životního stylu;
- stěhování;
- ztráty blízkých lidí;
- strach z osamělosti vs. osamělost;
- finanční obtíže;
- fyzická závislost na pečujících osobách (Malíková, 2011; Venglářová, 2007).

1.4.2.5 Reakce seniora na změny

Výše popsané změny mají většinou negativní konotaci.

Už Cicero (in Pokorná, 2006, s.75) spatřoval neštěstí stáří v těchto důvodech:

- odvádí nás od veřejné činnosti;
- oslabuje tělo;
- odnímá nám všechny tělesné rozkoše a radosti;
- není daleko od smrti.

Podstatným tématem se tedy jeví to, jakým způsobem se na ně stárnoucí člověk dovede adaptovat. Proces přizpůsobování se těmto změnám je ovlivněn osobností seniora /jeho výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, genetickými dispozicemi/ a také prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a dostupnými možnostmi, jak získat pomoc (Malíková, 2011; Venglářová, 2007).

K systematictějšímu pohledu na změny v prostředí a osobnosti nám propůjčuje Holmes a Rahe (in Špaténková, 2004, s. 19-21) svou škálu životních událostí, které se mohou stát příčinou krize. Nakupením konkrétních situací /jež mohou mít pozitivní i negativní emoční doprovod/ se zvyšuje riziko vzniku osobní krize. Hranice 250 bodů za uplynulý rok je považována za zdraví ohrožující a hodnota 350 bodů značí potenciál pro rozvoje psychické či psychosomatické nemoci. Hlavním nedostatkem této teorie je ale fakt, že ne každá situace každého člověka odzbrojí. Daleko podstatnější je subjektivní hodnocení prožitého – protože „*krizí je taková situace, kterou klient za krizi považuje*“ (Novák, 2014).

Ukažme si základní modely adaptace na stáří:

1. **Konstruktivní přístup ke stáří** – senior se snaží udržovat tělesné zdraví /fyzická aktivita, vyvážená strava/, investuje energii do vztahů a nazpět získává podporu nejbližších, věnuje se aktivně koníčkům, které si pěstuje od mládí.
2. **Závislost na okolí** – tělesné obtíže se mohou stát až prostředkem k manipulaci se zdravotníky a rodinou, skrz rozhovor o symptomech si senior nevědomě uspokojuje potřebu sociálního kontaktu /viz. výše/
3. **Obranná strategie** – je založená na popírání stárnutí, oddalování odchodu do penze, lpění na zachování soběstačnosti.
4. **Nepřátelský postoj** – senior si nese pocity křivdy, zloby, zklamání, frustrace. Pod maskou nepřátelství se často skrývá zraněná duše naplněná lítostí a bezmocí.

5. **Strategie sebenávisti** – silně negativní vztah k sobě samému (Haškovcová, 1990; Venglářová, 2007).

1.4.2.6 Pozitivní změny

Abychom nezůstali jen u jmenování negativ, proces stárnutí může přinášet:

- větší trpělivost, rozvážnost;
- lepší schopnost vnímat detaily, která souvisí patrně s pomalejším životním tempem;
- stálost názorů a vztahů;
- větší toleranci, zejména k chybám druhých lidí;
- nadhled a všeobecný rozhled díky plejádě získaných zkušeností, schopnost vidět věci z perspektivy. Hlavním potenciálem stáří je možnost využití celoživotních zkušeností a vzdělávání;
- svobodu – senior není svazován obecným tlakem ke konformitě a dodržování sociálních norem, které vychází např. z užívané profese (Haškovcová, 2002; Sak a Kolesárová, 2012).

1.4.3 Potřeby seniora

I v rámci výše popsaných změn dochází i ke změnám preferencí a potřeb.

Obecně můžeme potřeby rozdělit na biologické, psychologické, sociální a spirituální (Novák, 2014).

Do popředí se výrazně dostává potřeba jistoty a bezpečí – což souvisí s ubýváním sil, schopností a s vidinou eventuální závislosti na pomoci. S postupujícím stářím také ubývá sociálních kontaktů, mnozí prožívají pocity osamělosti, izolace a prázdnoty. Tematické se jeví motto nadace Krása pomoci: *"Na konci záleží jen na tom, aby na Vás někomu záleželo."* Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem bývá snižena, větší intenzita podnětů a změn obecně je spíše vnímána seniorem jako dráždivá a znejišťující. I vzhledem k hlavnímu zaměření tohoto studijního materiálu je důležité odhadnout správnou míru přiměřené aktivizace (naplňující potřebu seberealizace) a zároveň člověka nepřehltit a neunavit. Markantní je ve stáří potřeba otevřené budoucnosti a naděje, přítomna je masivní zátěž strachem z nemoci, osamění, ztráty soběstačnosti a smrti (Hauke, 2014).

Pocit spokojenosti ve stáří výrazně koreluje s aktuálním zdravím, pocitem potřebnosti, oceněním, kvalitními mezilidskými vztahy (Novák, 2014).

1.5 Shrnutí

Proces stárnutí je mnoha autory vymezován jako proces přinášející množství změn, které byly započaty již v dřívějších obdobích života, ale aktuálně jsou nejzřetelnější. Ke změnám dochází v celém komplexu bio-psycho-sociálně-spirituálním. A přesto, že jsou výše vyjmenovány převážně involuční změny, nelze stáří vnímat pouze jako období „úpadku“. Pamatujme na slova z úvodu kapitoly: „*Stáří není jen bilancováním ztrát, ale může být korunou tvořivého života*“ (Kalvach a kol., 2014). Nemohu si odpustit poznámku o tom, že proces změn je u každého člověka individuální a tak cílovou skupinu seniorů nevnímejme jako identickou jednotku.

1.6 Korespondenční úkoly

KÚ: To, jak se společenské uspořádání odráží v procesu stárnutí, můžeme jasně vidět v porovnání současných seniorů s těmi, kteří žili např. na počátku 20. století – především by pravděpodobně ve svém věku již nežili, před 100 lety byla střední délka života o 30 let nižší. Zamyslete se nad rozdíly mezi současnými seniory a seniory, kteří žili o generace dříve.

1.7 Literatura

ERIKSON, E. Životní cyklus rozšířený a dokončený – devět věků člověka. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0786-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN: 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. Brno: IPVZ, 2002. ISBN: 80-7013-363-5.

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7.

JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: OU, 2006. ISBN: 80-7368-110-2.

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

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3.

POKORNÁ, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.

SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3850-5.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠPATÉNKOVÁ, N. Krize – psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004. ISBN:80-247-0888-4.

TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN: 978-80-7262-365-5.

TOPINKOVÁ, E. Obrazový atlas chorobných stavů – diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1670-4.

2. SPECIFIKA PRÁCE SE SENIORSKOU POPULACÍ, NAVAZOVÁNÍ KONTAKTU, MOTIVACE K ČINNOSTI, ZÁSADY KOMUNIKACE.

2.1 Cíl

Kapitola se zaměřuje na moment navazování kontaktu se seniorem, věnuje pozornost celému komunikačnímu procesu a hledá zásady, které je vhodné respektovat. Později, v situaci dobře navázaného kontaktu, se přináší otázku motivace seniora k aktivitě.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Interakci se seniorem vnímat v komplexně;
- Reagovat na vnější i vnitřní zábrany v komunikaci a svůj přístup k seniorovi na základě těchto informací vyladit;
- Analyzovat sníženou motivaci na straně seniora a nalézat způsoby jejího ošetření.

2.2 Obsah

Kapitola obsahuje hlavní zásady komunikace se seniorem a motivaci seniora k činnosti.

2.3 Klíčová slova

Zásady komunikace se seniorem, elderspeak, motivace, stimulace k účasti

2.4 Studijní text

2.4.1 Jiný pohled na proces stárnutí

Minulá kapitola popsala (převážně involuční) změny, ke kterým dochází v období stárnutí tak, že vypadají téměř nevyhnutelné. Jiný pohled nám nabízí Rheinwaldová (1999), která vidí změny ve stáří výhradně jako na následek života a životního stylu. Součet všech hromadících se zlovyků se odráží na zdravotních problémech, které lidé přičítají stáří.

S tím souvisí i další myšlenka: přesto, že se tělo i mysl v průběhu života opotřebovává, Rheinwaldová (1999) nesouhlasí s přirovnáváním člověka ke stroji, který vrže, když se dlouho používá. Klouby člověku začínají bolet a vrzat, když používány nejsou. Proto neodporučuje výrazně zpomalit a šetřit se – na to by totiž nasedlo další ubývání fyzických i mentálních sil, podpořily by se obtíže s pamětí, ubývala by mentální kapacita, ztrácela by se pohyblivost těla. Život by se stal prázdným, nezajímavým a navíc by nepřinesl ušetření

energie. Odpočinek, kterému nepředchází činnost a úsilí, nepřináší osvěžení. Vnímá, že střídání odpočinku a činnosti pomáhá vytrhnout se z bludného kruhu chátrání a dovoluje žít zdravě.

Přístup, který říká: „*není třeba se bát činnosti, ale nečinnosti*“ vystihuje velmi zjednodušeně podstatu celé studijní opory (Rheinwaldová, 1999, s. 9).

Co z toho vyplývá? Obecné informace o změnách, které jsme si nastínili v první kapitole, nám mohou posloužit jako odrazový můstek ke zkoumání konkrétních charakteristik a potřeb daného člověka, se kterým se dostaneme do kontaktu. Informace máme a můžeme tedy přistoupit k druhému kroku – navazování terapeutického vztahu se seniorem. Tímto se bude následující kapitola zabývat.

2.4.2 Hlavní zásady komunikace se seniorem

Před samotným rozhovorem se seniorem je dobré:

- Znat anamnézu a podle toho vybrat vhodný komunikační klíč;
- Přesně vymezit cíl komunikace, její smysl a účel;
- Najít pozici, která bude pro oba aktéry příjemná, projevit úctu /člověku a ne stáří jako takovému/;
- Respektovat omezení seniora a jeho komunikační bariéry;
- Rozpoznat, pokud je nemoc používána jako maska, tedy jako prostředek k získání pozornosti, péče, zájmu a sociálních kontaktů. V tomto je ale třeba postupovat nadměru opatrně a rozlišovat reálné a zástupné stesky. Autorka podporuje motto: *Více diskuze a méně medikace*;
- Nepodceňovat, nebagatelizovat – tyto postupy vedou k devalvaci;
- Zohlednit celoživotní historii;
- Zahrnout do spolupráce členy rodiny;
- Pamatovat, že mírný stres /čímž je pro seniora aktivita/ je lepší než kompletní péče (Pokorná, 2006, s. 80-81).

V situaci, kdy senior nechce komunikovat, je užitečné se zajímat o příčinu (dříve tabuizovaná témata, obava, jak bude zacházeno s informacemi, psychická nepohoda, porucha řeči apod.) a snažit se ji řešit. Můžeme nabídnout bezpečné téma a pozorujeme, jestli je o něj zájem. Současně ale respektujeme i to, když nám dá člověk najevo, že chce být sám. Při komunikaci

s konfliktním seniorem je nutné vymezit si jasná pravidla a současně dát najevo, že odmítáno je chování, nikoliv senior jako takový (Špaténková a Bolomská, 2011; Venglářová, 2007).

Opakující se témata v rozhovoru mohou souviset se zapomínáním, zhoršenou výbavností slov, zaměřením na zdravotní stav nebo opakujícím se stereotypem života (hlavně v ústavní péči). V situaci, kdy si senior není jistý zájmem okolí, předkládá témata, „která se od něj očekávají“, ve zdravotnictví se jedná hlavně o tělesné symptomy, jinde o běžná společenská témata (Venglářová, 2007).

V literatuře se v komunikaci se seniorem doporučuje držet těchto konkrétních podnětů:

- Počítat s vysokou pravděpodobností nedoslýchavosti;
- Mít verbální a neverbální komunikaci v souladu – samotná verbální složka řeči je vnímána posluchačem pouze na 10%, proto užívat gesta, která podporují řečené, doprovázet výrazovými prostředky;
- Přiměřeně užívat taktilní komunikace;
- Vyslovovat jasně a s přiměřenou hlasitostí a výškou hlasu;
- Volit slova, která jsou pro seniora srozumitelná i vzhledem k mezigeneračnímu rozdílu;
- Ponechat dostatek času na odpověď. Rychlost projevu seniora je výrazně ovlivněna psychických i fyzickým stavem – závisí na únavě, bolestech, délce soustředění, přítomnosti stresu apod. Při naléhavosti a netrpělivosti posluchače se může senior stáhnout do sebe a komunikaci se vyhýbat;
- Plně se soustředit na komunikační proces s nepředstíraným zájmem (Hauke, 2014; Špaténková a Bolomská, 2011; Venglářová, 2007).

Přesto, že jsou zde uváděna obecná doporučení, tím nejdůležitějším je posuzovat situaci s každým seniorem individuálně. Za žádnou cenu by nemělo docházet k užívání tzv. *elderspeak*, která má podtón urážlivosti. Příliš jednoduché věty, příliš pomalá rychlost rozhovoru, příliš hlasité vyjadřování. Schopnosti seniora jsou tímto (možná nevědomě) podceňovány. Volba slov a celková forma rozhovoru by měla vždy odpovídat reálným schopnostem (Novák, 2014).

2.4.3 Desatero chování vůči seniorům /Domov pro seniory Vidim/

Na konkrétní praktické náležitosti reaguje např. tato instituce vypsáním desatera chování personálů vůči klientům (Novák, 2014, s. 93), které nám může být inspirací:

- Oslovujeme příjmením a vykáme, pokud si to klient nepřeje jinak. Nepřípustné je oslovování: "babi, dědo". Rheinwaldová (1999) také připojuje nutnost jednotného, nebo jasně komunikovaného přístupu k oslovování. Odlišnosti v oslovování různých klientů mohou vyvolávat dojem protekce, která může u některých podněcovat závist a žárlivost.
- Do pokojů vstupujeme po zaklepání a dovození, u klientů s narušeným sluchem rovněž ohlašujeme svou přítomnost, jen jiným způsobem.
- V pokojích nesedáme na lůžko klienta, ptáme se, kam se můžeme usadit.
- Neinfantilizujeme – tedy nechováme se k seniorům jako k dětem. Neupravujeme jim oděv, nehladíme je po hlavě jako dítě, nepoužíváme přespříliš zdobných, nezdobíme jejich věci a pokoje dětskými motivy.
- Doteků /pohlazení ruky, sáhnutí na rameno/ využíváme pouze tehdy, je-li oběma stranám příjemné.
- Při komunikaci s kolegy se vyhýbáme pejorativním označením "Alzheimer, ležák, ta dementní". Při společném fungování udržujeme rozhovor s klientem, nikoliv se spolupracovníkem, nebavíme se o klientovi, "jako by tam nebyl". Nekomentujeme po příchodu do pokoje "jak to tady smrdí", nehodnotíme. Každý úkon, který provedeme, klientovi naopak okomentujeme, aby rozuměl tomu, co bude následovat. Hovoříme jednotlivé kroky i nekomunikujícím klientům.
- Podporujeme, motivujeme klienty, aby dílčí činnosti vykonávali sami s tím, že respektujeme jeho tempo. Naše pouhá asistence a dostatečná podpora neumožňuje regresi a sklouznutí do bezmocnosti.
- Při osobní hygieně dbáme na intimitu, používáme zástěny, zavíráme dveře.
- Respektujeme názor klienta, nezlehčujeme, umožňujeme mu si stěžovat.
- Nepřijímáme od klienta finanční hotovost.

S dalšími konkrétními tipy přichází Rheinwaldová (1999):

- Pomáhejme druhým udržet si pocit vlastní hodnoty.
- Udržujme klienty orientované v čase, místě a situaci.
- Snažme se neodbýt slovy "za chvíli", místo toho nabídneme konkrétní čas, popř. vysvětleme, jaké aktivity před vykonáním úkolu budou předcházet.

2.4.5 Motivace seniora k činnosti

Nabízená činnost by měla být dobrovolná, zajímavá, denní doba aktivity by měla odpovídat potřebám a možnostem seniora /např. respektovat odpolední únavu po obědě/. Podpurným faktorem je také předání dostatku informací o aktivitě - obtížně se začíná něco, o čem člověk nic neví. Hodí se také zajistit eventuální pomoc při přemístění na místo konání. Nelze opomenout, že úspěch jakéhokoliv programu je také častokrát závislý na motivaci a nadšení pracovníka, který se na činnostech podílí. Úspěšné bývají takové programy, ve kterých se vedoucí dovedou zasmát i sami sobě, čímž ukazují, že každý má své chyby a není dokonalý (Rheinwaldová, 1999).

Jaké důvody mohou být skryty za nechtění do organizovaných činností?

- zdravotní stav a jeho limitace
- osobní potíže
- únava
- denní doba
- počasí – zejména atmosférický tlak (Suchá a kol., 2013).

V minulé kapitole byla zmíněna také snížená otevřenost seniora vůči novým zkušenostem. Vidinu nové, neznámé aktivity tak mohou provázet obavy, strach ze zesměšnění, pocity nedostačivosti. Pomáhá nabídnout možnost se nejprve jen podívat, seznámit s prostředím nebo přijít v doprovodu někoho známého.

Existují ale zábrany, které nebudou někteří schopni překonat. Např. pokud žije senior v zařízení, které je spíše vytvořeno dle potřeb pracovníků - namísto respektování potřeb klientů. Denní program tak nemá pod kontrolou. Účast /tedy spíše neúčast/ na dobrovolných aktivitách tak pro něj může být prostorem pro svobodné rozhodnutí. Dále se objevuje strach z vlastní neúspěšné budoucnosti – pokud se skupinových aktivit účastní lidé s těžšími obtížemi, zdravějšího seniora to konfrontuje s otázkami eventuální nesoběstačnosti a může to provokovat úzkosti. Skupinové aktivity mohou vzbuzovat strach a chaos. Někdy je negativní reakce na aktivitu typickou reakcí – obvyklým projevem pasivity či negativismu (Rheinwaldová, 1999; Suchá a kol., 2013; Špaténková a Bolomská, 2011).

Je důležité najít, reflektovat a pracovat s konkrétními důvody každého jedince, protože mnoho z limitů výše popsaných je možné společně se seniorem eliminovat (Suchá, 2012).

Rozlišujeme mezi nucením do účasti a stimulací k účasti (Špaténková a Bolomská, 2011).

Organizované aktivity nemusí vyhovovat všem, proto se jako velmi podstatné jeví motivovat seniora k tomu, aby si sám hledal aktivity, seznamoval se s lidmi s podobnými zájmy. Podpora samostatného uplatnění v životě respektuje seniora jako schopnou lidskou bytost. Dobrou zkušeností může být zakládání klubů, kde jsou senioři v roli vedoucích a organizátorů – účelem klubu může být zábava, vzdělávání, dobročinné činnosti, apod. Programy, které dávají možnost se uplatnit, jsou zdrojem pocitu vlastní ceny (Rheinwaldová, 1999).

2.5 Souhrn

Kapitola se zaměřila na navazování kontaktu se seniorem. Pod jasnými zásadami, kterých bychom se měli v kontaktu se starším člověkem držet /sladit verbální a neverbální projev, vyslovovat jasně, počítat s možností nedoslýchavosti, ponechat čas na odpověď, užívat srozumitelná slova, apod./, jsou často položeny naše hlubší přesvědčení o stáří jako takovém. A ty bývají daleko důležitější. Proto nemusí být porušení některých výše popsaných zásad překážkou, pokud se k seniorovi chováme s respektem, nepodceňujeme jej, nebagatelizujeme jeho obtíže. A jak seniora motivovat k aktivitě? Poskytněme dostatek informací o připravované aktivitě a nechejme seniora dobrovolně rozhodnout o účasti. V té chvíli se zkusme dívat i opačným směrem – hledejme důvody, pro které je motivace nízká, a pokusme se je individuálně odstranit nebo pochopit.

2.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Co rozumíte pod rozdílem mezi stimulací k účasti a nucením do účasti. Jaké jsou klady a zápory jednotlivých přístupů?

KÚ2: Jaké jsou vaše zkušenosti z rozhovorů se seniory? Zkuste vypsát vlastní desatero, které se vám osvědčilo v komunikaci s touto cílovou skupinou.

2.7 Literatura

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7.

NOVÁK, T. Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5152-8.

POKORNÁ, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-282-8.

SUCHÁ, J. Skupinové hry pro cvičení paměti v každém věku. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0059-8.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-711-0.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace se seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170-5.

3. ZÁSADY VEDENÍ TERAPEUTICKÝCH INTERVENČÍ, ZPŮSOB PRÁCE. INDIVIDUÁLNÍ VS. SKUPINOVÝ PŘÍSTUP.

"Aktivita patří k životu, každý člověk vlastní určitý potenciál aktivity." (Müller a kol., 2014)

3.1 Cíl

Na začátku kapitoly si opětovně shrneme pozitiva přiměřené aktivizace člověka. S vědomím těchto benefitů jsou na dalších řádcích nabídnuty obecné zásady pro zavádění aktivit u seniorské populace. Detailněji jsou rozpracovány formy individuální a skupinové práce.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Vyjádřit vlastními slovy podstatu aktivizace seniora a její pozitivní důsledky a zisky pro člověka;
- Vyjmenovat obecnější náležitosti, kterých je třeba se držet v práci s cílovou populací;
- Porozumět výhodám a nevýhodám obou přístupů /individuálního i skupinového.

3.2 Obsah

Kapitola obsahuje možnosti aktivizace seniorů a obecné přístupy k práci.

3.3 Klíčová slova

Aktivizace, individuální přístup, skupinový přístup, skupinová pravidla

3.4 Studijní text

Již známe obecnější změny provázející seniorský věk, které nám pro práci dělají kvalitní základ k individuálnímu zkoumání aktuálních potřeb každého člověka. Byly naznačeny také doporučení pro první kontakt a specifika komunikačního procesu. Po poslední kapitole si již můžeme seniora představit jako namotivovaného k aktivitě. Tudiž musí logicky následovat další krok: zaměřit se na základní informace o terapeutických intervencích, programech a možných způsobech práce, které budeme v následujících kapitolách společně konkrétněji rozpracovávat.

3.4.1 Aktivizace seniorů

Jak již bylo zmíněno, aktivita snižuje negativní důsledky stárnutí, naopak úplná fyzická nečinnost a zahálení mozkových funkcí vede postupně ke stále větší nesoběstačnosti (Suchá a kol., 2013; Rheinwaldová, 1999).

Surový popis života seniorů v ústavních zařízeních té doby s akcentem na nutnost aktivizace přináší Rheinwaldová (1999, s. 10-11). *"Dlouhé dny senioři tráví v mnoha zařízeních nehybně, beze slova, s vyhaslýma očima, odevzdání svému osudu. Čekají jen na jídlo, na léky. Pozornosti se dostává jejich nemocem, ale ne jim. Nežijí, ale vegetují. (...) Obyvatelé těchto zařízení bývají často odsouzeni ke stresu z nudy, nedostatku aktivity a stimulace. Dostávají se apatie a deprese. Mnohá zařízení se tak stávají smutnými čekárnami na smrt, která bývá vykoupením."* Proto prosazuje: *"Každý, kdo je naživu, by měl žít a ne živořit."*

Je tedy dále třeba lobovat za přiměřenou aktivizaci?

Aktivity přináší:

- seberealizaci, smysluplnost;
- potěšení, zábavu;
- kontakt s druhými lidmi, redukci osamělosti;
- pozitivní sebe-přijetí, uznání od druhých lidí;
- zlepšení komunikačních dovedností;
- strukturování dne do jednotlivých úseků;
- podporu soběstačnosti;
- mentální odbočku od chmurných myšlenek (Suchá a kol., 2013; Rheinwaldová, 1999).

3.4.1.1 Obecné zásady pro zavádění aktivit

Jak již bylo a ještě bude mnohokrát zmíněno: je nutné znát seniora, jeho zájmy, minulé profese, preference, omezení apod. s cílem aktivitu co nejlépe přizpůsobit jeho individuálním potřebám a zamezit přetížení (Suchá a kol., 2013).

Doporučuje se aktivity plánovat dopředu /nejlépe ve spolupráci se seniory, jejichž rozhodovací schopnosti a odpovědnost jsou tím podporovány/. Současně bývá účast hojnější právě pro možnost se na aktivitu dopředu připravit. Určitá rutina – tedy stabilita, je vítaná. Senioři již mají vytvořené své rituály, proto častokrát oceňují v denním programu jen minimální změny, pravidelné časy, stejná místa, stejné pracovníky. Při zavádění nových programů se ze stejného důvodu doporučuje do aktivity zakomponovat alespoň jeden známý segment, případně výhodné bývá spojit aktivitu s běžným životem (Suchá a kol., 2013; Rheinwaldová, 1999).

Současně je aktivity třeba obměňovat, vyvažovat jejich zaměření - tedy prokládat ty cvičení, které zatěžují fyzickou stránku s těmi, které zatěžují kognici. Důraz na toto vyvážení se line

již od mladšího věku, užitečné se jeví dávat prostor jak aktivitám pracovním, tak zájmovým, sebe-obslužným, apod. Každý program by tak měl obsahovat trochu zábavy a trochu terapeutického účinku (Suchá a kol., 2013; Rheinwaldová, 1999).

Důležité je zvolit adekvátní náročnost aktivit. Pokud bude činnost příliš náročná, bude člověk selhávat, pokud naopak bude příliš jednoduché, může hraničit se znevažováním a snižováním důstojnosti osob. Program by měl být zacílen na podporu silných stránek, nikoliv na zdůrazňování slabin (Suchá a kol., 2013).

Humor je podporován, nikoliv však na účet seniora (Suchá a kol., 2013).

Při aktivitách je nutné zařídit klidné prostředí a omezit rušivé vlivy (Suchá a kol., 2013).

3.4.2 Přístupy v práci

3.4.2.1 Individuální přístup

Je založený na maximálním respektování člověka a cíleném působení dle jeho potřeby. Individuální přístup už dle svého pojmenování nabízí spolupráci "šitou na míru" člověku. Dává prostor k vytvoření terapeutického vztahu, který bývá v mnoha oblastech považován za jeden z nejvýznamnějších činitelů léčebného procesu. Při snaze o pochopení podstaty vztahu se můžeme inspirovat tvrzením, že "klient je expertem na svůj život a pracovník je expertem na vedení rozhovoru". Co přesně to znamená? My nemůžeme s jistotou vědět, co je pro druhého nejlepší, protože sám sebe zná tak, jak se my o něm můžeme jen dohadovat. Úkolem pracovníka je tedy vidět klienta jako individualitu, vnímat jeho vidění světa a důvěřovat v jeho schopnosti růstu /humanistická psychologie hovoří o opravdovosti, nepodmíněném pozitivním přijetí a empatickém porozumění/. Hlavní náplní práce je vytvořit takové prostředí, ve kterém se budou tyto schopnosti kultivovat. Základem přístupu je ponechávání zodpovědnost na klientovi (Hájek, 2006; Hauke, 2014; Suchá a kol., 2013).

Při zacílení na konkrétní oblast nám Müller a kol. (2014) k individuální arteterapii nabízí tyto zásady:

- přirozenost ze strany pracovníka;
- respekt k tomu, že nám člověk může lhát;
- proces spolupráce je postaven na principu jednosměrného zrcadla-tedy my se na oplátku se svými potížemi člověku nesvěřujeme;
- rychlost práce a její hloubku určujeme podle potřeby člověka;
- komunikaci je třeba upravit pro uši každého jednotlivce.

3.4.2.2 Skupinový přístup

Proti individuálnímu přístupu je obohacen o kouzlo skupinové dynamiky, která v sobě obsahuje skupinové dění a interakci mezi jejími členy.

Výhody skupinové práce podle Liebmann (2010) jsou:

- poskytuje prostor k učení se od druhého;
- přináší podporu;
- dává prostor zkusit si nové role a vidět reakce druhých, poučit se z jejich zpětné vazby;
- vyhovuje lidem, pro které je intimita individuálního přístupu příliš intenzivní;
- dává prostor pro hledání vlastní odpovědnosti ve skupině, dělby moci, demokratičnosti;
- poskytuje terapeutovi možnost pomoci více lidem najednou.

Další autorky připojují možnost praktikovat ve skupině i obtížnější aktivity – každý zvládne dílčí část a na konec pro všechny zůstává pocit dobrých schopností (Suchá a kol., 2013).

Účast ve skupině tedy seniorovi hlavně poskytuje prostor k prolomení pocitu izolace. Nové vztahy jsou v seniorském věku navazovány obtížněji, kdy člověk dává spíše přednost časem prověřeným kontaktům. Nicméně účast ve skupině, v bezpečném prostředí, pomáhá tyto kroky udělat. To je důležité zvláště pro ty, kteří žijí v sociálních službách – jsou lidmi obklopeni, ale zároveň s nimi spontánně neinteragují. Současně dle výzkumů vzájemná komunikace a interakce zpomaluje oslabování kognitivních funkcí, pomáhá získat lepší vládu nad tělem i myslí, zlepšuje náladu (Klucká a Wolfová, 2016; Špaténková a Bolomská, 2011, Venglářová, 2007). Rheinwaldová (1999) připodobňuje seniory v zařízeních k opuštěným ostrovům /rodiny mohou žít daleko, přátelé ze stejné generace umírají/. Jejich ubývající schopnosti /viz. kapitola 1/ jim zabráňují samostatně vycházet mimo pokoj. Stahují se do sebe, zůstávají uzavřeni ve zdech svých pokojů. Tyto ostrovy dle autorky žijí pod jednou střechou, sedí vedle sebe v jídelnách a společenských místnostech, ale nespojují se. Zůstávají oddělení, osamoceni – a všechno, co je odděleno, osamoceno a vytrženo z kořenů, pomalu usychá a umírá. Úkolem pracovníků v domovech tak je tyto ostrovy propojovat a vytvořit pevninu.

Ve své knize nabízí Rheinwaldová (1999) konkrétní aktivity vyžadující kooperaci Jsou založené na spojení více a méně handicapovaného seniora /např. dvojice, ve které jeden ze

seniorů má výrazně oslabený zrak – vidící předčítá svému partnerovi, informuje jej o všech novinkách v domově, je ochotný pro něj dojet do pokoje, postarat se, aby se dostavil na program, asistovat mu, apod./.

Naopak jako nevýhody M. Liebmann (2010) jmenuje:

- náročnější organizaci;
- obtížnější zajištění důvěrnosti informací;
- méně individuální pozornosti;
- riziko stigmatizace, nálepkování některého z členů;
- prostor pro ty, kteří se chtějí "schovat" za ostatní, aby se vyhnuli vlastním těžkým tématům (Liebmann, 2010).

Samotná představa účasti na skupině může u člověka vyvolávat obavy: *Zapadnu? Budou se o mne zajímat? Budu pro ně důležitý?* Často nevyhovuje těm, kteří jsou natolik zahlceni vlastními těžkostmi, že nejsou schopni vnímat ostatní členy a jejich potřeby (Špaténková a Bolomská, 2011).

Při vytváření skupiny je třeba si vymezit:

- počet členů /ideálně kolem 10 – záleží od cíle aktivit/. Malé skupiny do 5 členů spojují výhody obou principů /individuálního i skupinového/;
- složení členů /plánujeme zacílit skupinu na nějakou problematiku?/;
- četnost skupinových setkání, jejich délku (Müller a kol., 2014; Suchá a kol., 2013).

V každé skupině lidí je také třeba si vytvořit určitá pravidla společné práce. Mezi ty základní může patřit:

- mlčenlivost
- důvěra a bezpečí
- vymezená forma vyjadřování
- každý má ve skupině právo na svůj čas
- možnost říct stop nějaké aktivitě, aktivně se neúčastnit (Müller a kol., 2014)

Obzvláště v seniorské skupině je užitečné opakovat jména členů pro jejich snadnější zapamatování.

3.5 Shrnutí

Aktivity v životě člověka přináší množství pozitiv: kromě potěšení nám dávají možnost se seberealizovat, zlepšovat komunikační dovednosti, pomáhají zapojit se do kolektivu a tím redukovat pocity osamělosti. Aktivity také strukturují den a podporují soběstačnost. Při zavádění aktivit u seniora/seniorů je nejvýhodnější aktivitu přímo napasovat na zájmy konkrétního člověka. Vítaná je jistá stabilita, rutina v činnostech, jejich předvídatelnost, která dává možnost se na činnost připravit a zmírňuje pocity úzkosti z neznámého. Aktivity by měly být vyvážené, nepřetěžovat a cílit na silné stránky jedinců. Individuální i skupinové aktivity mají své výhody i stinné stránky, eventuelní kombinace obou se jeví jako výhodná.

3.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Zamyslete se nad tím, jak je možné zajistit, aby se nově příchozí člen cítil již v zaběhnuté ve skupině dobře?

KÚ2: Vymyslete a запиšte další pravidla nebo zásady, podle kterých by se měla skupina řídit. Napadají vás způsoby, kterými by mohla být tato pravidla připomínána?

3.7 Literatura

HÁJEK, K. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2006. ISBN: 978-80-7367-346-8.

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7.

KLUCKÁ, J. a VOLFOVÁ, P. Kognitivní trénink v praxi. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-5580-9.

LIEBMANN, M. Skupinová arteterapie. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-729-9.

MÜLLER, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-282-8.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-711-0.

4. TRÉNINK POZNÁVACÍCH FUNKCÍ

4.1 Cíl

Cílem kapitoly je popsat základní poznávací funkce a jejich specifickou důležitost pro fungování člověka ve světě. Při práci s lidmi s deficitem těchto schopností pak kapitola nabízí jak obecné náležitosti tréninků kognice, tak konkrétní návody pro trénování dílčích oslabených oblastí.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- pojmenovat jednotlivé poznávací schopnosti a pochopit jejich význam v každodenním životě;
- vyjmenovat cílové skupiny, pro které je tato technika vhodná;
- vysvětlit význam rehabilitace i její obecné zásady;
- vytvořit plán rehabilitace kognitivních funkcí;
- navrhnout konkrétní aktivity k trénování oslabené oblasti.

4.2 Obsah

Kapitola popisuje jednotlivé kognitivní funkce a možnosti jejich rehabilitace.

4.3 Klíčová slova

kognitivní funkce, rehabilitace, kognitivní trénink, orientace, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, pozornost, řeč, myšlení, exekutivní funkce

4.4 Studijní text

4.4.1 Úvod do problematiky

I ve zdravém stáří dochází k přirozenému úbytku části rozumových schopností /snížení reakčního času, pozornosti, rychlosti vnímání/, jiné funkce se s věkem nemění /např. dříve nabyté znalosti, slovní zásoba/. Snížena je neuronální plasticita-tedy schopnost obnovy mozkových buněk a nervových spojení. Novější výzkumy ale popírají starý fakt, že ve stáří mozkové buňky pouze odumírají a nové se nevytváří (Klucká a Volfová, 2016).

S tím souvisí i koncept synoptické plasticity D. O. Hebb - *"dvě zároveň aktivní nervové buňky posilují synapse, které se mezi nimi nacházejí. Jejich současná neaktivita vede k oslabení kontaktů"*, tedy zjednodušeně: *"bud' to používej, nebo o to přijdeš"* (Baltes, 2009, s.32). Tento přístup tak jasně podporuje myšlenku fyzicky i psychicky aktivního života.

Pro dobré zapojení do života je totiž obecněji řečeno nutná souslednost několika podmínek:

- dostatečná pohybová aktivita-udržování tělesné kondice, prevence onemocnění;
- správná životospráva-potřebné živiny, dostatek odpočinku;
- zajištění bezpečného bydlení;
- zachování a rozvíjení duševních, komunikačních a sociálních aktivit (Klucká a Volfová, 2016).

I mírná duševní aktivita snižuje riziko rozvoje Alzheimerovy choroby. Tělesná aktivita cvičí nejen svaly, ale má pozitivní vliv na kognitivní schopnosti (Klucká a Volfová, 2016).

4.4.2 Kognitivní funkce

Na téma kognitivních /neboli poznávacích/ funkcí jsme narazili už v dřívějších kapitolách. Na tomto místě toto téma blíže rozpracujeme.

Jedná se o základní funkce mozku – umožňují nám poznávat svět, vnímat okolní prostředí i vnitřní psychické stavy, plánovat aktivity, vstupovat do kontaktu s lidmi, věcmi, přizpůsobovat se stále se měnícímu prostředí. Při jejich oslabení je kontakt se světem výrazně narušen a zákonitě přichází nejistota, pocity méněcennosti, strach ze selhání, úzkost (Klucká a Volfová, 2016; Malia a Brannagan, 2010; Válková, 2015).

Jak již bylo zmíněno výše, i v rámci "normálního" stárnutí bývají oslabeny některé kognitivní funkce /např. paměť ve složce všímavosti a výbavnosti/ a je patrný relativní pokles výkonnosti proti mladším jedincům. Nebývají však narušeny ani každodenní aktivity, ani se neobjevují poruchy chování. Tento stav můžeme označit např. jako benigní stařeckou zapomnětlivost (Konrád, 2005).

K hlubšímu poškození kognitivních funkcí může dojít vlivem:

- traumatického poškození mozku;
- centrální mozkové příhody;
- subarachnoideálního krvácení;
- toxického, infekčního poškození mozku;
- neurodegenerativních onemocnění /Alzheimerova nemoc, Huntingtonova nemoc, Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, epilepsie,.../;
- psychiatrických onemocnění /např. deprese/ (Válková, 2015).

4.4.3 Rehabilitace poznávacích funkcí

Pojem rehabilitace znamená ve volném překladu obnovu původního stavu, navrácení soběstačnosti, výkonnosti, apod. U všech typů kognitivních obtíží tak přistupujeme k intervencím, které buď usilují o udržení stávajícího stavu /zvláště u nemocí s progredující prognózou/ nebo lépe-o zlepšení narušené funkce. Cílem je dosáhnout co nejvyšší míry soběstačnosti v každodenním životě. Smyslem rehabilitace kognice není člověka naučit novým skutečnostem, ale najít opětovně ty znalosti, které získal předchozími zkušenostmi. V žádném případě se nesmí stát nástrojem ponižování pacienta jeho vlastní neznalostí, ale naopak jde o vyzdvižení a podporu toho, co v něm zůstalo (Klucká a Volfová, 2016; Válková, 2015; Venglářová, 2007).

Existují různé přístupy:

- shora-dolů - trénují se komplexní činnosti;
- zdola-nahoru - zaměřuje se na elementární funkce a pokračuje ke složitějším;
- restorativní model - je tréninkem poškozené funkce;
- kompenzační model - snaží se poškozenou funkci obejít a zmírnit deficit pomocí jiných technik. Rozlišujeme kompenzační strategie vnější-např. při narušené paměti použít zápisník; a vnitřní-v mysli jedince, např. mnemotechnické pomůcky, vizualizace, apod. (Kulišťák, 2003; Malia, Brannagan, 2010; Válková, 2015).

Odlišujeme obecnou a cílenou rehabilitaci.

4.4.3.1 Obecná rehabilitace

Zabývá se především podporou orientace v realitě. Smyslem je dodat pacientovi povědomí o prostředí, ve kterém se nachází, čímž podporujeme jeho pocit bezpečí a umožňujeme mu získat povědomí o režimu.

Prakticky a konkrétně se jedná o:

- pozdrav, představení se;
- dotaz na časové informace /rok, měsíc, ... popř. pokud dotazování podněcuje negativní projevy jedince, volíme formu informativního sdělování, lze také využít nástěnných kalendářů, hodin/;
- dotaz na místo;
- podporu orientace v prostředí;

- sdělení informací o tom, co se bude v následujících chvílích dít s důrazem na stabilitu režimu;
- pokládání otázek mapujících, jestli si pacient pamatuje co měl za jídlo, jestli přišla návštěva, ...;
- orientaci v činnostech běžného života /orientace na těle člověka, dotazy ohledně míst plnění potřeb-např. kde se koupeme?, znalosti ohledně profesí, pracovních činností, dopravních prostředků, hodnoty peněz, apod./. Již se prolíná s rehabilitací dlouhodobé paměti, exekutivy, pojmenování (Válková, 2015);

Ideální je dotazovat se a kotvit pacienta v realitě pravidelně, dle Válkové (2015) např. 2xdenně. Pro spolupráci je užitečné namotivovat rodinu, která je často rozpačitá z toho, jak se má k nemocnému členovi rodiny chovat. Společný čas tak mohou vyplňovat konkrétními činnostmi. Užitečné je i mít dostupné činnosti, kterým se pacient věnoval dříve a stále je jich schopen.

4.4.3.2 Cílená rehabilitace

Umožňuje zacílit přímo na potřeby konkrétního klienta. Základem je zde schopnost vnímání, komunikace a dostatečná motivace na straně pacienta. K odhalení struktury deficitů můžeme použít některé screeningové testové metody /např. ACE-R nebo MoCA/, míru kognitivního deficitu stanovuje neurolog, psychiatr nebo psycholog (Válková, 2015).

Malia a Brannagan (2010) mluví o čtyřech částech programu rehabilitace kognitivních funkcí:

1. edukace zaměřena na silné a slabé stránky, obeznámení pacienta i jeho rodiny s informacemi o kognitivním deficitu, stejně jako o možnostech jeho léčby. Pro úspěšnost spolupráce má stěžejní roli získaný pacientův náhled na vlastní obtíže;
2. rozvoj schopností pomocí tréninku;
3. využití vnějších nebo vnitřních kompenzačních strategií ke zmírnění dopadu kognitivních obtíží na reálný život;
4. aplikace těchto strategií v běžném životě.

4.4.4 Praktické tipy k vedení kognitivních tréninků

Pracovník by měl být pokorný, trpělivý, nevysmívat se neznalosti pacienta, měl by umět jej vhodně motivovat, podporovat, mít pozitivní přístup. Zacílení není na chyby, spíše je užitečné navést člověka správným směrem. Můžeme jedno z cvičení připravit tak, aby jej klient jistě zvládl. Podpoříme tak nadšení z dobře vykonané práce. V praxi se osvědčuje říct, že nějaké

správné odpovědi nevíme ani my, podporuje to pocit sounáležitosti a vyvažuje vlastní neznalost. Důležité je pacienta nepřetěžovat a obtížnými úkoly jej netrápit, nepodceňovat jej, ale ani nepřeceňovat. Vzdělání není jistou známkou intelektu a rehabilitace kognice není hrou na školu. To, že nezná odpověď nemusí znamenat, že to neví v rámci kognitivního deficitu, ale nemusí to vědět v rámci svých životních znalostí, zkušeností a dovedností (Válková, 2015).

Lze vést formou individuálních i skupinových setkání.

Součástí skupinových sezení může být i nácvik sociálního chování, plánování dalšího života. Při plánování práce by neměla být opomíjena afektivita klientů, jejich prožívání, sebehodnocení a vzorce chování-čemuž se lze věnovat na konci setkání. Členové tak mají možnost zhodnotit vlastní práci, sdílet pokrok, pochlubit se dobrými pocity nebo jen oznámit aktuální rozpoložení. Zde může velmi dobře intervenovat vedoucí skupiny, který jednotlivce oceňuje, motivuje k další spolupráci, zdůrazňuje dlouhodobý efekt a zisk (Klucká a Volfová, 2016).

Užitečné je držet se u jednotlivých tréninkových bloků jednotné struktury, která umožňuje pacientům zažívat pocit stability a jistoty. Lidé s kognitivními dysfunkcemi potřebují opakující se situace a pocit známosti v životě více než kognitivně zdraví lidé. V úvodu se tak doporučuje pojmenovat, čemu se v rámci celého programu budeme věnovat. Nejnáročnější cvičení je vhodné zařadit krátce po začátku.

Forma práce může být tužka-papír, slovní nebo pomocí počítače.

Délka setkání je individuální, zacílená na schopnosti a možnosti každého jedince, současně se v mnoha případech užívá 45minut /převzato ze školního prostředí/. Při skupinových setkáních se počet členů skupiny může lišit, je však nutné počítat s tím, že s přibývajícím počtem se stává prožitek pro každého méně intenzivním. Při velikosti skupiny nad 10 členů se k vedoucímu doporučuje přítomnost asistenta (Klucká a Volfová, 2016; Suchá a kol., 2013).

4.4.5 Jednotlivé oblasti kognitivní rehabilitace

Nyní se konkrétně přesuneme k jednotlivým funkcím a možnostem jejich rehabilitace.

4.4.5.1 Orientace

Zabýváme se orientací v čase, prostoru, situaci a orientací vlastní osobou /viz. výše/.

4.4.5.2 Paměť

Paměť je schopností zaznamenávat životní zkušenosti, uchovávat je a následně si je vybavovat. Paměťový proces má tedy 3 fáze: vstípení, uchování a vybavení a může být narušen v kterémkoliv z uvedených kroků (Klucká a Volfová, 2016; Plháková, 2010).

Z hlediska času rozlišujeme ultra-krátkodobou /senzorickou/, krátkodobou a dlouhodobou paměť. Z hlediska charakteru zapamatované informace vymezujeme explicitní a implicitní paměť. V implicitní paměti máme zaznamenány různé postupy a návyky, zautomatizované dovednosti /jízda na kole, gramatika, hra na hudební nástroj/. Explicitní informace jsou vědomé a převoditelné do slov. Hlavními podsystémy jsou epizodická paměť /informace o událostech-její součástí je autobiografická paměť/ a sémantická paměť /faktické informace o světě/ (Plháková, 2010; Suchá, 2012).

Cvičení krátkodobé paměti: zapamatování slov, textu, doptávání se na okamžiky dne.

Cvičení dlouhodobé paměti: vychází z obecných předpokladů znalostí – přísloví, rčení, slovní spojení, texty lidových písní, světové dějiny, literatura, koníčky, apod. (Válková, 2015).

4.4.5.3 Zrakově-prostorové schopnosti

Řadíme sem vizuálně-konstrukční, vizuálně-motorické a percepční schopnosti. Jedná se o oblast výrazně ovlivnitelnou jak procesem stárnutí, tak psychiatrickou diagnózou či jiným poškozením mozku. Její narušení činí obtíže např. při řízení, psaní, orientaci v prostoru. Je spojeno také s narušením manuálních dovedností /může se objevit až tzv. vizuokonstrukční apraxie, tedy ztráta schopností využívat dříve osvojené komplexní pohyby/-narušena je koordinace pohybů, nikoliv motorické a senzorické schopnosti jako takové (Klucká a Volfová, 2016).

Cvičení zrakově-prostorových schopností: bludiště, hledání rozdílů mezi obrázky, skládání puzzle, hraní pexesa, dokreslování obrázků (Válková, 2015).

4.4.5.4 Pozornost

Pozornost je funkcí vědomí-umožňuje jeho zaměření konkrétním směrem.

Vlastnostmi pozornosti jsou:

- selektivita – výběr pouze takových informací podnětového pole, které jsou relevantní;
- koncentrace – soustředění na nějaký podnět po určitou dobu;
- distribuce – rozdělování pozornosti;

- vigilita – schopnost přenášet pozornost z jednoho podnětu na druhý, což umožňuje přizpůsobit se stále se měnícím podmínkám okolí /např. pohotová reakce při změně kontextu/ (Klucká a Volfová, 2016).

Pozornost hraje významnou roli v celkové rehabilitaci kognitivních funkcí, protože je na ně přímo navázána!

Cvičení pozornosti: vyhledávání slov, která nepatří mezi ostatní, hledání slov skrytých ve větách, popisování obrázku, odpovídání na otázky po poslechu čteného textu, apod. (Válková, 2015).

4.4.5.5 Jazyk a řečové schopnosti

Jazyk je prostředkem komunikace, který významně souvisí s myšlením. Řeč je konkrétní jazykovou dovedností. Obojí nás udržuje ve spojení s lidmi kolem. Při užívání jazyka rozlišujeme dvě hlavní kategorie: produkci /myšlenka jde do slov, slova do vět, poté zvuk, který předá informaci posluchači/ a porozumění /opačný princip: od zvuku postupuje k významu slov, vět až ke smyslu řečeného/. Řeč bývá do vysokého věku zachována, často je ale zasažena slovní plynulost /verbální fluence/, čímž je myšlena schopnost nacházet vhodná slova (Klucká a Volfová, 2016).

Cvičení řečových schopností: jazykolamy, tvorba vět z nabízených slov, hledání rozdílů mezi slovy, vymyšlení slov začínajících/končících na konkrétní písmeno, synonyma, antonyma (Válková, 2015).

4.4.5.6 Myšlení a exekutivní funkce

Pod myšlením si můžeme velmi zjednodušeně představit vnitřní práci s informacemi, hledání jejich souvislostí, vyvozování závěrů. Myšlení umožňuje pochopit, co se děje kolem nás, proč a jaký to má pro nás význam. Samostatné a účelné jednání a myšlení člověka zajišťují tzv. exekutivní funkce uložené v čelních lalocích mozku. Ty nám umožňují plánovat, zahájit a ukončit aktivitu, řešit problémy. Můžeme říct, že koordinují jednotlivé kognitivní funkce (Klucká a Volfová, 2016).

Rehabilitace exekutivy spočívá v úkolech, kdy pacient řeší najednou více požadavků a informací (Válková, 2015).

4.4.6 Tipy na materiály k trénování kognitivních funkcí

CINGROŠOVÁ, K. a DVOŘÁKOVÁ, K. Knižka pro vzpomínání a procvičování paměti. Praha: Portál, 2004. ISBN: 978-80-262-0703-0.

CINGROŠOVÁ, K. a DVOŘÁKOVÁ, K. Jak jsme vařili a jedli: Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-262-1332-1.

PORTMANN, R. 99 her pro trénink mozku u seniorů. Praha: Portál, 2018. ISBN: 978-80-262-1297-3.

SUCHÁ, J. Trénink paměti pro každý věk. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-438-0.

SUCHÁ, J. Trénujte si paměť. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-791-6.

SUCHÁ, J. a JAROLÍMOVÁ, E. Trénink paměti pro seniory. Brno: Edika, 2017. ISBN: 978-80-266-0570-6.

www.vzpominkovi.cz

4.5 Shrnutí

I ve zdravém stáří dochází k přirozenému úbytku kognitivních funkcí, mezi které řadíme např. orientaci, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a řečové schopnosti, myšlení a exekutivní funkce. Tento přirozený nepatologický stav můžeme označit jako tzv. benigní stařeckou zapomnětlivost. Procvičování jednotlivých oblastí /např. formou kognitivního tréninku/ je jedním z podpůrných faktorů zdravého stárnutí.

U těch jedinců, u kterých jsou zaznamenány kognitivní obtíže, je doporučována kognitivní rehabilitace, která se snaží buďto o udržení současného stavu nebo o zlepšení narušené funkce. Je vedena formou obecné orientace v realitě, nebo je zacílena na konkrétní oslabené oblasti. Cílem je pomocí zacílených cvičení a hledání kompenzačních mechanismů dosáhnout zlepšení míry soběstačnosti v každodenním životě.

4.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Vytvořte náplň zkušební hodiny kognitivního tréninku s vědomím výše popsaných zásad a doporučení.

KÚ2: Ve skutečnosti se s kognitivními problémy potýkáme všichni. Úkolem je proto vytvořit seznam situací, ve kterých jste za minulý týden zaznamenali kognitivní obtíže vy. Vědomí vlastních občasných kognitivních omylů dává člověku empatictější startovní bod pro vedení kognitivních tréninků.

4.7 Literatura

BALTES, P. B. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In GRUSS, P. (Ed.) Perspektivy stárnutí. Praha: Portál, 2009, s. 11-26. ISBN: 978-80-7367-605-6.

KLUCKÁ, J. a VOLFOVÁ, P. Kognitivní trénink v praxi. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-5580-9.

KONRÁD, J. Kognitivní poruchy ve stáří. Psychiatrie pro praxi [online]. 2005, roč. 5, s. 229-232 [cit. 21.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/05/04.pdf>

KULIŠTÁK, P. Neuropsychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-554-7.

MALIA, K. a BRANNAGAN, A. Jak provádět trénink kognitivních funkcí, Praktická příručka pro každého [online]. Praha: CEREBRUM, 2010 [cit. 10.2.2019]. ISBN: 978-80-904357-3-5. Dostupné z: www.cerebrum2007.cz/design/Kniha_Jak_delat_TKF.pdf

PLHÁKOVÁ, A. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2010. ISBN: 978-80-200-1499-3.

SUCHÁ, J. Skupinové hry pro cvičení paměti v každém věku. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0059-8.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

VÁLKOVÁ, L. Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-80-247-5571-7.

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace se seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170.

5. ČINNOSTNÍ A PRACOVNÍ TERAPIE. ZÁJMOVÉ A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.

5.1 Cíl

Cílem kapitoly je seznámit studenty s možnostmi, které se předestírají před seniorem v oblasti trávení času. Kapitola je zacílena jak na organizované terapeutické aktivity /činnostní a pracovní terapii/, tak na organizaci volného času, která je ryze v rukou seniora.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- objasnit podstatu pracovní a činnostní terapie;
- definovat náplň práce ergoterapeuta;
- popsat funkce volného času;
- vytvořit souhrn konkrétních aktivit, které jsou seniory upřednostňovány.

5.2 Obsah

Kapitola obsahuje informace o činnostní a pracovní terapii a vyjmenovává nejčastější zájmové a volnočasové aktivity dostupné v seniorském věku.

5.3 Klíčová slova

ergoterapie, činnostní terapie, volný čas, zájmové aktivity, aktivity denního života, ADL

5.4 Studijní text

5.4.1 Činnostní a pracovní terapie

Müller (2014, s. 59) obě odvětví definuje jako využití "*manipulace s materiálním okolím /s různými předměty, materiály/ za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobnostní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.*"

Terapeutických cílů se dosahuje především prostřednictvím rukodělných činností /práce s textílem, dřevem, přírodními materiály, apod./ a nácviku v oblasti praktického života /konkrétní postupy při řešení životních problémů, péče o domácnost, apod./ (Valenta a kol., 2018).

Jejich rozdíl je minimální a spočívá ve větším důrazu pracovní terapie na konkrétní produkt práce, tedy na výrobek. V praxi je ale místy těžké činnosti a pracovní terapii odlišit (Krivošíková, 2011; Müller, 2014).

5.4.1.1 Pracovní terapie

Souběžně používaný termín je ergoterapie-zavedeno pro zdravotnické obory /součástí fyzioterapie/, v roce 1992 vyčleněno a užíváno i v sociálních a školních zařízeních (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Krivošíková, 2011).

Prostřednictvím smysluplných činností /obzvláště těch, které člověk vykonával v průběhu života a byly vnímány jako součást jeho identity-např. kurzy vaření a pečení/ usiluje ergoterapie o zachování a využívání schopností jedince pro zvládání běžné denní, pracovní a zájmové činnosti. Výběr konkrétní aktivity reaguje na aktuální funkční stav člověka, který byl vlivem různých okolností /nemoci, úrazu, procesu stárnutí/ narušen. Cílem je pomoci mu zachovat si maximální možnou soběstačnost, podpořit jeho zdraví a duševní pohodu (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Jelínková a Krivošíková, 2007).

Příkladem může být žena po mozkové příhodě, která potřebuje zlepšit, v lepším případě obnovit dřívější schopnost vykonávat činnosti pro zajištění chodu domácnosti (Müller, 2014).

V procesu práce s člověkem je nejprve provedeno hodnocení aktuálního stavu /v jakých rolích se člověk objevuje, jaké činnosti zvládá a s jakými má naopak obtíže/. Jedinec je sledován v kontextu osoba-činnost-prostředí. Ergoterapeut následně plánuje krátkodobé a dlouhodobé cíle a nastavuje vlastní terapii, při které se využívá multioborové spolupráce, stejně jako práce s rodinou. Efektivitu programu zajišťuje průběžná dokumentace a hodnocení (Jelínková a Krivošíková, 2007).

Do kompetencí ergoterapeuta patří tedy hlavně tyto činnosti:

- ergoterapeutické vyšetření, analýza činností a schopností člověka;
- hodnocení a nácvik běžných denních činností. Pro tuto oblast se užívá anglická zkratka ADL /activity of daily living/, mezi hodnotící škály patří např. BADLS-CZ, DAD-CZ, apod.;
- hodnocení pracovních a zájmových aktivit;
- sestavování krátkodobého a dlouhodobého terapeutického plánu;
- aplikace ergoterapeutických postupů individuálně i skupinově;

- navrhování a zhotovování kompenzačních pomůcek včetně nácviku využití přímo s pacientem, poradenství v otázkách úprav domácího prostředí;
- poradenství a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací;
- rehabilitace kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a rozumových dovedností /ve spolupráci s ostatními odborníky/;
- provádění aktivit zaměřených na pohybovou koordinaci a jemnou motoriku;
- rehabilitace fatických poruch (Holczerová a Dvořáčková, 2012; Jelínková a Krivošíková, 2007).

Müller (2014) naznačuje dva možné přístupy v pracovní terapii:

1. zdola nahoru – hodnotí se jednotlivé tělesné funkce a to, jak jejich narušení omezuje vykonávání komplexnějších aktivit. Předpokládá se, že zlepšením dílčí funkce dojde ke zlepšení schopnosti aktivitu provádět.
2. shora dolů – mapovány jsou aktivity potřebné k vykonávání sociální role člověka. Pomocí metod kompenzace a adaptace podporujeme modifikaci prováděné činnosti nebo okolí /např. oblékání jednou rukou, suché zipy namísto knoflíků/. Prioritou tak není zlepšení funkce, ale provedení činnosti.

Tradiční rukodělné činnosti, které bývají s ergoterapií obvykle spojovány, jsou jen dílčím prostředkem a využívají se cíleně, např. se zaměřením na návrat aktivní hybnosti nebo v rámci kognitivní rehabilitace. Nácviky jednotlivých konkrétních činností by měly být odstupňovány podle náročnosti a prováděny opakovaně, aby došlo k jejich automatizaci. Postupným zlepšováním výkonu se zvyšuje seberealizace a sebeuspokojení, což ovlivňuje emoce, kvalitu myšlení a zpětně posiluje motivaci k činnosti. Pocity úspěchu mohou být završovány prodejními výstavami produktů (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Vávrová a Červenka, 2010).

5.4.1.2 Činnostní terapie

Jak již bylo řečeno, výsledek tvorby má jen druhořadý význam. Skrz činnost je člověk stimulován a zároveň jeho pozornost je odváděna od problémů, uvolňuje se stres, napětí, dochází k celkovému zklidnění. Při společné aktivitě se přirozeně vytváří vztahy a vazby, které mohou být produktivnější než u cíleného rozhovoru /při práci se často domluvíme i bez řeči/. Bylo by však příliš zjednodušující vnímat činnostní terapii pouze jako "uvolňovací

proces". V praktické činnosti se odráží vážnější potíže člověka a ty tak lze vhodně zvoleným zaměstnáváním pozitivně ovlivňovat (Krivošíková, 2011; Müller, 2014).

5.4.2 Zájmové a volnočasové aktivity

Volný čas je doba, kterou člověk využívá jen pro sebe, ve které se může dobrovolně, svobodně seberealizovat. Smysluplnost aktivit přináší pocit radosti, uspokojení, zábavy i odpočinku (Šerák, 2009).

Mezi základní funkce volného času počítáme např.:

- regenerační a zdravotně-hygienickou funkci /obnova sil, udržení fyzického a psychického zdraví/;
- vzdělávací funkci /rozvoj poznatků/;
- kompenzační funkci /uvolnění a regenerace sil/;
- socializační funkci /pocit uspokojení, vlastní prospěšnosti/ (Kraus a Poláčková, 2001).

Ve stáří přibývá volného času a s jeho smysluplným využitím přichází pocity vlastního uspokojení a kompenzace ztráty zaměstnání. Významným přínosem realizovaných činností bývá prohlubování sociálních kontaktů – riziko sociální izolace se snižuje. Činnosti mohou být vykonávány buď organizovaně v různých zájmových útvarech, nebo mohou mít individuální charakter. Opakovaně bylo potvrzeno, že senioři spíše rozvíjejí stávající nebo minulé zájmy a málokdy si vytváří zájmy nové (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Žumárová, 2012).

Zajímavou informaci o volném čase seniorů v Praze a Ostravě nám přináší dotazníkové šetření společnosti INESAN. Mezi spontánně nejčastěji uváděné aktivity patří: sledování TV a poslech rádia /cca 88%/, četba knih a časopisů /68%/, nakupování /50%/, cestování a turistika /36%/, zahrádkaření /34%/. Nejméně zastoupenými aktivitami bylo: chataření /26%/, kutilství /19%/, sport a cvičení /17%/. Na volbu aktivit má vliv např. věk, zdravotní stav, pohlaví, bydliště a výše důchodu (Remr a kol., 2016 in Godarová a Beran, 2017). Pro pestřejší a celistvější obraz životního stylu seniorů můžeme tento výzkum doplnit aktivitami, uváděnými v rámci projektu Hovory o zdraví (Institut sociálního zdraví, 2017) a těmi jsou: procházky, cestování, les; divadlo, koncerty, tanec; četba knih, šachy, psaní, poslech rádia a TV, luštění křížovek, práce kolem domácnosti, na zahrádce; sportovní aktivity: běh, plavání, kolo, cvičení; příprava dětí na závody, organizování aktivit pro druhé, provázení, dělání

přednášek, kostel/farní společenství, sbor, amatérské divadlo; myslivost, sběratelství, malování, vyšívání, ruční práce.

V následujícím textu se blíže seznámíme s některými zájmovými a volnočasovými aktivitami.

5.4.2.1 Čtení

Čtení knih i časopisů člověka obohacuje, rozvíjí fantazii, procvičuje kognitivní funkce a poskytuje možnost odreagovat se od aktuálních těžkostí. V seniorském věku je vykonávání aktivity omezováno sníženou schopností koncentrace pozornosti a hlavně oslabeným zrakem. Proto je důležité zajistit správné brýle či lupy, stejně jako pravidelné kontroly u očního lékaře. U pacientů upoutaných na lůžko je možné zajistit tzv. hranolové brýle pro pohodlné čtení (Suchá a kol., 2013).

Zájem o knihy také sdružuje lidi v síti knihoven, kde se pravidelně konávají besedy, veřejné akce, čtenářské kluby. Je možné zrealizovat i předčítání pro ty seniory, kteří sami číst již nemohou (Suchá a kol., 2013).

5.4.2.2 Stolní a zábavné hry

Významné jsou zejména pro zlepšení či podpoření komunikačních dovedností, popř. k zábavnější formě tréninku kognitivních funkcí. Lákavá je i možnost mezigeneračního spojení /hry s vnoučaty, pravnoučaty/.

Příkladem mohou být: šachy, Aktivity, Příběhy z kostek, puzzle, pexeso, Člověče, nezlob se, kvízové hry /Český film, Česko/, kostky, karetní hry, bingo, lota, domino, atd. (Suchá a kol., 2013).

5.4.2.3 Vaření

Známa, běžná, opakující se činnost jako je vaření, přináší konkrétní a hmatatelné výsledky. Jejím vykonáváním si senior procvičuje zautomatizované dovednosti uložené v paměti, stimuluje smysly /a propojuje s minulými zážitky-např. vzpomínkami na společné pečení s rodiči v dětství/, procvičuje hrubou i jemnou motoriku a exekutivní funkce /při vaření je obvykle třeba postup naplánovat, odměřit ingredience, dodržovat postupy/.

Produkt vaření je prospěšný pro druhé lidi, čímž si senior pozitivně vyladuje emoční stav. Možností prohloubit zisk z činnosti je umožnit seniorovi předat zkušenosti mladší generaci, např. formou společného vaření nebo vytvoření kuchařky známých, osvědčených receptů (Suchá a kol., 2013).

I další domácí činnosti /uklizení, nakupování/ jsou spojeny s využíváním informací z dlouhodobé, zautomatizované paměti. Přináší častokrát pocit užitečnosti a podporují sebedůvěru (Suchá a kol., 2013).

5.4.2.4 Zahrádkaření

Jde o prospěšnou aktivitu na čerstvém vzduchu. Rizikem je však předklánění se k záhonům /tedy ohýbání se ze stoje s hlavou dolů/, které se spíše doporučuje nahradit klekem na měkkou podložku. Jednostranný a dlouhodobý pohyb přetěžuje určité svalové skupiny, změna polohy by však neměla být příliš rychlá. Obtíže lze kompenzovat vyvýšenými, terasovitými záhony, popř. péčí o pokojové a balkónové rostliny (Suchá a kol., 2013).

Blízkou činností je také chataření, chalupaření, kutilství, popř. specifičtější činnosti jako myslivost nebo včelařství.

5.4.2.5 Pohybové aktivity

Bližší informace zaznamenány v kapitole 7.

5.4.2.6 Duchovní aktivity

Stáří je protknuto existenciálními tématy a do popředí se tak dostává otázka naplňování eventuálních duchovních potřeb. V širším hledisku mluvíme o spiritualitě seniorů, nejen o praktikování konkrétní náboženské tradice.

Autorky Suchá a kol. (2013) rozdělují tyto oblasti:

- pastorační vedenou církví, duchovním nebo asistentem s teologickým vzděláním. Konkrétně jde o bohoslužby, modlitební setkání, biblické hodiny apod.;
- spirituální aktivity s duchovní náplní, která se ale nevztahuje k určité náboženské tradici /např. čtení náboženské literatury, zpěv duchovních písní, semináře o hodnotách života, atd./.

Duchovní oblast je niterným prožitkem člověka, důležitý je individuální, citlivý a empatický přístup bez vnucování vlastního hodnocení (Suchá a kol., 2013).

5.4.2.6 Další aktivity

Při pořádání výletů či delších procházek je nutno myslet na horší pohyblivost některých seniorů a zajistit adekvátní dopravu. Není neobvyklé, že se senioři nedostanou již roky nikam dál než do blízkosti svých obydlí. Návštěva nových míst tak bývá důležitým zážitkem, který

bývá i po návratu umocněn pořízenými fotografiemi, jež evokují vzpomínky (Suchá a kol., 2013).

Podobné vnitřní zisky mívají kulturní akce /výstavy, divadelní představení, taneční večery, promítání/, které navíc motivují seniory k tomu, aby si dali záležet na svém vzhledu, přičemž upravenost jim dodává na sebedůvěře. Kultura nabízí seniorovi možnost spojení s okolní společností, současně ale okolní společnost není vždy na toto připravená-informace o akcích bývají převážně na internetu, ke kterému nemají někteří senioři přístup, bezbariérové přístupy nejsou samozřejmostí, ozvučenost akcí není dostatečná (Suchá a kol., 2013; Šerák, 2009).

5.5 Shrnutí

Kapitola nastiňuje dvě metody užívající manipulaci s materiálním prostředím jako prostředek terapie. Prostřednictvím rukodělných činností a nácviku praktických, smysluplných dovedností se usiluje o zachování a využívání schopností seniora pro zvládnání života. Méně organizované jsou zájmové a volnočasové aktivity, které nabízí možnost uspokojivě využít volný čas, kterého ve stáří přibývá. Jedná se např. o: čtení, vaření, domácí práce, stolní hry, duchovní aktivity, výlety, apod.

5.6. Korespondenční úkoly

KÚ1: Rozhovorem se dvěma seniory zjistěte způsoby, kterými tráví svůj volný čas. Dopte je se dále, jestli existují takové činnosti, které by zvládli, ale nemají možnost/nechtějí realizovat. Zajímavým tématem by bylo i propátrání důvodů, které jim v jejich realizaci brání.

KÚ2: Pomocí jedné ze škál mapujících aktivity denního života /dostupné na internetu/ zaznamenejte aktuální funkční stav jednoho seniora pomocí rozhovoru.

5.7 Literatura

HOLCZEROVÁ, V. a DVOŘÁČKOVÁ, D. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.

JELÍNKOVÁ, J. a KRIVOŠÍKOVÁ, M. Koncepce oboru ergoterapie [online]. Praha: ČAE, 2007 [cit. 30.3.2019]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

KRAUS, B. a POLÁČKOVÁ, V. (Eds) Člověk, prostředí, výchova. Brno: Paido. 2001. ISBN: 80-7315-004-2.

MÜLLER, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

REMR, J., ĎURĎA, O., OSOBA, P. Preference seniorů a realita jejich ekonomické situace v komparaci s činností municipalit v rámci programu aktivního stárnutí – manuál pro sociální odbory vybraných municipalit. Závěrečná zpráva z empirického výzkumu projektu TD03000156. Praha: INESAN, 2017. In: GODAROVÁ, J. a BERAN, V. Manuál volnočasových aktivit seniorů-certifikovaná metodika [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2017. ISBN: 978-80-7416-318-0. [cit. 30.3.2019] Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/cm17-1.pdf>

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠERÁK, M. Zájmové vzdělávání dospělých. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

VALENTA, M. a kol. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0378-2.

VÁVROVÁ, A. a ČERVENKA, V. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii. Psychiatrie pro praxi [online]. 2010, roč. 11, č. 3, s. 107-109 [cit. 30.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2010/03/05.pdf>

ŽUMÁROVÁ, M. Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů. Prešov: Akcent print, 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2.

INSTITUT SOCIÁLNÍHO ZDRAVÍ, 2017. Hovoryozdravi.cz. Univerzita Palackého v Olomouci. [online]. Dostupné na: <https://hovoryozdravi.cz/starnuti/uvod-do-tematu/>

6. REMINISCENČNÍ TERAPIE

6.1 Cíl

Cílem kapitoly je seznámit studenty se základními myšlenkami reminiscenční terapie a možnostmi jejího uplatnění v praxi.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Vysvětlit podstatu reminiscence;
- Vyjmenovat přínos metody i její rizika;
- Navrhnout konkrétní reminiscenční aktivitu.

6.2 Obsah

Kapitola vymezuje metodu reminiscence, její formy, zdroje, očekávaný přínos i možné obtíže – společně s návrhy na jejich řešení.

6.3 Klíčová slova

Reminiscence, vzpomínky, reminiscenční terapeut, zdroje reminiscence, validace

6.4 Studijní text

„Vzpomínky jsou tiší průvodci, kteří nás podporují, když klopýtáme, dávají nám napít, když žízníme, sytí nás, když hladovíme, zahřívají nás, chvějeme-li se zimou, a dávají chladivý stín ve vedřinách. Vzpomínky jsou kompasem naší životní cesty, dávají smysl naší přítomnosti a směr naší budoucnosti. Čím více nás život sklání, ohýbá a zraňuje, tím více se uchylujeme k hojivým vzpomínkám.“

Prof. PhDr. Dušan Šimek (in Špaténková a Bolomská, 2011, s. 7).

6.4.1 Základní vymezení reminiscence

Reminiscenční terapie je metoda práce se seniory, při které se cíleně a vědomě pracuje se vzpomínkami. Pomocí vzájemné spolupráce se využívá dosud skrytého potenciálu seniora a vytváří se příležitosti pro jeho další rozvoj a růst. Senior je terapeutovi učitelem, informátorem i studnicí zkušeností – spoluvůrcem celého procesu. Vzpomínání není jen záznamem historických faktů, ale aktivním procesem, ve kterém se minulost znovuprožívá. Vzpomínka nemusí plně odpovídat skutečnosti, je výrazně subjektivní, emocionálně podbarvená, dokreslená, velmi často zidealizovaná (Suchá a kol., 2013; Špaténková a Bolomská, 2011).

K čemu vzpomínání slouží?

- Pomáhá při adaptaci na změny;
- Zdůrazňuje pozitivní stránky osobnosti a mapuje zachovalé schopnosti;
- Zvyšuje pocit vlastní hodnoty díky sdílení zkušeností a vytváření pocitu sounáležitosti;
- Udržuje vědomí vlastní identity – prožité zůstává uchováno ve vzpomínkách;
- Přináší materiál pro proces bilancování (rekapitulaci života) s cílem dosáhnout integrity;
- Díky informacím o životě seniora dostávají pečující šanci nahlédnout na něj jako na jedinečnou, originální bytost a nepodlehout stereotypizaci;
- Může být snahou odvrátit smrt, zůstat nesmrtelný v mysli mladší generace (Špaténková a Bolomská, 2011).

Se vzpomínáním lidé nakládají různě. Někteří vzpomínají často a svých vzpomínek si cení, jsou jim útěchou v těžkých časech. Jiné jejich vzpomínky trápí, protože odrážejí neuspokojivost prožitého života. Pro některé je cílem se vzpomínání vyhnout, chtějí tak z minulosti vymazat utrpené ztráty /které si v danou chvíli neodtruchlili/ a vzpomínka na ně přináší smutek. Také existují lidé, kteří vzpomínají zřídka, neboť to vnímají jako bezesmyslné – jejich život /stejně jako přístup k přítomnosti/ však může být velmi pozitivní. Z toho vychází, že vzpomínání nemusí být jen příjemný proces, a proto není reminiscence univerzálně použitelnou metodou. Nejvhodnější cílovou skupinou jsou senioři zvyklí a dobře motivovaní vzpomínat (Špaténková a Bolomská, 2011).

V širším hledisku můžeme vnímat reminiscenci jako jakýkoliv rozhovor, který senior stočí k minulosti. V té chvíli je důležité mít na paměti důležitost takových chvil, respektovat vzpomínání a naslouchat mu (Špaténková a Bolomská, 2011).

V praxi je nutné přemýšlet nad funkcí reminiscence, která může být v různých zařízeních i s různými skupinami odlišná. Metoda může být rekreační aktivitou vyplňující volný čas, stejně jako formou psychologické podpory či terapeutickým nástrojem podporujícím proces rekapitulace života (Špaténková a Bolomská, 2011).

6.4.2 Formy reminiscence

Existují různé možnosti praxe:

- Koordinovaná diskuze o aspektech minulosti;

- Vytvoření prostředí co nejvíce podobné domovu – při běžných činnostech /např. koupání/ se tematickými otázkami dozvídáme typické zvyklosti, prohlubuje se společenská konverzace. Domácí prostředí lze navodit také známými objekty;
- Vytvoření hmatatelného produktu /báseň, píseň, kniha vzpomínek/;
- Práce na snížení pocitu izolace a dopadu institucionalizace s cílem propojit instituci s vnějším světem /pomocí návštěv žáků ZŠ, dobrovolníků/;
- Prohlubování porozumění seniorovi /např. v ústavní péči informace zajišťují individualizovanou péči a pochopení konkrétního chování/ (Špaténková a Bolomská, 2011).

Dále rozlišujeme obecnou a specifickou reminiscenci. Druhá zmíněná se zaměřuje na užší téma či konkrétní cílovou skupinu /senioři s demencí, s poruchami chování apod./. Práci je možno vést individuálně s jednotlivcem nebo v rámci skupiny /buďto neformálně pro rozproudění konverzace a stimulaci účastníků, nebo formálně-tedy plánovaně a cíleně/ (Špaténková a Bolomská, 2011).

Janečková a Vacková (2010) rozlišují následující přístupy:

- Narativní: vyplnění volného času spontánně vyprávěnými vzpomínkami;
- Reflektující: vedení seniora k životní rekapitulaci s cílem porozumět životu, hledat jeho smysl a přijmout jej. Má velmi blízko k validaci;
- Expresivní: spojený s vyjádřením emocí kolem těžkých vzpomínek, což uvolňuje nahromaděné napětí;
- Informační: vyprávění životního příběhu v kontextu historických událostí pro poučení další generace.

6.4.3 Zdroje reminiscence

Rozhovor se může opírat o konkrétní zdroje, impulzy, jež probouzejí vzpomínky.

Jedná se o reminiscenční pomůcky, které čítají:

1. Vizuální pomůcky (vše by mělo být velké, kvalitní, ostré):
 - Fotografie
 - Kresby a obrázky
 - Diapozitivy
 - Články z novin, inzeráty, dobové tiskoviny
 - Televize, video

2. Auditivní pomůcky

- Nahrávky zvuků /houkání parní lokomotivy, školní zvonění apod./
- Nahrávky mluveného slova /divadelních her/
- Hudební nahrávky

3. Další senzoričnou stimulaci

- Doteky /vjem toho, že je svět kolem reálný, hmatatelný; povrchová úprava materiálu stimuluje stejně jako jeho obsah/
- Vůně
- Chuť

Kromě hmotných pomůcek se dále jako podněty využívají komunitní zdroje /místa, která je možno navštívit – jako např. knihovna, muzeum, místa osobní historie/ a lidské zdroje /lidé, kteří mohou spolupracovat – dobrovolníci, tradiční řemeslníci, rodina seniora/.

Všechny pomůcky pouze stimulaci k rozhovoru, nedoporučuje se sklouznout k prostému prezentování podnětů bez následné diskuze, potenciál situace by nebyl vyčerpán. Na tématu se nedoporučuje přílišně lpět, cílem není omezování účastníků v jejich projevu, naopak jejich aktivizace. Je nutné materiálem nezahlcovat /násilná smyslová stimulace má častokrát negativní efekt/, při jeho výběru přihlídnout ke kulturnímu kontextu i osobě seniora a jeho konkrétním zkušenostem, dát dostatek času na odezvu. Pomůcka může mít ale také nepředpokládaný efekt – může připomenout negativní milé zkušenosti (Špaténková a Bolomská, 2011).

6.4.4 Reminiscenční terapeut

Pracovník by měl hlavně respektovat jedinečnost seniora a mít zájem o jeho životní cestu. Výhodnými vlastnostmi jsou trpělivost, schopnost empatie, odvaha naslouchat i bolestivým emocím, dovednost aktivního naslouchání, schopnost sebereflexe a ochota sdílet vlastní vzpomínky. Znalosti o specifických traumatech stáří /osamělost, vážné choroby, deprese, umírání a smrt/ jej vyzbrojí teoretickou základnou v situaci přímé konfrontace s těmito tématy. Důležitá je i schopnost podpořit členy k aktivní participaci, ale současně si udržet dostatečný odstup pro korigování situace (Špaténková a Bolomská, 2011).

Přístup by měl být empatický, nedirektivní, v tempu sladěném s tempem účastníků, přitom přinášet nové invence a kreativní zásahy.

Zajímavý vhled do praxe nabízí R. Sim (in Špaténková a Bolomská, 2011, s. 46), který ve úryvku komentuje své první setkání s reminiscenční terapií: *Ted' vidím, jak omezený můj pohled byl na to, co je reminiscenční terapie a čím by mohla být. Tak nějak jsem se domníval, že staří lidé mají co do činění s černobílými filmy, zažili druhou světovou válku a nemají rádi populární hudbu.... Když jsem usiloval o to, abych sehnal hudbu a podněty, které by cílová skupina rozeznala, dopustil jsem se hrubého zjednodušení a vlastně jsem pracoval pouze sám. Byl jsem to já, kdo přinesl určitý stimul a klienti na něj reagovali /nebo taky ne/. Tehdy jsem si naprosto neuvědomoval, že materiál pro reminiscenční setkávání, který jsem tak pracně sháněl, je v srdcích a myslích členů mé skupiny. Vše totiž spočívá jen v tom vytvořit takovou atmosféru, která by umožnila lidem sdílet jejich zkušenosti se mnou a mezi sebou, to je to pravé umění.*

Při vedení reminiscenční skupiny se osvědčuje pracovat v terapeutické dvojici. Výhoda mladšího terapeuta spočívá ve zvědavých otázkách po minulosti, kterou nezažil, naopak výhoda staršího je v porozumění zkušenostem ve známém historickém kontextu a bilancování přístupu *mladička, který toho o životě ještě mnoho neví* (Suchá a kol., 2013; Špaténková a Bolomská, 2011).

6.4.5 Možné obtíže při reminiscenci

Pokud účastníci nemluví o minulosti, lze vyvažovat přítomnými tématy, srovnávat změny, současně se snažit k minulosti citlivě vracet. Vzpomínky může senior cenzurovat či je předkládat zkreslené, smíchané dohromady. Přímá konfrontace s těmito výtkami může narušit sebevědomí, sebeúctu seniora nebo vyvolat obrannou, agresivní reakci. Zmateně předkládané vzpomínky dle Naomi Feil nejsou jen „výplodem chorého mozku“, ale možná posledním pokusem starého člověka uspořádat si svou minulost a vyventilovat emoce. Právě reminiscence nabízí seniorovi (pokud si to ovšem sám přeje) prostor ke konfrontaci s bolestivými tématy minulosti a nezpracovanými emocemi. Na bolestné přijímání negativních vzpomínek by reminiscence za každou cenu neměla tlačit /je spíše náplní psychoterapie/, naopak uměním je obrátit vzpomínání k pozitivním vzpomínkám. V rámci individuálního projevu jedince je cílem podporovat i jiné než sebestředné vzpomínky, kterými se u druhých snaží zvyšovat svou cenu. Cílem je skupinová práce, naslouchání druhým, zájem o druhé (Špaténková a Bolomská, 2011).

Jako v každé skupině se i v tomto případě mohou objevit účastníci, kteří svým chováním narušují průběh terapie. Na místě je snaha zjistit příčiny nevhodného chování, pokusit se je

odstranit, zaměstnat daného člověka nějakým úkolem, změnit zasedací pořádek, popř. jej při neúspěchu všech těchto strategií vyloučit ze skupiny.

6.4.6 Přínos reminiscence

„Optimálním výstupem reminiscenční terapie je přesvědčení klientů, že žili nejlepší možný život a že rozhodnutí, která kdysi učinili, a pro která se možná dodnes trápí, byla za daných okolností nejlepší možná, protože nemohli jednat jinak, ale jejich život byl, respektive je, přesně takový, jaký by měl být.“ (Špaténková a Bolomská, 2011, s. 76)

Pozitivní vliv má reminiscence nejen na účastníka, ale také na terapeuta, další pečující, rodinné příslušníky, dobrovolníky apod. Pokud se jedná o seniora v institucionální péči, obousměrně ovlivňuje proces adaptace na změnu. Pečujícím nedovoluje vnímání vzpomínajícího jako „jednoho z mnoha“. Informace z historie člověka napomáhají ke zlepšení péče. Hlavnímu aktérovi celého procesu pomáhá udržovat povědomí o tom, kým vlastně je, prohlubovat vědomí vlastní identity. Vzpomínání zvyšuje seniorovi sebeúctu, vrací mu důstojnost – dochází k obrácení rolí, ten, o kterého je pečováno se najednou stává expertem (Špaténková a Bolomská, 2011).

Čínské přísloví (in Špaténková a Bolomská, 2011, s. 80) praví: *„Zemře-li starý člověk, je to vždy jako by se ztratila celá pokladnice moudrosti.“* Význam reminiscence pro rodinné příslušníky je obrovský – poznávání rodinné historie vede k upevnění vzájemných vztahů, pomáhá k vyplnění společně stráveného času konkrétní aktivitou. O přínosu pro tuto cílovou skupinu vypovídají i nově vydávané knihy *Babičko vyprávěj; Mami, jak bylo?; Babička vzpomíná* apod.

6.5 Shrnutí

Reminiscenční terapie je metodou práce se vzpomínkami. Je aktivitou, která je celou svou podstatou orientována na osobu seniora – ten se jako vypravěč stává expertem, učitelem, studnicí zkušeností. Vzpomínání mu pomáhá v adaptaci na stále se měnící prostředí, zvyšuje pocit vlastní hodnoty, udržuje vědomí osobní identity, prožité se nikam neztrácí – zůstává ve vzpomínkách. Mnoha formami a pomocí reminiscenčních pomůcek může terapeut podpořit proces rekapitulace života a napomoci k dosažení integrity.

6.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Vytvořte sbírku 20 obrázků, novinových článků, hudebních nahrávek apod., které by se daly využít jako podnětový materiál k reminiscenční terapii.

KÚ2: Vyhledejte informace o tzv. validaci dle Naomi Feil, která byla zmíněna výše v textu.

6.7 Literatura

JANEČKOVÁ, H a VACKOVÁ, M. Reminiscence – využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-581-3.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-711-0.

7. Přístupy zaměřené na tělo. BAZÁLNÍ STIMULACE. TANEČNÍ TERAPIE. POHYBOVÉ AKTIVITY. RELAXAČNÍ METODY.

7.1 Cíl

Cílem kapitoly je představit metody, které jsou primárně zaměřeno na tělo. Současně se ale textem opakovaně line myšlenka o propojenosti těla s ostatními systémy, kdy je na člověka nahlíženo jako na jednotu těla, psychiky a kontextu, ve kterém žije.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Objasnit koncept bazální stimulace;
- Vyjmenovat základní i nástavbové možnosti stimulace;
- Analyzovat benefity pohybových aktivit ve stáří;
- Navrhnout možnosti relaxace s cílovou skupinou;
- Prožít vlastní zkušenost s relaxačními metodami.

7.2 Obsah

Kapitola se zaměřuje na přístupy cílené na tělo – konkrétně na bazální stimulaci, pohybové aktivity, taneční terapii a relaxační metody.

7.3 Klíčová slova

Bazální stimulace, iniciační dotek, smyslová deprivace, pohyb, cvičení, taneční terapie, relaxace, nácvik dechu, autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, technika zakotvení v pěti smyslech

7.4 Studijní text

Přístupy zaměřené na tělo vychází z představy člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednoty. Prostřednictvím jedné dimenze /v rámci této kapitoly se jedná hlavně o tělo/ je působeno i na ostatní.

7.4.1 Bazální stimulace

7.4.1.1 Základní vymezení konceptu

Při zkoumání pojmu dojdeme ke spojení *bazální* – tedy základní, elementární; a *stimulace* – nabídka podnětů. Metodu můžeme považovat za aktivitu, při které nabízíme klientovi dostatečný přísun přiměřených podnětů v situacích, kdy si je nedovede zprostředkovat sám.

Na senzorycké systémy působíme cílenou stimulací, která zohledňuje biografii jedince tak, aby byla aktivizována již vzniklá paměťová stopa (Friedlová, 2003; Müller, 2014).

Proč je působení na systém smyslů v těžišti přístupu? Smyslové orgány se rozvíjí již od embryonálního stádia vývoje a v životě člověka mají nezastupitelný význam. Díky smyslům se každý učí vnímat sebe sama i svět kolem. Díky vnímání se pak následně učí pohybovat a komunikovat. Tyto tři dimenze spolu významně souvisí a navzájem se ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb, naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Koncept bazální stimulace tak působí na tyto tři systémy: percepci, lokomoci a komunikaci. Nese v sobě myšlenku holistického /celostního/ přístupu, tedy spojení duše a těla (Friedlová, 2003; Müller, 2014).

Při nedostatku stimulů můžeme hovořit až o senzorycké deprivaci. Studie R. Spitze v kojeneckých ústavech poukazuje na tragické až smrtelné následky při absenci stimulace dítěte (Buriánová, 2017).

U jedinců, u kterých došlo k poškození těchto tří dimenzí /vnímání, pohybu a komunikace/, můžeme stav zlepšovat stimulací smyslových orgánů, které dále aktivizují mozkovou činnost. Vychází se z faktu, že lidský mozek disponuje určitým stupněm plasticity, poškozené struktury mohou obnovit svou funkčnost nebo zajistit vykonávání dané funkce jinou oblastí mozku. Právě bazální stimulace přispívá ke vzniku nových neuronálních spojení a organizací v mozku (Friedlová, 2003; Malíková, 2011).

7.4.1.2 Prvky bazální stimulace

Senzorycké systémy, které přijímají podněty jsou: čichový, chuťový, zrakový, sluchový, somatoviscerální a vestibulární systém. Dle toho rozlišujeme druhy stimulace (Friedlová, 2003).

Základními prvky konceptu jsou:

- Somatická stimulace – zprostředkovává vjemy z vlastního těla, stimuluje vnímání tělesného schématu a následně i okolního světa. K čemu je to potřebné? Imobilita seniora může mít za následek ztrátu vzpomínek na pohyb, změnu ve vnímání vlastního těla a ztrátu pocitu vlastních tělesných hranic. Základem tohoto druhu stimulace je dotek. Cílem doteku je zde poskytnout orientaci a navodit důvěru, předpokladem kvalitního doteku je klid, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování, sled, symetrie. Každý kontakt s klientem by měl být zahájen a ukončen tzv. iniciačním dotekem, který by

měli dodržovat všichni, kteří se dostanou s člověkem do kontaktu. Nejčastěji se jedná o dotek na rameni, paži nebo na ruce;

- Vestibulární stimulace – působí na smyslově-rovnovážné ústrojí. V situaci, kdy senior nemění přirozeně polohu těla – je např. upoután na lůžko, dochází k habituaci tohoto ústrojí. Může následovat nauzea /pocity na zvracení/, kolaps, poruchy orientace na vlastním těle, změny svalového napětí. Pomocí jemného pohybu, polohování, manipulace s tělem se toto ústrojí stimuluje;
- Vibrační stimulace – stimulace Vater Paciniho tělísek pro vnímání vibrací a receptorů hluboké citlivosti, k čemuž se využívá třes, chvění. Jde např. o vnímání hlasu jako vibrace na hrudním koši, vibrace rukou popř. užití elektrických přístrojů (Friedlová, 2003).

Mezi prvky nástavbové stimulace patří:

- optická stimulace – působí na zrakové ústrojí (ukládání předmětů, fotografií, kontrastních barev do zorného pole, možnost uvědomit si aktuální denní dobu, rozdíl den – noc). Je nutné také pracovat s brýlemi;
- auditivní stimulace – použití hudby, hlasitosti, včetně práce s tichem;
- taktilně – haptická stimulace – pomocí manipulace s předměty. Do rukou se klientům dostávají předměty – jejich tvar spojují s minulou zkušeností, čímž se orientují v situaci. Používají se oblíbené předměty, předměty spojené s povoláním, teplo a chlad, terapeutické hračky, zvířata, přírodní materiály, potraviny apod.;
- olfaktorická stimulace – čichové podněty, aromaterapie – nabízet jasné, známé, zajímavé čichové vjemy. Je nutné brát ohled na to, že se čich ve stáří mění;
- orální stimulace – chuťové vjemy, podpora práce jazyka (Friedlová, 2003).

Jak je možno vyčíst z textu výše, bazální stimulace je výrazně spojena s doteky. Doteky u každého člověka souvisí s jeho životními prožitky a zkušenostmi a jejich prožívání je dosti individuální (Friedlová, 2003; Malíková, 2011).

7.4.2 Pohybové aktivity

Na úvod si nelze odpustit známé heslo: *"Ve zdravém těle zdravý duch"*.

Pohyb považujeme za základní projev života. Pohybové cvičení pomáhá uchovávat funkce mozku, stimuluje krevní oběh, čímž zpomaluje zhoršování srdečních funkcí. Obecně zpomaluje některé tělesné involuční změny: snižuje úbytek svalové síly, zpomaluje snižování

pohyblivosti kloubů. Prodlužuje život a také markantně zvyšuje jeho kvalitu (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Suchá a kol., 2013).

Pohyb dále zlepšuje:

- imunitu a odolnost organismu; zkracuje dobu rekonvalescence;
- vitální kapacitu plic;
- střevní peristaltiku;
- zátěž ve vertikále (proti gravitaci) je významná v prevenci osteoporózy;
- působí jako prevence metabolického syndromu;
- soběstačnost;
- kognitivní funkce;
- kvalitu spánku;
- produkci neurotrofinů, tedy látek podporující životaschopnost neuronů;
- napomáhá aktuálnímu uvolnění od stresu /funguje jako mentální odbočka/. Navíc při dostatečné úrovni zátěže dochází k produkci endorfinů a následnému zlepšení nálady (Suchá a kol., 2013).

U seniorů je vhodná střední nebo nižší zátěž podněcující plicní a srdeční činnost a podporující vytrvalost (dynamická chůze, plavání, cvičení ve vodě, cyklistika, turistika). Dále je vhodné věnovat se cvičením zaměřeným na pohyblivost, pružnost a pevnost páteře, na udržování svalové rovnováhy a co neoptimálnějšího individuálního držení těla (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Suchá a kol., 2013).

Motivaci k pohybu podněcují přátelé s podobnými zájmy, životní styl – často zakořeněný již v dětství, zdravotní důvody a s tím spojené doporučení lékaře.

U seniorů jsou nevhodné tyto cviky:

- záklon hlavy a krční páteře;
- švihové pohyby;
- skoky;
- hluboké předklony s hlavou dolů;
- déleodobé zadržování dechu, izometrické cviky /zvyšování napětí/ a vzpažování – hlavně u seniorů s onemocněním srdce;
- u klientů s endoprotézou kyčle některé pohyby zcela zakázány (Suchá a kol., 2013).

Naopak výhodné je využívání různých pomůcek jako jsou: míče a míčky různých velikostí a struktur /tzv. ježci/, lehké činky, popř. lahve s vodou, tyčky, kroužky, menší obruče, šátky nebo šály, thera-bandy /pružné gumové pásy s různým odporem/, flex-bary /gumové tyčky vzdáleně připomínající pendrek/, tzv. plavací nudle apod. (Suchá a kol., 2013).

U seniorů s demencí se vlivem progresu onemocnění pohybové funkce postupně zhoršují. Úbytek poznávacích schopností se prvně projeví narušením koordinace a jemné motoriky. Obecně se doporučuje cvičit ty schopnosti, které zůstaly zachovány, aby k jejich úbytku docházelo co nejpomaleji. Je nutné volit jednoduchá cvičení, snadno napodobitelná, často kopírující běžnou denní činnost, nikoliv však dětská. Nutný je oční kontakt s předvádějícím a vnímání aktivity ostatních ve skupině. Účastníky je důležité poučit o dobrovolnosti cvičení a zastavení úkonu při bolesti – pokyny je navíc třeba opakovat. Dále je třeba být opatrný s rozlišováním levé a pravé strany /toto se ve stádiu střední demence ztrácí/ (Suchá a kol., 2013).

Dalšími pohybovými aktivitami kromě cvičení je:

- Chůze: ta zajišťuje kromě pohybu také přísun nových podnětů. Je třeba zajistit vhodnou obuv a oblečení /u seniorů je porušená termoregulace/. K chůzi lze motivovat např. orientačním měřením zdolané vzdálenosti, kterou lze zakreslovat na mapu a sledovat, kam až hypoteticky člověk došel např. za měsíc;
- Jízda na kole: využívá se dobře naučených dovedností uchovaných v implicitní paměti;
- Plavání, aquagymnastika;
- Posilovací stroje na venkovních hřištích;
- Východní metodiky /jóga, tai-chi/;
- Sokol: umožňuje setkávání s vrstevníky, pro které je cvičení celoživotním zvykem (Suchá a kol., 2013).

Inspirací ke konkrétním aktivitám nám může být např. knihy V. Kleplové (2004) Cvičení (nejen) pro seniory, nebo V. Vojtěchové a I. Ballingové (2018) Jóga pro seniory.

7.4.3 Taneční terapie

Taneční terapie je založena na vnímání a utváření pohybu, který je vyvoláván hudbou. Výsledný tanec je prostředkem k uvědomění pocitů, konfliktů a k jejich komunikaci. Pomáhá ke znovunalezení radosti z činnosti, ke vnímání těla, jeho hranic a vztahu k prostoru, k

obnově pozitivního sebepřijetí, k vyjádření pocitů bezpečným způsobem. Cílem zde není zdokonalování formy pohybu, ale spíše objevování sebe, vlastního bytí a neverbálního vyjadřování vlastních prožitků (Müller, 2014).

Primárně je určena pro klienty mobilní, ovšem upoutání na lůžko není kontraindikací – pohyb je možný jen s těmi částmi těla, které jsou pohyblivé, popř. lze si pohyb pouze vizualizovat v představách. Velký význam má v terapii s lidmi s omezeným verbálním projevem, komunikace tak probíhá prostřednictvím kreativního pohybu, tance, zpěvu, práce s rekvizitami. I minimální tělesné pohyby /např vytřukávání rytmu nohou, pohupování hlavou/ je aktivitou (Müller, 2014).

Např. u seniorů s demencí se můžeme setkat se silně zafixovanými vzpomínkami na hudbu /včetně slov mnoha písní/, se kterými vlivem nemoci ztratili kontakt. Při nabídnutí této aktivity se známé vzorce obnovují a činnost působí emocionálně a aktivizačně (Müller, 2014).

7.4.4 Relaxační metody

Seniorovi přináší zábavu, ale hlavně žádoucí uvolnění, lepší uvědomění si kontaktu s vlastním tělem. V souvislosti s kapitolou 11 je užitečné upozornit, že jsou relaxační cvičení nedílnou součástí práce s úzkostnými stavy. Praktikováním relaxačních cvičení dochází postupně k tomu, že se v mysli člověka asociuje stav svalového klidu /relaxace/ se stavem duševního klidu a úzkost se rozpouští (Walsch, 2005).

Relaxační metody jsou založeny na vzájemné souvislosti:

- psychického napětí;
- funkčního stavu autonomní nervové soustavy;
- napětí svalstva.

Protože napětí kosterního svalstva jsme schopni vůlí ovlivnit, můžeme záměrnou svalovou relaxaci využít k dosažení psychického uvolnění i k ovlivnění orgánových funkcí řízených autonomní nervovou soustavou. Cesta k psychickému uvolnění začíná uvolněním tělesným. Při pravidelném relaxování dochází k obnově sil a k odstranění příznaků neklidu a napětí (Víchová, 2016).

7.4.4.1 Nácvik dechu

Při zvládnání zátěže je nácvik břišního dýchání metodou první volby. Používá se jako rychlá relaxační technika, která pomáhá zvládnout symptomy hyperventilace a dalších fyziologických projevů stresové reakce (Müller, 2014).

7.4.4.2 Autogenní trénink (AT)

Princip autogenního tréninku spočívá v ovlivňování sebe autosugescí – pomocí nacvičeného sledu představ a slovních formulí dochází k navození stavu podobnému stavu vyvolanému hypnózou. Dochází k těmto změnám v organismu:

- zpomalení a pravidelnosti dechu a tím i snížené spotřebě kyslíku;
- poklesu frekvence srdeční činnosti;
- úbytku napětí kosterního svalstva;
- změně fungování mozku – pocit uvolnění a zvýšená schopnost koncentrace/relaxace;
- periferním změnám tělesné teploty (Víchová, 2016).

Mezi základní principy AT patří:

- svobodné a vědomé rozhodnutí začít – při nedobrovolném nácviku nemůže dojít k efektu metody;
- uvolnění a poddání se určité představě;
- nezávislost na místě, čase, pomůckách i finančních zdrojích;
- nezávislost na terapeutovi a s tím související osobní zodpovědnost a znovuzískání kompetence k uzdravení;
- postupnost – vše se děje po krocích, které na sebe navazují, nácvik dalšího cviku probíhá až s osvojením toho předchozího;
- důležitost neverbálních signálů /hloubka hlasu, klid v hlase, nespíchání, zacházení s časem a prostorem – výběr správné pozice (Víchová, 2016).

Cvičení postupují v tomto sledu:

1. Nácvik uvolnění
2. Nácvik pocitu tíhy
3. Nácvik pocitu tepla
4. Koncentrace na dech
5. Koncentrace na srdeční činnost
6. Nácvik pocitu tepla v břiše
7. Nácvik pocitu chladu na čele (Kovářová, cit. 8.4.2019).

Jednotlivé kroky autogenního tréninku jsou podrobněji a konkrétněji popsány jak v knize Víchové (2016), tak např. v materiálu Weimerové nebo Kovářové – společně s dostupnými audionahrávkami.

7.4.4.3 Jacobsonova progresivní svalová relaxace

Na rozdíl od AT využívá záměrného vyvolání napětí ve svalu a následného reaktivního uvolnění. Na úrovni každé procvičené svalové skupiny dochází k zlepšení, navíc se uvolnění přenáší z jedné svalové skupiny na druhou. Střídavým napínáním a uvolňováním se člověk učí mezi těmito stavy lépe rozlišovat, cílem je eliminovat zbytkové napětí ve svalech a dosáhnout komplexního relaxovaného stavu (Víchová, 2016).

Cvičí se v sedě na židli, napětí by mělo přijít na konci nádechu, výdech přináší uvolňování. Výdechu se věnuje dvojnásobek času proti nádechu. Výhodné je, že lze aplikovat pouze část cvičení, je možné opakovat, modifikovat. Cvičení je aktivizační a nedoporučuje se aplikovat před spaním (Víchová, 2016).

Celý postup v knize Víchové (2016), stejně tak dostupný na internetu, např. na webové stránce uvedené na konci seznamu literatury.

7.4.4.3 Technika zakotvení v pěti smyslech

Někdy také známá pod názvem "všech pět pohromadě" je technikou Mirka Frýby, která klade důraz na zakotvení v přítomném okamžiku pomocí smyslů. Celý proces je podrobně popsán v materiálech např. Bendy (2011).

7.5 Shrnutí

V kontaktu se seniory je vhodné využít všech možností, které se nabízí. Tato kapitola se zaměřuje na oblast těla, která následně ovlivňuje i další systémy člověka.

Metoda bazální stimulace nabízí člověku dostatečný přísun podnětů v těch situacích, kdy si je nemůže obstarat sám. Působí na něj způsobem, který připomíná minulé, již vzniklé paměťové stopy. Saturuje ty oblasti, které mohou být aktuálně deprivovány.

Pohyb je základním projevem života, zpomaluje involuční změny a zvyšuje kvalitu života. Mezi hojně užívané pohybové aktivity ve stáří patří: chůze, jízda na kole, plavání, cvičení, praktikování východních metodik, Sokol. Specifickým pohybem je tanec = pohyb vyvolávaný hudbou. Podstatou taneční terapie je objevování sebe, vnímání vlastního těla a jeho hranic, vyjadřování prožitků.

Uvolnění a prohloubení kontaktu s tělem přináší relaxační metody. Mezi základní metody patří nácvik dechu, autogenní trénink a progresivní svalová relaxace.

7.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Zamyslete se nad potřebami člověka upoutaného na lůžko. Jaké ošetrovatelské nabídky by klienta uspokojily?

KÚ2: Zamyslete se, jakou roli hrají ve vašem životě doteky. Jaké mohou být rizika spojená s doteky v terapeutické péči?

7.7 Literatura

BENDA, J. Psychologické aspekty v péči o seniory, zdravotně postižené a umírající [online]. Ústí nad Labem: OPORA o.s., 2011 [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/836803/Psychologick%C3%A9+aspekty+v+p%C3%A9%C4%8Di+%C3%AD/7076a670-f128-46e6-9f0d-2645fd16d5e2?version=1.0>

BURIÁNOVÁ, V. Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte [online]. Praha: STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, 2017 [cit. 13.4.2019]. Dostupné z: https://www.nahradnirodina.cz/sites/default/files/vybrane_vyzkumy_a_poznatky_o_vlivu_rane_institucionalni_vychovy_na_vyvoj_ditete_0.pdf

FRIEDLOVÁ, K. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2003.

HOLCZEROVÁ, V. a DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.

KLEPLOVÁ, V. Cvičení (nejen) pro seniory. Olomouc: Poznání. 2004. ISBN: 80-86606-24-4.

KOVÁŘOVÁ, L. Multimediální učebnice autogenního tréninku pro sportovce [online]. [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/eknihy/attrenink/text.pdf>

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha, Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

NOVÁK, T. a The Beastess. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4623-4.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

VOJTĚCHOVÁ, V. a BALLINGOVÁ, I. *Jóga pro seniory*. Brno: CPress. 2018. ISBN: 978-80-264-2083-5.

WALSCH, D. *Skupinové hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2005. ISBN:80-7178-970-4.

WEIMEROVÁ, M. *Autogenní trénink – návod ke cvičení* [online]. 2010 [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/autogenni-trenink?format=pdf>

Metoda progresivní svalové relaxace [online]. [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <https://www.pvsps.cz/data/2017/05/30/12/spmgr-materialy-vybranepmetody-progresivnirelaxace.pdf?id=131>

8. ZOOTHERAPIE. EXPRESIVNÍ TERAPIE - Muzikoterapie. Arteterapie.

8.1 Cíl

Cílem kapitoly je obohatit dál repertoár možných aktivit zacílených na seniory. Krátce bude popsána charakteristika tří terapeutických metod-terapie s účastí zvířete, muzikoterapie a arteterapie.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Objasnit terapeutický potenciál zooterapie a expresivních terapií;
- Jmenovat konkrétní možnosti jejich aplikace;

8.2 Obsah

Kapitola popisuje zásady provádění terapie s účastí zvířete a charakteristiky expresivních terapií.

8.3 Klíčová slova

Zooterapie, animoterapie, canisterapie, hipoterapie, exprese, muzikoterapie, arteterapie

8.4 Studijní text

8.4.1 Terapie s účastí zvířete

Hloubku vztahu se zvířetem popisuje známý citát: *„Ochočit znamená vytvořit pouto. Ty jsi pro mne zatím jen malý chlapec, podobný tisícům jiných malých chlapců. Nepotřebuji tě. A ty mě taky nepotřebuješ. Jsem pro tebe jen liška, podobná tisícům jiných lišek. Ale když si mě ochočíš, budeme jeden druhého potřebovat. Ty budeš pro mne jediný na světě. Já budu pro tebe jediná na světě.“* (Saint-Exupéry, 2015, s. 70)

Animoterapie je založena na využití domestikovaných zvířat k působení na psychiku člověka. V kontaktu se zvířetem dochází k emoční stimulaci, podpoře verbální i neverbální komunikace a interakce s druhými, cvičení hrubé i jemné motoriky. Péče o zvíře uvádí člověka do reality, zajišťuje pravidelný pohyb a denní režim, přináší pocit užitečnosti vlastní osoby, což sekundárně podporuje sebevědomí. Pozorování zvířat snižuje stres, únavu a agresivitu (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Müller, 2014; Suchá a kol., 2013).

Přítomnost domácího zvířete v ústavních zařízeních vytváří domácí prostředí, usnadňuje adaptaci na nové prostředí a usnadňuje navazování kontaktů s ostatními spolubydlícími

/poskytuje téma k hovoru/. Výzkumy potvrdily pozitivní účinky přítomnosti zvířete také na ošetřující personál (Suchá a kol., 2013).

Nejvíce jsou užívána srstnatá zvířata, jako vizuálně zajímavé se ukazují i akvarijní rybky (Suchá a kol., 2013).

8.4.1.1 Canisterapie

Staré pořekadlo praví: *Nejlepším přítelem člověka je pes.*

Ten při seniorovi získává roli společníka, je středem pozornosti, vyžaduje péči. Toto má významný vliv při klíčových životních ztrátách /jako je smrt partnera/, kdy kontakt se psem snižuje stres a dodává citovou podporu. Blízkost zvířete se navíc stává fyzioterapeutickým prostředkem k prohloubení dýchání, zahřátí, uvolnění spasmů a zvýšení pohyblivosti (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Müller, 2014).

Konkrétními terapeutickými činnostmi jsou:

- Česání a kartáčování – procvičuje se jemná i hrubá motorika;
- Hlazení – přináší libé pocity a stimuluje hmat;
- Aportování, oblékání psa – stimuluje pohyb horních končetin;
- Oslovování psa a jeho povelování – testuje slovní zásobu;
- Vycházky do přírody
- Přítomnost psa může také poskytovat inspiraci k výtvarným činnostem (Suchá a kol., 2013).

Užití této terapie se osvědčuje hlavně:

- Při navazování kontaktu s obtížně komunikujícími seniory, s jedinci s depresí a dalšími vybranými psychiatrickými diagnózami, se seniory s narušeným smyslovým vnímáním;
- U seniorů apatických;
- Dlouhodobě nemocných;
- V rehabilitační praxi (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

8.4.1.3 Hipoterapie

K léčebnému účelu je zde využíváno koně.

Hipoterapie funguje na základě souladu trojrozměrného pohybu koňského hřbetu a pohybu člověka. Působí na posturu – tedy na všechny motorické schopnosti jedince, jejichž cílem je udržet polohu těla. Je vedena fyzioterapeutem (Valenta a kol., 2018).

Terapie s využitím koně pomocí psychologických prostředků je vedena terapeutem s příslušným vzděláním. Využívá kontaktu se zvířetem pro dosažení pozitivních změn v chování, prožívání a myšlení (Valenta a kol., 2018).

8.4.1.4 Ostatní terapie s účastí zvířete

Dále existují:

- Felinoterapie /přítomnost kočky/
- Delfinoterapie
- Lamaterapie
- Insektoterapie
- Ornitoterapie
- Farmingterapie
- Terapie akvarijními rybičkami, apod. (Müller, 2014).

8.4.2 Expresivní terapie

Je terapií, které je založena na umělecké expresi – tedy na vyjádření vnitřních prožitků, vztahů a zkušeností pomocí uměleckého média. Umožňuje kontakt s emocemi, uvolnění skrytých a potlačených tendencí, redukuje úzkost (Müller, 2014; Vymětal a kol., 2000).

Rozlišujeme formy /které se ale mohou vzájemně prolínat/:

- Receptivní /pasivní/– zaměřená spíše na přijímání stimulů, jejich vnímání a prožívání;
- Aktivní – aktivní činnost (Müller, 2014).

Jiná klasifikace vychází z média, se kterým je pracováno – a vymezuje tak: muzikoterapii, arteterapii, dramaterapii, psychodrama, biblioterapii a tanečně-pohybovou terapii – blíže v kapitole 7 (Müller, 2014).

8.4.2.1 Muzikoterapie

Využívá melodie, harmonie, tempa, rytmu, dynamiky, zvukové barvy a druhu taktu. Terapeuticky nepůsobí hudba samotná, ale naše zkušenost s hudbou, která je výrazně individuální. To nastiňuje i možnou kontraindikaci – aplikace muzikoterapie se nedoporučuje

u některých nemocí /akutní psychotická onemocnění, dekompenzovaná epilepsie/, u jedinců s negativním vztahem k hudbě a tam, kde hudba startuje destruktivní či patologické procesy.

Hudba, jenž silně stimuluje emoce, může být u klienta navázána na minulé sebevražedné pokusy. Klienti závislí na návykových látkách v rámci terapie zjišťují, jaká hudba a v jakých situacích působí podpůrně a u která naopak v sobě skrývá vyšší riziko relapsu (Müller, 2014).

Jaké má hudba terapeutické účinky?

- Působí na metabolismus a produkci hormonů, existuje tzv. anxiolytická hudba, která přímo cílená na zklidňování člověka při úzkosti;
- Může být účinná jako podpůrná terapie při snižování chronické bolesti – spouští uvolňování endorfinů, které zmiňují bolest a zlepšují náladu;
- Může fungovat k vyvolání hezkých vzpomínek z minulosti, které s sebou přináší pozitivní emoce a redukuje stres;
- Poskytuje vítané rozptýlení od těžkostí, odvádí pozornost;
- Aktivuje motorické a percepční funkce a přímo působí kognitivní funkce /např. na pozornost – při střídání nového a známého hudebního materiálu v refrénech a slokách/;
- Umožňuje aktivaci obou mozkových hemisfér. A co je velmi důležité – obzvláště při práci se seniory s demencí – obchází neokortex a ovlivňuje ontogeneticky starší vývojové struktury mozku. Hudba se tak dostává i k těm seniorům, jejichž kognitivní funkce jsou těžce narušeny. Udržuje tyto jejich schopnosti a podporuje kvalitu jejich životů;
- Je prostředkem neverbální komunikace a funguje i při narušení verbálního projevu;
- Dává možnost přenést vlastní psychické procesy, myšlení i vzorce chování do hudby při jejím komponování. Umožňuje seberealizaci a sebeaktualizaci (Holčerová a Dvořáčková, 2013; Müller, 2014).

Hudebním prostředkem může být vlastní hlas /zpěv/, hra na tělo, hra na nástroj. Hlavními metodami muzikoterapie jsou:

- Hudební improvizace – tedy podpora spontánního a přirozeného projevu;
- Hudební interpretace – reprodukce známé skladby /oproti prvnímu bodu tato metoda s jasnými pravidly a očekáváními umožňuje zbavit se strachu a úzkosti/;

- Zpěv písní – prohloubení společenského kontaktu, kultivace řeči, vyzdvižení známých paměťových stop, odreagování;
- Psaní písní a kompozice hudby – sebeuvědomění a sebevyjádření;
- Hudební vystoupení – seberealizace;
- Pohybové, dramatické a výtvarné aktivity při hudbě – přesah do dalších specifických terapií (Müller, 2014).

Zajímavý aspekt nám nabízí tento pohled:

- Hudba jako terapie – změny je dosaženo výhradně následkem hudební intervence;
- Hudba v terapii – hudba je doplňkem terapeutického procesu, facilitátorem např. verbální psychoterapie (Müller, 2014).

Muzikoterapeut Mgr. Tomáš Procházka (in Müller, 2014) přichází s celostním pojetím muzikoterapie, který klade důraz na bezpečné prostředí, ve kterém se činnost odehrává, integraci přístupů s prostorem pro sdílení prožitků, neexpertní, nedirektivní a partnerský přístup terapeuta. Současně upřednostňuje podporu před péčí, což nechává zodpovědnost na klientovi. Vnímá důležitost individuální podpory, ve které zohledňuje specifický kontext. Prosazuje princip prožitkové vlny, která dovoluje měnit intenzitu a obsah jednotlivých cvičení v průběhu připraveného bloku. Začíná se abreakcí pro uvolnění aktuálně prožívané zátěže, dále se postupuje k relaxaci, jednotlivým cvičením /dechové, hlasové a dotekové techniky, práce s nástroji, harmonizační cvičení, prvky bazální stimulace/. Nezapomíná ani na nutnost vnější podpory a supervize pracovníka.

Pro navození příjemné atmosféry ve skupině seniorů lze začátek každého programu uvést tzv. kontaktní písní, která je všem zúčastněným známá a funguje jako jakási hymna skupiny (Suchá a kol., 2013).

8.4.2.2 Arteterapie

Podstatou arteterapie je vyjadřování pocitů, nálady, stavů pomocí umění. Důležitý je jak výsledek, tak samotný proces vytváření. Ten je založen na sebe-uzdravujícím mechanismu tvoření. Skrze uměleckou činnost klient reflektuje své obtíže a snaží se je integrovat jako součást sebe. Při práci ve skupině může být vysoce terapeutické také přijímání reakcí okolí – nejde o jejich hodnocení kvality výsledku, ale spíše o podněty, pocity, asociace okolí (Müller, 2014).

Expresse vypovídá o vnitřním světě tvůrce, je spontánní a ryze individuální. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, nezaměňujme ho s výtvarným nadáním. Výtvarné tvoření bylo člověku blízké již daleko v minulosti – stačí zapátrat v paměti a vybaví se nám pravěké jeskynní malby, africké masky, stejně jako současné graffiti velkoměst (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Müller, 2014).

Pozitivními zisky arteterapie jsou:

- Uvolnění;
- Sebeprožívání a sebevnímání;
- Vizuální a verbální organizace zážitků;
- Přiměřené sebehodnocení;
- Růst osobní svobody a motivace;
- Rozvoj fantazie;
- Svoboda pro experimentování při hledání výrazů pro pocity, emoce, konflikty;
- Celkový rozvoj osobnosti (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Ve skupině se navíc dosahuje sociálních cílů, mezi které bychom mohli zařadit např. vnímání a přijetí druhých, vytváření uznání jejich hodnoty, ocenění, apod. (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Mezi arteterapeutické metody řadíme:

- Volný výtvarný projev – je podporována spontaneita /např. čmárání/;
- Tematický výtvarný projev – zaměřený na konkrétní téma, používá se např. ke zpracování konfliktních oblastí;
- Výtvarný projev při hudbě
 - Asociativní výtvarný projev /ztvárnění asociací vyvolaných hudbou/
 - Muzikomalba /ztvárnění hudby/
- Skupinové výtvarné činnosti
- Řízený výtvarný projev – kdy terapeut do procesu přímo zasahuje (Müller, 2014).

Pro činnost lze využít více výtvarných technik a prostředků buď v ploše /malba, grafika, kresba/, tak v prostoru /modelování, práce s hlinou/. V širším hledisku můžeme za sebevyjádření tvořivou činností považovat i způsob oblékání, výzdobu domácnosti či uspořádání květin na zahradě (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Při zacílení arteterapie na seniory můžeme specifikovat, že výtvarná činnost pomáhá např. zlepšovat pohybové schopnosti. Proto se využívá i v rámci rehabilitace jemné motoriky. Dle Campbellové (1998) je v seniorské populaci nejdůležitějším ziskem arteterapie to, že je vytvořen prostor pro vlastní vzpomínky, jež nabízí možnost propojení se současnými i minulými zkušenostmi. Arteterapie se snaží aktivizovat síly seniora, jeho vitalitu, flexibilitu a stimuluje kreativitu. Právě s poslední zmíněnou schopností souvisí i riziko: postupné oslabování kognitivních funkcí začíná u kreativity. Její narušení a tudíž snížená schopnost reagovat na zadání úkolu tak může vzbuzovat bezradnost, úzkost a frustraci. V takových situacích se doporučuje pracovat podle jasných zadání a postupnými a srozumitelnými kroky (Suchá a kol., 2013).

8.5 Shrnutí

Zooterapie vychází z kontaktu člověka se zvířetem. V rámci vzniklého společenství dochází k emoční stimulaci, je podporována verbální i neverbální komunikace, péče o zvíře dopomáhá člověku k pravidelnému dennímu rytmu, zajišťuje pravidelný pohyb a uvádí jej do reality. V situacích ztrát dodává osamělému seniorovi citovou podporu.

Expresivní terapie jsou založeny na umělecké expresi, tedy na vyjádření vlastního vnitřního potenciálu. Médii, které slouží jako prostředek k vyjadřování, může být hudba, umění v užším slova smyslu, divadlo, tanec, pohyb, apod.

8.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Vymyslete program skupiny zaměřené na jednu z arteterapií nebo muzikoterapií.

KÚ2: Nastudujte si informace o dalších expresivních terapiích, vyberte si jednu výše nepopsanou a navrhnete jednu aktivitu zacílenou na skupinu seniorů či na jednotlivce.

8.7 Literatura

CAMPBELL, J. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-428-1.

HOLCZEROVÁ, V. a DVOŘÁČKOVÁ, D. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.

MÜLLER, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

SAINT-EXUPÉRY, A. Malý princ. Praha: Fortuna Libri, 2015. ISBN: 978-80-7321-931-4.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

VALENTA, M. a kol. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0378-2.

VYMĚTAL, J. a kol. Speciální psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 2000. ISBN: 80-86123-15-4.

9. KRIZOVÁ INTERVENCE. PSYCHOTERAPIE.

9.1 Cíl

Cílem kapitoly je vymežit oblast zájmu krizové intervence a nastínit její možnosti při práci se seniory. Stejným způsobem je popsána i oblast psychoterapie se zaměřením na jednoduché vymezení základních terapeutických přístupů.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- definovat pojem krize;
- objasnit specifika krizových situací a jejich řešení u cílové populace seniorů;
- rozlišit základní terapeutické směry a vyjádřit vlastními slovy jejich hlavní myšlenky;
- určit nejčastější témata, se kterými senior přichází do terapeutického vztahu.

9.2 Obsah

Kapitola vymezuje krizovou intervenci a její specifika s cílovou skupinou a ve stejném duchu popisuje také základní psychoterapeutické směry.

9.3 Klíčová slova

krize, krizová intervence, senior telefon, psychoterapie, behaviorální psychoterapie, hlubinná psychoterapie, humanistická psychoterapie

9.4 Studijní text

9.4.1 Krizová intervence

Abychom si mohli definovat krizovou intervenci, v krátkosti se dotkneme pojmu krize. Krize bývá často vnímána jako moment zřetelné nerovnováhy, zlomový obrat, radikální změna dosavadního způsobu života, silné trápení provázené negativními pocity, ohrožením, stresem. Současně ale představuje nedílnou, přirozenou součást lidského života a nese v sobě potenciál růstu a vývoje (Špaténková a kol., 2017).

Krizová intervence je pak zásahem v krizi, kterou není člověk schopen svými dostupnými vyrovnávacími strategiemi řešit sám. Je poskytována kompetentními a školenými odborníky, zaměřená na praktické úkony s cílem stabilizovat člověka a podpořit jeho kompetence krizi řešit. Intervence sama o sobě situaci nevyřeší, pomáhá v akutní fázi a následně přesměrovává člověka k dalším účinným formám a zdrojům pomoci /poradenská centra, psychoterapie, hospitalizace, apod./.

Základními znaky krizové intervence tedy je:

- okamžitá pomoc;
- redukce ohrožení;
- zajištění bezpečí;
- koncentrace na aktuální situaci a aktuální problém;
- časové ohraničení;
- intenzivní kontakt;
- strukturovaný, aktivní až místy direktivní přístup interventa;
- individuální přístup (Špaténková a kol., 2017).

9.4.1.1 Specifika krizové intervence u seniorů

Přirozené zdroje podpory se u seniorů postupně začínají vytrácet, s postupujícím věkem člověk ztrácí přátele, sourozence, partnera. Mění se jeho role a postavení v rodině i společnosti. Přesto, že jsou změny v seniorském věku očekávatelné, jejich nakupení může vyvolat tzv. vývojovou krizi.

V situaci krize hledá senior empatii a zároveň rovnocenný vztah v komunikaci. Pomalejší psychomotorické tempo a další omezení na straně seniora mohou vést k tomu, že intervent některé věci bude řešit "za klienta". Přehnaná péče však člověka vrhá v extrémním případě do pozice bezmocného, neschopného jedince. Naopak v aktivní spolupráci podporuje seniora uvědomění, že je na správném místě, kde může mluvit, projevit emoce, opakovat své myšlenky klidně stále dokola a hledat řešení (Vodáčková, 2002).

9.4.1.1.1 Krizová intervence seniorů po telefonu

Můžeme rozlišovat typy hovorů podle obsahu /např. sebevražedné myšlenky, mezilidské vztahy, apod./, tak podle procesu a cíle intervence a to:

- poskytování rad a informací /např. jak zažádat o příspěvek na péči/;
- ventilace a provázení /volající popisuje svůj příběh, sděluje pocity a žádá vyslechnutí/;
- podpurný hovor /klient hledá povzbuzení v rozhodnutí, k němuž má nakročeno/;
- krizový hovor v užším smyslu /volající v bezprostřední krizi, naléhavá situace, cílem je stabilizace/;
- opakovaná volání /déleodobější řešení průběhu obtíží, rizikem je závislost na lince bez motivace využít intenzivnějšího kontaktu např. v rámci psychoterapie/;
- testovací hovor /mapování situace často s vymyšleným problémem/;

- zneužívání linky /nadávky, sexuální uspokojení, vtip, apod./ (Vodáčková, 2002).

Příkladem cíleně orientované linky je Senior telefon (800 157 157). Je bezplatnou sociální službou telefonické krizové pomoci s nepřetržitým provozem. Zřizovatelem je občanské sdružení Život90.

Nejčastějšími tématy, se kterými se senioři obrací na linku, jsou:

- samota;
- mezigenerační vztahy;
- obavy, smutek;
- zdravotní stav;
- ztráta blízké osoby;
- rady a informace v sociální a právní problematice;
- týrání a zneužívání;
- domácí násilí;
- obtíže v rámci psychiatrického onemocnění;
- sebevražedné myšlenky a tendence (Život90, cit.1.4.2019).

Další možností je Linka seniorů (800 200 007), je anonymní, bezplatnou službou pro seniory, osoby o ně pečující, osoby v krizi. Obdoba linky důvěry v e-mailové podobě je na adrese linkaseniору@elpida.cz (Život 90, cit.1.4.2019).

9.4.2 Psychoterapie

9.4.2.1 Základní vymezení psychoterapie

Psychoterapie je léčbou psychologickými prostředky. Co si pod tím představit? Je péčí o lidi, kteří jsou vnitřně destabilizováni, popř. jim destabilizace hrozí. Přichází do terapie ve chvíli, kdy jejich duševní život zažívá otřesy. Na jejich přání se pomocí záměrného, cílevědomého a odborného působení pokouší terapeut podporovat fungující a naopak měnit nefungující mechanismy. Indikace je hlavně v prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví, současně terapie není vyloučena i všude tam, kde chce člověk sám sobě lépe porozumět. Důraz je kladen na kvalifikované provádění /k legitimnímu provádění psychoterapie je třeba několikaletého systematického psychoterapeutického výcviku v konkrétním směru/ a na komunikaci, prostřednictvím které se uskutečňuje. Přesto, že se jedná o psycho-terapii, lidská bytost je psychosomatický celek /duševní i tělesné projevy jsou jako jedna spojená nádoba/ a vliv terapie tak můžeme pozorovat i na těle člověka (Vymětal, 2010).

9.4.2.2 Základní psychoterapeutické směry

Rozlišujeme různé přístupy na škále od direktivních /kdy psychoterapeut jako odborník více vede terapii/ k nedirektivním /terapeut jako průvodce usilující o téměř symetrický vztah/.

Současná psychoterapeutická scéna čítá několik desítek základních přístupů a Vymětal (2010) jmenuje osm základních proudů vymezených podle podobnosti teoretických východisek i konkrétních postupů.

9.4.2.2.1 Humanistická psychoterapie

Směr zdůrazňuje lidskou jedinečnost, potenciál k osobnostnímu růstu a rozvoji. Člověk je považován za svobodného, rozumného a zodpovědného jedince, nikoliv za výsledek okolních vlivů. V terapeutickém vztahu se klade důraz na opravdovost, terapeut je v neexpertní roli, pozornost zaměřuje na prožívající osobu a je jí modelem autentičnosti (Vymětal, 2010).

Jedním z hlavních představitelů je C. Rogers, jehož přístup je sesumírován v "na člověka zaměřené terapii". Klient je nazírán jako aktivní činitel změn. Cílem terapeuta je pomoci nalézt člověku vlastní směr a následně jej facilitovat. Je obnovován a podporován plný osobnostní rozvoj člověka s akcentem na poznání a odstranění vnitřních omezení. Základním konceptem je seberealizace a sebeaktualizace. Důraz je kladen na prožívání člověka a na jeho subjektivní zkušenost.

Podmínkami psychologického kontaktu jsou:

- bezpodmínečné přijetí - akceptace člověka bez jakýchkoliv hodnotících soudů;
- empatické porozumění - zprostředkování zážitku hlubokého porozumění;
- kongruence-tedy opravdovost, transparentnost terapeuta (Faixová, 2014; Plháková, 2008).

9.4.2.2.2 Behaviorální psychoterapie

Využívá aplikace ověřených poznatků s cílem změnit psychické projevy pomocí učení a přeučování. Metoda introspekce je považována za nevědeckou a tudíž odmítnuta, zaměření je omezeno na pozorovatelná fakta, především na chování. Zjednodušeně tak dochází k nácviku žádoucího a odnaučování nežádoucího /až patologického/ chování. Postup je spíše direktivnější, od klienta je vyžadována aktivní spolupráce a dodržování pokynů (Plháková, 2008; Vymětal, 2010).

9.4.2.2.3 Hlubinná psychoterapie

Svým zaměřením jde pod povrch vědomí a snaží se analyzovat podvědomé a nevědomé aktivity psychického života-ty jsou považovány za samotné jádro psychiky. Kromě zájmu o nevědomé mentální procesy tvoří kostru tohoto přístupu předpoklad, že zkušenosti raného dětství rozhodujícím způsobem ovlivňují další život jedince. Intrapsychické konflikty a vývoj v časném dětství jsou považovány za nejdůležitější podmínky pro formování osobnosti. Na jejich vrub je také odkazován vznik eventuálních duševních onemocnění. Terapeut pomáhá klientovi formou vhledu a interpretací porozumět obsahům nevědomí a odhalit obrany, jež znesnadňují léčbu a překrývají vnitřní konflikty. Do ranku psychodynamických hlubinných směrů patří např. psychoanalýza S. Freuda, analytická psychologie C. G. Junga, individuální psychologie A. Adlera, kulturní psychoanalýza, apod. (Plháková, 2008; Vymětal, 2010)

9.4.2.2.4 Sugestivní a hypnoterapeutický přístup

Počátky těchto tradic lze najít už v kultovních rituálech nejstarších kultur. V této metodě převládá direktivní, manipulativní přístup terapeuta, při kterém je využívána jeho autorita. K ovlivňování dochází za pomoci sugescí ve změněném (hypnotickém) stavu vědomí. Využívá se při navozování abreakce, při hypnoanalýze či jako prostředek analgezie. Hypnoterapeutický přístup lze aplikovat i při bdělém stavu pacienta, kdy do rozhovoru jsou vkládány sugestivní a hypnotické prvky a paradoxní nabídky (Vymětal, 2010).

9.4.2.2.5 Relaxační a psychofyzilogické postupy

Vychází z výše zmíněné psychosomatické jednoty. Prostřednictvím těla /např. tělesným cvičením/ jsou ovlivňovány psychické děje a naopak. Zařazujeme sem např. autogenní trénink, progresivní svalovou relaxaci, tělesná cvičení, dechová a meditační cvičení imaginativní techniky apod. /bliže v kapitole 7/. Klasické relaxační techniky však nacházejí uplatnění napříč psychoterapeutickými směry (Vymětal, 2010).

9.4.2.2.6 Systémové, systemické a komunikační pojetí

Jinými slovy můžeme směr popsat jako rodinně-psychoterapeutický, v jeho centru stojí nazírání na partnerský vztah, rodinu, jako na systém vztahů, které se vzájemně ovlivňují a tím tvoří celek. Patologie jednoho člena je tak chápána jako patologie celé rodiny. Terapeuti se zajímají o vzájemné postavení členů, jejich komunikační styly a snaží se je prostřednictvím cílených zásahů změnit. Změnou jednoho prvku se mění celý systém (Vymětal, 2010).

9.4.2.2.7 Transpersonální psychoterapie

Inspiraci hledá v humanistických principech, východních filozoficko-náboženských systémech, šamanismu, psychoanalýze a poznacích o vlivu psychoaktivních látek na psychiku a chování člověka. Pomocí různých cvičení /jako např. kontrolovaná hyperventilace/ dochází ke změně vědomí /eventuálně rozšíření či zesílení vědomí/, oslabení obranných mechanismů a uvolnění nevědomých obsahů, které se následně psychoterapeuticky zpracovávají. Terapeut je v roli průvodce, který ale proces vede a řídí (Vymětal, 2010).

9.4.2.2.8 Integrativní a obecné pojetí

Nese v sobě spojování a kombinování přístupů i metod ve snaze zvýšit účinnost léčby. V centru pozornosti stojí účinné faktory, které vedou u pacienta k pozitivním změnám ve směru zdraví a které se objevují napříč většinou výše zmíněných terapií. Jsou jimi:

- očekávání pacienta, že terapie bude úspěšná-jedná se tedy o jakousi "naději";
- psychoterapeutický vztah
- korektivní emoční zkušenost /možnost zažít nové pocity/
- získání nového úhlu pohledu
- přesah do praktického života, možnost nácviku v bezpečí, opakovaného testování reality (Skálová a Vybíral, 2010; Vymětal, 2010)

9.4.2.3 Současné psychoterapeutické pole

V praxi jsme nejčastěji svědky eklektického přístupu, kdy psychoterapeuti na základě vlastní zkušenosti, získaných dovedností a osobních preferencí přizpůsobují terapeutický proces každému pacientovi.

Sérii osobitých a inspirativních doporučení pro terapeuty nabízí kniha amerického psychiatra a psychoterapeuta Irvina Yaloma (2011) *Chvála psychoterapie*.

9.4.2.4 Psychoterapeutická práce se seniory

V českém prostředí není téma psychoterapie se seniory dostatečně probádané, ze zahraničních výzkumů vyplývá následující:

- mezi nejčastější obsahová témata patří: závislost na druhých, spiritualita, rodina, deprese, nemoc a motivace (Ragan a Kane, 2010);
- klíčovou otázkou terapie je práce s nadějí (Bergin a Walsch, 2005);
- nedílnou součástí terapie se seniory by dle autorů Younga a Reeda (1995) měla být práce se sebe-transcendencí člověka.

Logicky se objevují témata spojená s existenciálními otázkami /úvahy o smrti a strach z ní, životní bilancování, úvahy o smyslu/ vyvolávané zhoršeným zdravotním stavem, smrtí blízké osoby (Valentová, 2018).

Dle zkušeností Valentové (2018) je kontakt seniora s psychoterapií spíše náhodný /např. je součástí hospitalizace; je nabízen jako součást pobytových sociálních služeb/. Spíše mladší senioři se mohou setkat s terapií v ambulancích primárně nezaměřených na seniorskou populaci, popř. na specializovaných pracovištích /např. ambulance zaměřené na léčbu závislostí/. V rámci vyššího věku je nutné počítat s omezeným časem terapie souvisejícím s vyšší úmrtností klienta, vyšší unavitelností i větší rigiditou osobnosti a tím menší motivací některé věci měnit. Důvodem k zahájení terapie bývají:

- afektivní poruchy /deprese/;
- úzkosti;
- subjektivní stížnosti na pokles kognitivních funkcí či již diagnostikovaný syndrom demence;
- zhoršení zdravotního stavu, problematika bolesti;
- špatná sociální situace /dluhy, exekuce, ztráta bydlení/;
- problémy v mezilidských vztazích, ztráta blízké osoby, osamělost;
- problém adaptovat se na změny /např. při umístění do pobytového zařízení sociálních služeb/ (Valentová, 2018).

Výše uvedené důvody nejsou specifické pouze pro seniory, mohly by se objevit i u jiných věkových skupin, u seniorů jsou pouze předpokládány ve vyšší frekvenci.

Častěji bývá využívána individuální forma psychoterapie, kde lze lépe kompenzovat zdravotní omezení klientů /např. poruchy sluchu, vady řeči, apod./. V rámci práce se seniory se osvědčuje také terapie poskytovaná rodinným příslušníkům /nejčastěji dětem a partnerům/ a to zvláště při závažné diagnóze seniora-např. demence. Témata těchto terapií se nejčastěji týkají selhání či strachu z něho, nejistoty, pocitů viny, vyčerpání z dlouhodobé péče, apod. (Valentová, 2018).

9.5 Shrnutí

Přesto, že jsou v seniorském věku rizikové změny /jako např. ztráta partnera, onemocnění, apod./ očekávatelné, jejich nakupení může vyvolat tzv. vývojovou krizi. V situaci krize se nabízí akutní pomoc formou krizové intervence. Ta je zásahem školeného odborníka, který

vede intervenci s cílem člověka stabilizovat a podpořit jeho zvládací mechanismy a kompetence k řešení. Nejčastějšími krizovými tématy seniorského věku jsou: samota, smutek, mezigenerační konflikty, ztráta blízkého, domácí násilí, psychiatrická dekompenzace, sebevražedné myšlenky. Jiným, déletrvým, záměrným působením na člověka v situaci psychické nepohody s hlavním cílem rehabilitovat poruchu zdraví, je psychoterapie. Existuje velké množství psychoterapeutických směrů, v praxi je nejvíce využíván eklektický přístup, ve kterém psychoterapeut využívá komplexně vlastních zkušeností, získaných dovedností a osobních preferencí.

9.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Zjistěte rozhovorem se dvěma seniory, co si představují pod pojmem psychoterapie a v jakých případech by byli ochotní do terapie vstoupit.

KÚ2: Vyberte si několik zamyšlení (minimálně 3) z knihy Chvála psychoterapie /viz. souhrn literatury/ a napište k nim vlastní myšlenky.

9.7 Literatura

BERGIN, L. a WALSH, S. The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging and Mental Health*. 2005, roč.9, č.1, s.7–15 [cit. 1.4.2019]. ISSN 0883 1360-7863. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841827>

CARREIRA, K. a kol. A controlled evaluation of monthly maintenance Interpersonal Psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008, roč.23, č.11, s.1110–1113 [cit. 1.4.2019]. ISSN 0885-6230. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872074/>

FAIXOVÁ, K. Rogersovská psychoterapie a preterapie-možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2014, roč. 15, č.1, s.35-38 [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>

PLHÁKOVÁ, A. Dějiny psychologie. Praha: Grada, 2008. ISBN: 80-247-0871-X.

RAGAN, M. a KANE, C.F. Meaningful lives: elders in treatment for depression. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2010, roč.24, č.6, s.408-417 [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1532-8228. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111295>

SKÁLOVÁ, M. a VYBÍRAL, Z. Integrace v psychoterapii. Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika [online]. 2010, roč. 17, č.1, s. 48-50 [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1338-7030. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2010/PSY1-2010-cla14.pdf>

ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-247-5327-0.

VALENTOVÁ, V. Specifika psychoterapie u seniorů. Verlag Dashöfer [online]. 2018, [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1214-0473. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/specifika-psychoterapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eg_5cSnHkIPem7eYi-ZUg48/?uid=108D8rEGRjVnOGb4FuXvHn9KRpXgGnzAL&e=1D8_oev-JJQSdDBJO-2ELQ-xBWTB-ATMejFHQlt12ptA

VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence. Praha: Portál, 2002. ISBN: 978-80262-0212-7.

VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2667-0.

YALOM, I. Chvála psychoterapie. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0210-3.

YOUNG, C.A. a REED, P.G. Elders perceptions of the role of group-psychoterapy in fostering self-transcendence. Archives of Psychiatric Nursing. 1995, roč.9, č.6, s.338–347 [cit. 1.4.2019]. ISSN 0883-9417. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561514>

ŽIVOT 90 [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/senior-telefon>

10. SPECIFIKA TERAPEUTICKÉ PÉČE SE SENIORY SE SMYSLOVÝM HANDICAPEM

10.1 Cíl

Kapitola cílí na oblast smyslových orgánů a jejich možná oslabení. Na co je třeba myslet v kontaktu se seniorem, jehož smysly pomalu ztrácí ostrost?

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Uvědomit si deficity, které s sebou oslabení smyslů přináší;
- Jednat dle zásad pro komunikaci se seniory, jejichž zrak či sluch jsou výrazně narušeny;
- Použít konkrétní cvičení ke stimulaci smyslů.

10.2 Obsah

Kapitola se zaměřuje na seniory s oslabenými smysly a nabízí podněty pro jejich stimulaci.

10.3 Klíčová slova

Smysly, poruchy smyslů, stimulace, zásady komunikace se seniorem s oslabenými smysly

10.4 Studijní text

10.4.1 Změny smyslových orgánů doprovázejících stárnutí

Už od početí je prioritním požadavkem organismu dostávat správné podněty ve správný čas, na správném místě a v přiměřeném množství. Právě smyslové podněty vyživují mozek a obohacují prožívání (Klevetová, 2017).

Vývojové změny ve stáří /kterým je věnována první kapitola/ přinášejí snižování smyslových funkcí. Senior přijímá méně informací o světě, což má následně vliv na jeho orientaci v realitě a obecně poznávací schopnosti. Snížené vnímání také přináší nejistotu, strach, ostražitost a nedůvěřivost. Úspěšná adaptace na nová prostředí je výrazně zpomalena až omezena. Může docházet k nespokojenosti a egocentrické zaměřenosti pouze na vlastní potřeby. Reakce na narušení smyslů však bývají značně individuální (Klevetová, 2017).

Přirozený proces involuce je zrychlován tehdy, když nedochází k pravidelné stimulaci. Je proto doporučováno zařazovat tak uzpůsobené aktivity, aby se fungující smysly zapojovaly. Na druhou stranu se hodí zde zopakovat, že nadměrná stimulace škodí stejně jako stimulace žádná (Rheinwaldová, 1999).

Informace o procentuálním podílu na přijímání informací z jednotlivých smyslů nám nabízí tabulka níže (Sochorová, 2013).

Tabulka 1: Smyslové receptory

Receptor	Podíl na získávaných informacích
Chuťový	1,0 %
Hmatový	1,5 %
Čichový	3,5 %
Sluchový	11,0 %
Zrakový	83,0 %

10.4.1 Zrak

Zrakem přijímáme největší množství informací o světě kolem – dle Suché a kol. (2013) to je cca 70%, dle Sochorové (2013) mluvíme o 83%. Zrakové postižení negativně ovlivňuje pohyblivost a orientaci v prostoru (Müller a kol., 2014)

Ve stáří bývá často nejdříve oslabováno vidění nablízko, snižuje se orientace za šera, zpomaluje se reakce na světlo. Tyto deficity přináší zkreslené obrazy o realitě, situace mohou být hodnoceny nesprávně. Korekce zraku odpovídajícími brýlemi je základem kvalitní spolupráce při aktivizačních cvičeních (Klevetová, 2017).

10.4.1.1 Komunikace se seniorem s poruchou zraku

Doporučuje se řídit následujícími pokyny:

- představit se nejen jménem, ale i funkcí;
- k pozdravu a oslovení /aby bylo jasné, komu pozdrav patří/ připojit i pevný dotek /stisk ruky, ramene/. Známý dotek vzbuzuje důvěru – viz. iniciační dotek v kapitole č.7;
- mluvit přímo s daným člověkem, nekomunikovat přes jeho průvodce;
- nelákat k sobě vodícího psa, nemlaskat na něj, nekrmit ho, nehladit ho;
- neodvracet při rozhovoru tvář, udržovat oční kontakt;
- vyjadřovat se přesně, nepoužívat "vycpávková slova" /tohleto, to nahoře, apod./;
- poskytovat informace o zamýšlených a následně prováděných činnostech;
- využívat hmatu;
- eliminovat nežádoucí vedlejší zvuky;
- dodržovat stabilní a nepříliš se měnící prostředí pro snazší orientaci, nemanipulovat s věcmi seniora bez jeho vědomí;

- upozornit, když od seniora odcházíme (Klevetová, 2017; NRZP ČR, 2006).

10.4.1.2 Náměty pro stimulaci

BARVY: po pojmenování barvy na kartě se účastníci snaží najít něco v místnosti se stejným odstínem.

RŮZNÉ TVARY: princip stejný, úkolem je hledání stejných tvarů v okolí.

SKLÁDÁNÍ PLECHOVEK: úkol se zaměřuje na procvičování konceptu "větší – menší". Jde o skládání menších krabiček do větších, hledání stejné velikosti, vyskládávání podle velikosti (Klevetová, 2017; Rheinwaldová, 1999).

10.4.2 Sluch

Přesto, že se v tabulce výše hovoří o pouhých 11% přijímaných informací pomocí sluchu, je tento smysl pro běžné fungování obzvláště důležitý. Jedna známá poučka tvrdí: „*slepota odděluje člověka od věcí a hluchota od lidí*“. Lidé s poruchou sluchu bývají velmi znevýhodněni ve vzájemné komunikaci, což v extrémních případech vede až k oddělení od lidí.

Poruchy sluchu neznamenají pouhou hluchotu, v mnoha případech trápí seniory tzv. tinnitus, šelest, který svou nepříjemností může vyvolávat frustraci. U jedinců s poruchou sluchu se objevují významně častěji psychické problémy, které navíc bývají doprovázeny obtížemi v interpersonálních vztazích. Součástí rehabilitačního programu by tak měla být psychiatrická i psychologická podpora zaměřená na účinné komunikační strategie (Klevetová, 2017; Jirák, 2013)

Sluch se postupně začíná zhoršovat kolem 55-60 let, nejprve se snižuje slyšitelnost vyšších tónů a hlasů z dálky. Korekce naslouchadlem je pro mnoho seniorů nepříjemná, naslouchadlo zesiluje všechny zvuky, včetně šelestů (Klevetová, 2017).

U lidí vyššího věku se objevují také poruchy rovnováhy, což souvisí s ubýváním tekutiny ve vnitřním uchu, která přenáší signál do mozkové kůry – senior tak často není rychle schopen zabránit pádu.

10.4.2.1 Komunikace se seniorem s poruchou sluchu

Doporučuje se dodržovat následující zásady:

- vyslovovat zřetelně, pomalu, v jednoduchých větách a směrem k uchu, kterým senior lépe slyší;

- využívat předmětů k názorné ukázce;
- mluvit o jedné věci či na jedno téma;
- ověřovat si pochopení otevřenými otázkami;
- vést rozhovor k seniorovi čelem, s prázdnými ústy, zajistit dostatečné osvětlení místnosti k umožnění odezírání;
- využívat výrazy obličeje a gesta, dbát na soulad verbální a neverbální komunikace;
- zajistit eliminaci vedlejších, rušivých zvuků;
- ve společnosti více lidí dbát na zapojení handicapovaného seniora, sdělit o čem je řeč, případně užívat písemná sdělení;
- mít na mysli rychlou unavitelnost seniora (Klevetová, 2017; NRZP ČR, 2006).

10.4.2.2 Náměty pro stimulaci

ZVONÍ ZVONEK: jeden sedí uprostřed kruhu, ve skupině koluje zvonek, někdo nepozorovaně zazvoní, cílem je uhodnout, kdo to byl.

PLECHOVKA: v plechovce je umístěn nějaký předmět, účastníci se podle zvuku snaží hádat, co to je.

ZNÁMÉ ZVUKY: podle nahraných zvuků různých předmětů, přírody apod., se obyvatelé snaží určit, co jej vydává. Stimulaci je užitečné využít k následné tematické diskuzi (Klevetová, 2017; Rheinwaldová, 1999).

10.4.3 Chuť a čich

Každý člověk má vlastní subjektivní čichovou mapu poznání, která označuje, co mu voní a co naopak páchne. Čichové vjemy jsou silně propojeny s paměťovými stopami – prožitkem a zkušeností (Klevetová, 2017).

Chuť a čich ve vyšším věku ztrácí o 50-60% svou ostrost, sílu a jemnost.

10.4.3.1 Náměty pro stimulaci

MÍSA OVOCE: zralé ovoce je v míse umístěno do středu, kolují jednotlivé druhy a účastníci k nim čichají, aby se oddělil vliv zraku, možno kolovat v papírovém pytlíku nebo ubrousku.

KOŘENÍ: přičichávání ke kořenkám (Rheinwaldová, 1999).

10.4.4 Hmat

Úbytek kožních receptorů snižuje citlivost hmatu, síly doteku a vnímání polohy a pohybu jednotlivých částí těla (Klevetová, 2017).

Hmat má spojitost s dalšími smysly: většina lidí se spoléhá na zrak, aby odhadla vjem doteku. Se zhoršujícím zrakem se tak může ztrácet i pojem doteku. Dochází také k nedostatečné regulaci tepla a chladu - vnímání chladu je u starších lidí silnější než vnímání tepla. Výzkumy však neprokázaly snížení citlivosti a tolerance k bolesti ve vyšším věku (Klevetová, 2017; Rheinwaldová, 1999).

10.4.4.1 Náměty pro stimulaci

PYTEL: pomocí hmatu se snaží účastník zjistit, jaký předmět se nachází v pytlíku. Předměty nesmí být ostré ani špičaté.

POD STOLEM: jednotlivci si vzájemně pod stolem předávají předmět, určují jeho tvar, velikost, povrch, hmotnost. Každý hovoří o svých poznáních, vedoucí podporuje diskuzi.

CÍTÍME POVRCH: vedoucí začíná aktivitu debatou, jaké pocity má každý rád/nerad. Beze zraku se pak jednotlivci dotýkají různých povrchů /samet, kožešina, ledová kostka, hladké mýdlo/, rozhovor je cílen na příjemné vs. nepříjemné pocity při doteku (Rheinwaldová, 1999).

10.5 Shrnutí

Ve vyšším věku je oslabení smyslových orgánů poměrně častou obtíží, která výrazně ovlivňuje běžné fungování. Snížené množství příchozích informací oslabuje orientaci v realitě a může přinášet nejistotu, ostražitost až nedůvěru ve svět. Pravidelná a přiměřená stimulace smyslů pomáhá k uchování kapacity smyslů. Kapitola představuje všech pět smyslů a nabízí konkrétní možnosti jejich stimulace. Dotýká se také doporučení pro komunikaci se seniorem, jehož zrak či sluch jsou výrazně narušeny.

10.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Proveďte experiment. Na dobu půl hodiny záměrně oslabte jeden ze svých smyslů /např. zrak i sluch/. Zkuste se zapojovat do vašich běžných aktivit. Následně zapište záznam ze svého pozorování – jaké bariéry jste odhalili? Co naopak jste zvládli i s tímto omezením dobře?

KÚ2: Zkuste vymyslet další aktivity, kterými by se mohly jednotlivé smysly stimulovat.

10.7 Literatura

JIRÁK, R. a kol. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013. ISBN: 978-80-7262-873-5.

KLEVETOVÁ, D. Motivační prvky při práci se seniory. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-271-0102-3.

MÜLLER, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

NRZP ČR = Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. Praha, 2006 [cit. 5.3.2019]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html>

SOCHOROVÁ, H. Příprava edukačních materiálů pro klienty se smyslovým postižením [online]. 2., doplněné vydání. Ostrava: OU, 2013 [cit. 23.2.2019] Dostupné z: http://projekty.osu.cz/karp/opory/aktualizovane/04_Priprava_edukacnich_materialu_pro_klienty_se_smyslovym_postizenim_Opora.pdf

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

11. SPECIFIKA TERAPEUTICKÉ PÉČE SE SENIOREM S PSYCHIATRICKÝM ONEMOCNĚNÍM

11.1 CÍL

Cílem kapitoly je jmenovat nejčastější psychiatrická onemocnění, která se vyskytují ve stáří a možnosti jejich léčby. Nejpočetnější diagnostická jednotka /demence/ bude rozpracována zvlášť v následující kapitole.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- vyjmenovat riziková psychiatrická onemocnění seniorského věku;
- objasnit možný kontext jejich vzniku;
- popsat specifika projevů v seniorském věku;
- navrhnout možnosti jejich nefarmakologického ovlivnění.

11.2 Obsah

Kapitola specifikuje psychické zátěže ve stáří a jmenuje nejčastější psychiatrická onemocnění v tomto věku.

11.3 Klíčová slova

psychiatrická onemocnění, organický podklad, anamnéza, deprese, delirium, závislost na alkoholu, léková závislost, poruchy spánku, úzkostné poruchy.

11.4 Studijní text

11.4.1 Specifika psychických zátěží ve stáří

Připomeňme si, že stárnutí a stáří je velmi variabilní, ale poměrně předvídatelný proces změn. Přicházející změny jsou však většinou lidí vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se dosavadních situací, poradit si s omezenějšími schopnostmi a postupně přijímat nové role. Při bližším hodnocení můžeme v této životní etapě vnímat následující zátěžové okolnosti: odchod do důchodu, smrt nebo nemoc partnera, přátel a rodiny, přítomnost handicapu, snižování kognitivních funkcí, bolest, změnu životního uspořádání, výskyt zanedbávání až zneužívání starého člověka, zhoršení životní úrovně. Vše ovlivňuje psychický i sociální stav (Jiráková a kol., 2013).

Jednou z konkrétních hrozeb stáří je ztráta nezávislosti. Ta s sebou nese bezmoc, pocity ponížení, ignoraci, ztrátu autonomie, strach z odloučení a zároveň potřebu nezatěžovat své okolí (Jiráková a kol., 2013).

11.4.2 Psychiatrická onemocnění ve stáří

Většina duševních nemocí ve vyšším věku je buď na organickém podkladě-organické změny mozkové tkáně, nebo vzniká vlivem somatických faktorů a výše zmíněných psychosociálních faktorů typických pro stáří. Nejčastějšími psychickými poruchami jsou:

- demence a mírné kognitivní poruchy /viz. kapitola 11/
- deliria
- deprese (Jirák a kol., 2013).

K tomu se v posledních letech přidružují závislosti /na alkoholu, léčivech/ a poruchy spánku (Jirák a kol., 2013).

Další vodítko pro spektrum psychiatrických poruch ve vyšším věku /pro tu organicky podmíněnou část/ nám dává Mezinárodní klasifikace nemocí (10.revize). Vymezuje tyto diagnostické jednotky:

- organický amnestický syndrom;
- delirium /nasedající nebo nenesedající na demenci/;
- organická halucinóza-přítomnost halucinací, nejčastěji zrakových /ale také sluchových nebo komplexních/;
- organická katatonní porucha;
- organická porucha s bludy;
- organická porucha nálady /deprese nebo mánie/;
- organická úzkostná porucha;
- organická disociativní porucha;
- organická emoční labilita /astenie/;
- lehká porucha poznávání;
- organická porucha osobnosti;
- postencefalitický syndrom;
- postkomoční syndrom (WHO/ÚZIS ČR, 2018).

Blíže se věnovat všem jednotkám je nad rámec tohoto studijního textu.

Současně nelze všechny psychické nemoci ve stáří označit za organické, mnoho nemocí může přecházet ze středního věku, vyšší věk ale potom zpravidla modifikuje jejich obraz - např. bipolární porucha, schizofrenie, periodická depresivní porucha, jiné úzkostné poruchy, porucha s trvalými bludy (Jirák, 2004).

11.4.3 Vyšetření gerontopsychiatrického pacienta

V anamnéze je nutné se zaměřit na tyto oblasti:

- osobní a rodinnou oblast;
- zmapování historie psychických obtíží a jejich objektivizace/informace zjišťovány od pečujícího/;
- zmapování historie somatických obtíží;
- aktuálně i dříve užívané léky;
- informace o návycích a eventuálním riziku zneužívání alkoholu, léčiv;
- interpersonální vztahy;
- negativní životní události, aktuální stresory;
- míru soběstačnosti (Jiráková a kol., 2013).

Při diagnostice seniorské populace je nutné nahlížet na obtíže komplexně a z různých hledisek. Řada starších lidí má nejméně jednu chronickou somatickou nemoc /např. dýchací obtíže, diabetes apod./, kterou je v léčbě nutno zohlednit, proto je třeba důkladných somatických i neurologických vyšetření. Další volbou jsou laboratorní vyšetření a vyšetření zobrazovacími metodami /CT, MRI, apod./ (Jiráková a kol., 2013).

11.4.4 Delirium=stav zmatenosti

Jedná se o kvalitativní poruchu vědomí, která je doprovázena poruchou pozornosti, vnímání, myšlení, orientace, paměti, psychomotoriky, emocí a spánkového rytmu. Rozvíjí se akutně, typicky večer, průběh výrazně kolísá. Přesnou příčinu často nelze jednoznačně určit, je reakcí na různé psychické, somatické a intoxikační změny /např. demence, úrazy hlavy, infekční onemocnění, kardiovaskulární poruchy, intoxikace nebo naopak jako syndrom při vysazení, akutní psychický stres, změna prostředí, atd./. Jedná se o závažnou neuropsychiatrickou komplikaci nemocí ve stáří (Jiráková a kol., 2013).

Mezi obecné zásady léčby patří:

- pátrat po somatické příčině;
- identifikovat a odstranit spouštěcí faktory /např. nově nasazená medikace, vliv prostředí, apod./;
- kontrolovat chování medikací zacílenou na symptomy deliria;
- dbát na psychoterapeutickou podporu-čili vlídnou péči, edukaci a reorientaci pacienta i jeho rodiny (Jiráková a kol., 2013).

11.4.5 Deprese

Deprese je jedna z nejzávažnějších a nejčastějších psychických onemocnění ve stáří /po poruše paměti/, přesto bývá často nerozpoznána. Klinický obraz ve vyšším věku je mírně odlišný a častěji se vyznačuje těmito symptomy:

- výrazné stížnosti na tělesné obtíže a úbytek energie;
- stížnosti na poruchy paměti;
- poruchy koncentrace pozornosti;
- přibývá vleklých fází, které nereagují na farmakoterapii-a ty mohou přecházet až do demence. Deprese je často rizikovým faktorem vzniku Alzheimerovy choroby. A naopak-u demencí /častěji vaskulárních/ se objevuje přidružená depresivní symptomatologie, určitou roli v tom hraje uvědomění si vlastního handicapu;
- neobjevuje se výrazný smutek-typický pro mladší populaci-místo toho úzkostné fenomény, dysforie, poruchy motivace, ztráta zájmu o oblíbené činnosti, poruchy spánku, chuti k jídlu;
- snížení psychomotorického tempa;
- změny v chování /odmítání chodit ven, zanedbávání hygieny, nadužívání alkoholu, úvahy o smrti/ (Bareš, 2004; Jiráček, 2004; Jiráček a kol., 2013).

Při vzniku hrají menší roli genetické faktory, důležitější jsou naopak biologické faktory a psychosociální stres-čímž myslíme osamělost a sociální izolaci, ztráty /lidí, rolí, prostředí/, zhoršení fyzického stavu, nesoběstačnost, apod. Riziko sebevražd u pacientů s depresí stoupá s věkem (Bareš, 2004; Češková, 2011; Jiráček a kol., 2013).

Míru depresivity měříme např. pomocí škály deprese pro geriatrické pacienty (GDS).

Základem léčby je farmakoterapie, kterou se ale doporučuje kombinovat s psychoterapeutickými přístupy, jež cílí na vyslechnutí, celkovou podporu, hledání a odstranění spouštěcích faktorů, přerámování chorobně depresivních myšlenek a na přirozenou a nenásilnou aktivizaci (Venglářová, 2007; Zvěřová, 2017).

Velmi důležitá je také prevence, která se opírá o dostatečnou sociální podporu, funkční sociální síť, dostatek psychické i fyzické aktivity, stimulační prostředí, zdravý životní styl /péče o vlastní zdraví, dostatečný jídelníček, fyzická rehabilitace apod./ (Zvěřová, 2017).

Pidman (2010) nám nabízí návod k poučení seniora s depresí, který má jak edukační, tak motivační a terapeutický potenciál:

- Změna nálady je provázena ztrátou potěšení při aktivitách, které byly dříve příjemné. Dále se vyznačuje poklesem energie a zvýšenou unavitelností, ztrátou sebedůvěry, neopodstatněnými výčitkami, myšlenkami na smrt či sebevraždu, poruchami kognitivních funkcí, spánku i změny v chuti k jídlu. Navíc může být provázena řadou obtěžujících tělesných obtíží.
- Depresivní nálada je nová a chorobná emoční kvalita, kterou jste dříve nepoznal (nepoznala), trvá po většinu dne. Neobávejte se mluvit o svých pocitech, potížích, starostech, nepovažujte své obavy za normální nebo neřešitelné.
- Deprese je nemoc, není to slabost nebo únava.
- Za depresi se nemusíte stydět. Návštěvou praktického lékaře či psychiatra se vyhnete zbytečnému a dlouhému utrpení, které provází vaše onemocnění.

Tomu by měla odpovídat i péče blízkých, popř. profesionálních pečujících:

- Neváhejte navštívit lékaře, podpořte nemocného v tomto rozhodnutí.
- Ubezpečujte nejen pacienta, ale i sebe, že deprese je nemoc, nikoliv lenost, selhání či dokonce trest.
- Nemocného nekritizujte, nenuťte ho do činnosti, ale tuto mu v přiměřené míře a opakovaně nabízejte.
- Depresi svému blízkému nerozmlouvejte ani nebagatelizujte.
- Nepodceňujte poruchy paměti u seniora. Zvláště rychle se vyvíjející narušení paměti (během dnů či několika málo týdnů) může být projevem deprese u seniora.
- Nepodceňujte jeho úvahy o nežítí, o vlastní zbytečnosti, o sebevraždě.
- Dohlížejte diskrétně na správné plnění doporučení lékaře, na správné užívání léků, a to i v období po odeznění nejhorsího období.
- Nikdy nesouhlaste s úpravou (či dokonce přerušením) léčby bez konzultace s lékařem (Pidrman, 2010, s. 23).

11.4.6 Úzkostné poruchy

Úzkost je často prožívaná emoce ve stáří. Staří lidé mnohdy úzkostně reagují i na signály, které by u mladšího člověka úzkost nevyvolaly. Navíc úzkostné rozpoložení může nasedat na signály blížící se smrti (Hrubeš, 2011; Jiráková a kol., 2013).

Prevencí vzniku úzkosti je trpělivý a laskavý přístup, odpovídající prostředí, přiměřeně stimulující program, eliminace stresorů a léčba somatických onemocnění s důrazem na tišení

bolesti. Při již vzniklých úzkostných poruchách se doporučuje psychoterapie, nácvik relaxačních technik, aromaterapie a edukace pečujících (Franková, 2011).

11.4.7 Závislosti

V průběhu stárnutí se vlivem fyzických změn stává mozek citlivější ke všem účinkům psychoaktivních látek. Je podstatně zvýšený výskyt somatických komplikací, stejně jako riziko interakcí-zejména alkoholu s dlouhodobě užívanou medikací. Často je možné najít moment počátku závislosti – nabízí se osamělost, ztráta partnera, špatná sociální situace, apod. (Jirák a kol., 2013; Krombholz a Drástová, 2010).

Zneužíván je především alkohol a léky-např. benzodiazepiny /léky proti úzkosti/, analgetika /léky proti bolesti/, hypnotika /léky na spaní/ (Jirák, 2004; Jirák a kol., 2013).

11.4.7.1 Alkohol

Riziko nadužívání alkoholu v seniorském věku spočívá v tendenci jedinců stahovat se s pitím do soukromí. Fyzickými změnami ve stáří dochází k poklesu tolerance /koncentrace látky v těle se rychleji zvyšuje/ i pomalejšímu odbourávání alkoholu z těla. To znamená, že dříve běžně užívané množství může vést nyní až k akutní intoxikaci (Jirák a kol., 2013).

Ti, kteří začali nadužívat alkohol ve středním věku, se častokrát kvůli somatickým komplikacím nedožijí stáří. Prvodiagnostika závislosti ve stáří s sebou nese množství potíží – dlouhou dobu se léčí výsledné somatické i psychické obtíže, aniž by se objevila skutečná podstata. Proč se pravá příčina nezjistí dostatečně brzy? Předpokládá se stud daného člověka, neochota vystavit rodinu ostudě /která častokrát míru pití bagatelizuje/ nebo absence sociálních dopadů /již nezískáváme nepříjemné informace ze zaměstnání, protože senior ve starobním důchodu, apod./ (Jirák a kol., 2013).

V léčbě závislosti se doporučuje detoxifikace na specializovaných odděleních, z nemedicínských možností je důraz kladen hlavně na sociální začlenění abstinujícího seniora, jeho aktivaci, popř. behaviorální terapii. Význam má i zjišťování depresivních symptomů a jejich léčba - a to bez ohledu na to, jestli jde o příčinu pití nebo o jeho následek (Jirák a kol., 2013; Krombholz a Drástová, 2010).

11.4.7.2 Benzodiazepiny

Dlouhodobé užívání benzodiazepinů je spojováno s intelektovými a kognitivními poruchami a poruchami psychomotoriky/snížení rychlosti a přesnosti pohybu-což přináší zvýšené riziko

pádů/. Tyto projevy se následně zmírňují po vysazení léčiv. Existuje také riziko vzniku farmakologicky navozené deprese (Jirák a kol., 2013; Krombholz a Drástová, 2010).

Při náhlém vysazení však může dojít k odvykacímu syndromu komplikovanému deliriem, proto je nutné snižovat dávky postupně. Terapie závislosti by měla zahrnovat edukaci, psychoterapii /identifikace faktorů, které by mohly vést k znovuobnovení potíží/, zapojení blízkých, hledání sociálních opatření (Jirák a kol., 2013).

11.4.8 Poruchy spánku

Starší věk automaticky neznamena poruchu spánku, pouze naznačuje změnu ve spánkové architektuře /snížení spánkové efektivity, prodloužení doby před usnutím, fragmentace spánku, snížený práh pro probuzení-tedy zjednodušeně: celková doba spánku se snižuje cca na 6-7 hodin, je patrná tendence k dřívějšímu ulehání a časnějšími vstávání/. Někteří senioři se na tuto změnu adaptují, a u jiných /často polymorbidních, s bohatou medikací, bez dostatečně strukturovaného dne a s malými sociálními kontakty/ se rozvine porucha spánku. Výsledkem těchto chronických obtíží bývají poruchy pozornosti, krátkodobé paměti a snížení rychlosti reakcí (Jirák a kol., 2013; Krombholz a Drástová, 2010; Červenka, 2009).

Obtíže spojené se spánkem jsou různorodé.

Pokud se zaměříme na nespavost, která v seniorské populaci výrazně převyšuje, v terapii začínáme mapováním spánkové hygieny a vyloučením vlivu vnějších faktorů. Edukaci o jednoduchých zásadách, které zlepšují spánek, nám nabízí Jirák (2013, s. 320):

- Uléhejte a vstávejte každý den přibližně ve stejnou dobu, uléhejte, až když jste opravdu ospalí.
- Před spaním omezte příjem tekutin.
- Před usnutím nepijte kávu, zelený nebo černý čaj, a jiné kofeinové nebo energetické nápoje.
- Několik hodin před usnutím se nevystavujte přímému slunci.
- 3–4 hodiny před usnutím se vyhýbejte intenzivnímu cvičení. Nevadí lehká fyzická aktivita, jako např. procházka. Pravidelná tělesná aktivita zlepšuje zdravotní stav a může zlepšit kvalitu spánku.
- Večer, několik hodin před usnutím, vynechte těžká jídla. Nevadí něco lehkého nebo např. sklenice mléka.
- Večer nepijte alkohol, který zlepšuje usnutí, ale zhoršuje kvalitu spánku.

- Nekuřte před usnutím, ani pokud se během noci probudíte.
- Po večeri již neřešte témata, která vás mohou rozrušit, též platí i pro sledování filmů nebo čtení.
- Postel i ložnici využívejte pouze ke spánku. Pobyt v posteli omezte na nezbytně nutnou dobu.
- V ložnici zajistěte vhodnou teplotu a minimalizujte světlo a hluk.
- Pokud neusnete po 20 minutách, jděte do jiné místnosti s tlumeným světlem a věnujte se nejlépe relaxační činnosti. Do postele se vraťte, až budete opět ospalí.
- Vyvarujte se spánku přes den, který narušuje kvalitu nočního spánku, i přes to, že jste se předchozí noc nevyspali.

V péči se osvědčuje nedirektivní přístup, opakování pravidel spánkové hygieny /i přes obtížnou adaptaci seniora na pravidla/, dodržování režimových opatření. Podstatné je hledání možností, jak zvýšit denní aktivity a zaplnit volný čas (Jiráček a kol., 2013; Krombholz a Drástová; Červenka, 2009).

Dalšími možnými psychoterapeutickými přístupy kromě výše zmíněné edukace jsou:

- nácvik relaxačních technik /autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, jóga/;
- kontrola stimulů. Pod tímto pojmem se skrývají techniky reagující na fakt, že je u seniora trpícího nespavostí poškozeno automatické pomaňování mezi postelí a relaxací. Prostředí ložnice u člověka namísto poklidu vzbuzuje neklid. Aktivity mimo spánek a pohlavní život jsou tak v posteli zakázány;
- spánková restrikce. Omezení spánku vedoucí až k lehké deprivaci a následnému spánku z únavy;
- paradoxní intence. Technika opaku, kdy je senior veden k tomu, aby ležel v relaxovaném stavu v lůžku a snažil se neusnout (Jiráček a kol., 2013).

Nelze opomenout farmakoterapii spánkových poruch /hypnotika, benzodiazepiny, atd./, která s sebou ale při neuváženém užívání nese riziko vzniku závislosti-viz. výše (Jiráček a kol., 2013).

11.5 Shrnutí

Většina duševních nemocí objevujících se ve stáří vzniká buď na podkladě organických změn mozkové tkáně, vlivem somatických onemocnění nebo nasedá na psychosociální rizika spojovaná se stářím. Nejčastějšími psychickými poruchami tohoto věku jsou: demence, deliria, deprese, závislosti na alkoholu a lécivech, poruchy spánku. Na obtíže je třeba nahlížet

komplexně, při vyšetření gerontopsychiatrického pacienta získat kvalitní anamnestické údaje, nejlépe včetně objektivizovaných informací od pečujících. Při každém zmiňovaném onemocnění jsou v kapitole doporučeny nefarmakologické postupy péče, aktivace, podpory a prevence.

11.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Vyberte si jedno z výše zmíněných psychických onemocnění a rozpracujte jeho diagnostická kritéria, celkový obraz i možnosti prevence a péče, samozřejmě specificky pro seniorskou populaci.

11.7 Literatura

BAREŠ, M. Léčba depresivní poruchy ve vyšším věku. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2004, roč. 18, s. 38-44 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 1803-5353. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2004/01/08.pdf>

ČEŠKOVÁ, E. Léčba deprese ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, roč. 8, č. 7-8, s. 330-332 [cit. 25.3.2019]. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/06.pdf>

FRANKOVÁ, V. Úzkost a poruchy chování ve stáří [online]. In: *Sborník přednášek z Jarního symposia*. Lundbeck, 2011 [cit. 26.3.2019]. Dostupné z: http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/sympo_seniori_sbornik3.pdf

HRUBEŠ, P. Stres, úzkost a nespavost ve stáří [online]. In: *Sborník přednášek z Jarního symposia*. Lundbeck, 2011 [cit. 26.3.2019]. Dostupné z: http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/sympo_seniori_sbornik3.pdf

JIRÁK, R. Duševní poruchy ve stáří. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 6, s. 336-338 [cit. 22.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>

JIRÁK, R. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN: 978-80-7262-873-5.

KROMBHOLZ, R., DRÁSTOVÁ, H. a ČERVENKA, V. Poruchy spánku v gerontopsychiatrii a možnosti léčby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, roč. 10, č. 1, s. 26-30 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/01/06.pdf>

KROMBHOLZ, R. a DRÁSTOVÁ, H. Závislosti a stáří. Psychiatrie pro praxi [online]. 2010, roč. 11, č. 3, s. 95-98 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>

PIDRMAN, V. Poruchy nálady u seniorů [online]. Pfizer, 2010 [cit. 26.3.2019]. ISBN:978-80-7345-209-4. Dostupné z: https://www.pfizerpro.cz/sites/default/files/poruchy_nalady_u_senioru.pdf

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace se seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170.

WHO/ÚZIS ČR [online]. Praha, 2018 [cit. 8.3.2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

ZVĚŘOVÁ, M. Deprese u starších osob. Angis revue [online]. 2017, roč.5 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 2464-5435. Dostupné z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/215-deprese-u-starsich-osob/>

12. SPECIFIKA TERAPEUTICKÉ PÉČE SE SENIORY S DEMENCÍ

12.1 Cíl

Demence je nejpočetnější psychiatrickou diagnózou seniorského věku. Kapitola cílí na její diagnostické vymezení, projevy, potřeby i doporučení k fungující péči.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- Popsat obraz člověka s demencí /v různých fázích onemocnění/;
- Vyjmenovat potřeby seniora dle aktuální hloubky demence;
- Doporučit obecné zásady péče;
- Navrhnout možnosti, kterými lze zvládnout rizikové situace v péči.

12.2 Obsah

Kapitola diagnosticky vymezuje nejčastější psychiatrické onemocnění stáří – demenci; a předkládá možnosti péče.

12.3 Klíčová slova

Demence, ADL, ABC demencí, Demence Alzheimerova typu, vaskulární demence, stupně onemocnění

12.4 Studijní text

12.4.1 Vymezení diagnózy demence

Demencí rozumíme takové psychické onemocnění, které vede k poruše:

- Kognitivních /poznávacích/ funkcí – paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk, úsudek;
- Nekognitivních funkcí /aktivit denního života/;
- A dále k behaviorálním a psychologickým příznakům – poruchám emotivity, chování, vnímání, motivace, spánku (Jiráková a kol., 2013).

Postižení funkcí je komplexní, můžeme se setkat s pojmem tzv. ABC demencí: A=activities of daily living /narušení aktivit denního života/, B=behaviour/poruchy chování/ a C=cognition/narušení kognitivních funkcí/. Narušení výše zmíněných funkcí se zpravidla postupně zhoršuje a dále rozšiřuje, což negativně ovlivňuje také soběstačnost jedince a

v pokročilém stádiu vede k úplné degradaci a úpadku osobnosti (Orel a kol., 2012; Jiráček a kol., 2013).

Jistou představu o demenci nám trochu poeticky nabízí i překlad slova z latiny: *bez myslí* (Hauke, 2014).

Demence se řadí mezi tzv. organické duševní poruchy, což znamená, že vzniká na základě postižení mozku (Jiráček a kol., 2013).

Základními diagnostickými jednotkami v rámci demence je:

- Demence u Alzheimerovy choroby;
- Vaskulární demence;
- Demence u jiných nemocí /např. u Pickovy choroby, u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci, u Huntingtonovy nemoci, u Parkinsonovy nemoci, u onemocnění virem HIV, apod./ (WHO/ÚZIS ČR, 2018).

Můžeme se setkat s dělením demencí na: atroficko-degenerativní (kam zařazujeme hlavně demenci Alzheimerova typu) a symptomatické /sekundární/ (ke kterým patří demence podmíněné ischemicko-vaskulárně, infekčně, toxicky, poúrazově, nádorově apod.) (Orel a kol., 2012).

Intenzitu obtíží vymezujeme podle fází nemoci. Rozlišujeme tato stádia demence:

- Počínající, lehké, mírné;
- Středně těžké;
- Těžké;
- Terminální=konečně, končící smrtí (Hauke a kol., 2017; Jiráček a kol., 2013)

12.4.1.1 Demence Alzheimerova typu

Jedná se o nejčastější typ demence. Rozvíjí se nenápadně, plíživě, zpravidla několik let, kdy v mozku dochází k úbytku mozkové tkáně. Typicky se poté začne projevovat poruchami paměti (hlavně ve fázi vštípení) a exekutivních funkcí. Podstatným znakem je rychlá ztráta náhledu. Postižení poznávacích funkcí se postupně zhoršuje, až dochází ke kompletní dezorientaci, těžké poruše paměti s neschopností poznat i nejbližší rodinu, ztrátě řeči, neschopnosti sebepečce (Hauke a kol., 2017; Orel a kol., 2012).

Jedná se o diagnózu nevléčitelnou, v léčbě lze použít symptomatické medikace, která působí na některé dílčí příznaky – např. tzv. kognitiva cílicí na zpomalení poklesu poznávacích funkcí (Hauke a kol., 2017).

Tomuto obrazu je podobná i **alkoholová demence** /spadající pod kategorii toxických demencí/, která je však podmíněna dlouhodobým působením alkoholu na mozek. Přítomny jsou známky povšechné degradace osobnosti. Při abstinenci je však částečně vratná (Orel a kol., 2012).

12.4.1.2 Vaskulární demence

Jedná se o pestrou skupinu syndromů demence, které se rozvíjí na podkladě cévního postižení. V důsledku ucpání cévy či krvácení z poškozené cévy, dochází k narušení cévního zásobení mozku. Neuronům se nedostává kyslíku a živin a tak dochází k jejich hynutí. Ložisek odumřelé tkáně (tzv. mozkových infarktů) je většinou více a jsou rozptýlené v hmotě mozku. Klinický obraz a průběh demence variuje podle lokalizace postižené tkáně a způsobu postižení (Hauke a kol., 2017; Orel a kol., 2012).

Vznik demence je náhlý a její průběh schodovitý – což odpovídá nově objeveným infarktům mozkové tkáně. Náhled na nemoc a osobnost bývá dlouho zachována, člověk si tedy uvědomuje pokles vlastní výkonnosti, což zvyšuje potenciál pro výskyt emoční lability, deprese, zhoršené motivace (Hauke a kol., 2017; Orel a kol., 2012).

Rizikovými faktory je vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu a triacylglycerolu v krvi, ateroskleróza, genetické faktory, cukrovka, chronický stres apod. Jedná se tedy hlavně o rizika nevhodného životního stylu (Orel a kol., 2012).

12.4.2 Obecné zásady práce s cílovou skupinou

Diagnostická kritéria s sebou přímo nesou následující omezení ve spolupráci se seniorem s demencí:

- Při zaznamenané poruše krátkodobé paměti je vhodné instrukci úkolu často opakovat, nepoužívat vícestupňové pokyny;
- Psychomotorické tempo je zpomalené, tomu by se měla přizpůsobit i rychlost práce, spěch vede k neklidu na straně seniora;
- Pozornost je rovněž narušena, aktivity by tak měly být dynamické, střídat se, aby se senior nedostal do útlumu. Nutno také zamezit rušení jinými podněty. S člověkem s pokročilejší demencí je možno pracovat kratší dobu;

- Je nutno brát ohled také na omezenou slovní zásobu a schopnost řeči, která postupuje od neschopnosti vzpomenout si na správné slovo, přes opisování významu, zaměňování slov, vymyšlení novotvarů až k opakování slyšeného, popř. k úplné neschopnosti verbální komunikace. Při narušení verbálního projevu je na místě improvizovaná podpora komunikace prostřednictvím minimálních tělesných pohybů, kreativního pohybu, tance, zpěvu, práce s rekvizitami. Komunikace více kanály je vítaná;
- Spolupráci komplikují také poruchy orientace /časem, místem, situací a osobou/, možnosti reakcí při zmatenosti seniora nabízí např. koncepty validační terapie, rezoluční terapie, preterapie;
- Při narušení exekutivních funkcí je pro seniora rozhodování mezi činnostmi velmi náročné a může způsobovat stres;
- Nutno ověřovat porozumění sdělenému, nebrat jako automatické;
- V navazování kontaktu hlavní roli hrají emoce, už jen samotné vytvoření příjemné atmosféry vede ke zlepšení psychického stavu;
- V těžších stádiích demence dochází k tzv. apraxii, tedy k jisté motorické nešikovnosti, ztrátě schopnosti provést úkony dříve naučené. Doporučuje se nevyžadovat aktivity náročné na koordinaci pohybu, ani užívat složitější pomůcky (Müller, 2014; Suchá a kol., 2013; Venglářová, 2007).

Pozitivní vliv mají rituály, které přináší předvídatelnost, stabilitu a podporují orientovanost /např. stejná židle, stejný začátek a konec společného kontaktu/. Dále je třeba dbát na bezpečnost aktivit – tedy nepoužívat ostré předměty, jedovaté barvy, naopak mít připravené pomůcky, které působí na více smyslů a jsou dostatečně velké, čitelné, rozpoznatelné. Při rozvinutější poruše je výhodné koncipovat úkoly tak, aby nebylo nutné nic psát a zaměřit se spíše na zachované funkce. Nelze opomenout fakt, že příprava aktivit pro seniory s demencí klade na pečovatele větší nárok (Suchá a kol., 2013; Špaténková a Bolomská, 2011).

Je důležité vnímat seniora s demencí jako člověka, který může být stále schopen:

- pamatovat si věci ze vzdálené minulosti;
- vyjádřit svůj názor;
- provádět naučené a zafixované či stereotypní vzorce chování – např. domácí práce, hru na hudební nástroj;
- mít požitky ze smyslových vjemů;

- pociťovat a vyjadřovat emoce;
- projevit zájem o ostatní a navazovat nové sociální vztahy;
- mít smysl o humor (Zgola, 2003).

12.4.3 Potřeby člověka a možnosti péče podle hloubky demence

Možnosti farmakologického ovlivňování demence jsou nad rámec tohoto textu. Hlavním těžištěm péče o seniora s demencí jsou nefarmakologické postupy, kdy je cílem dosáhnout přiměřených funkčních schopností a dbát na prevenci behaviorálních a psychologických symptomů /popř. při jejich výskytu podpořit jejich úspěšné zvládnutí/. Obecně jde o zachování nebo zlepšení soběstačnosti a kvality života nemocného (Jirák a kol., 2013).

Zajímavý podnět k zamyšlení /a jistý kontakt s praxí/ přináší Cooková (in Špaténková a Bolomská, 2011, str. 66), která o klientech s demencí hovoří jako o nejvíce osamělých a přehlížených individuích v ústavní péči. *„Jejich zmatené povídání, při kterém neustále přeskakují od jednoho tématu k druhému, vede jak jejich pečující, tak i bystřejší spolubydlící, k tomu, že je naprosto přehlížejí. Fyzické potřeby klientů jsou sice uspokojeny, ale žrídka kdy se jim dostává něčeho jiného. Nikdo se ani nesnaží s nimi prohodit alespoň pár slov a následná absence jakékoliv stimulace s sebou přináší zrychlení jejich sociálního a mentálního úpadku.“* O to více záslužnou práci může vykonat každý, kdo je kontaktu se seniorem s demencí otevřen.

12.4.3.1. Mírný stupeň demence

V této fázi dochází většinou ke stanovení diagnózy. Na místě jsou různé způsoby podpory, které začínají u citlivého sdělení informací nemocnému i rodinným příslušníkům, a pokračují zajištěním dostatečné informovanosti o prognóze a možnostech léčby. V rámci podpůrné terapie bývá zakázka přijetí diagnózy a jejích důsledků (Hauke a kol., 2017; Jirák a kol., 2013; Suchá a kol., 2013).

Již je započato postupné ubývání kognitivních funkcí. Je důležité zpomalovat úbytek paměti tréninkem, podporovat koncentraci pozornosti, motivovat k procvičování a současně hledat kompenzační strategie pro kvalitní organizaci života. Důraz se klade také na pomoc při řešení sociálních, právních a rodinných záležitostí, jako např. zajištění platby pravidelných výdajů, sepsání závěti, vyřízení příspěvku na péči, zmapování dostupných sociálních služeb apod. Senior již má obtíže s pamětí a některými dalšími kognitivními funkcemi, ale často nebývá změněna jeho osobnost nebo úsudek. Je proto důležité, aby se nemocný mohl spolupodílet na rozhodování o své budoucnosti – k tomu potřebuje podporu okolí a dostatek informací. Je

vhodné již předběžně naplánovat úpravu prostředí s ohledem na další průběh nemoci a zajistit kompenzační pomůcky. Na místě je také zhodnotit možnosti domácí péče s výpomocí širší rodiny a naplánovat spolupráci s odborníky – praktický lékař, neurolog, geriatr, psychiatr (Hauke a kol., 2017; Jiráček a kol., 2013).

12.4.3.2 Středně těžký stupeň demence

Soběstačnost je již omezena, senior ztrácí schopnost žít samostatně. Nemocní přestávají umět využívat dříve známé pomůcky, hůře se orientují ve svém okolí – čímž se zvyšuje pravděpodobnost bloudění. V domácnosti může docházet k rizikovým situacím jako např. nevypnutí přívodu vody nebo plynu. Progrese demence tak vyžaduje prakticky nepřetržitý dohled a pomoc (Hauke a kol., 2017; Jiráček a kol., 2013).

Osoba seniora potřebuje náplň času formou dobře strukturovaných, mnohostranných aktivit – může jít o práci s pamětí /kognitivní trénink/, reminiscenci, vyprávění životních vzpomínek, práci s životním příběhem, pohyb, zpěv /ve spojení s melodií jsou slova lépe vybavitelná z dlouhodobé paměti/, tanec, rukodělné činnosti, domácí práce, zooterapii apod. Začlenění seniora do aktivního režimu dne má pozitivní vliv na kvalitu života. Na dobrém výsledku se podílí také přiměřená úprava prostředí. Okolí seniora musí být přehledné, srozumitelné, dobře označené a tedy: bezpečné (Hauke a kol., 2017).

Častý je v této fázi také výskyt doprovodných poruch chování, k jejichž zvládnutí je místy nutná i psychiatrická ambulantní intervence, popř. krátkodobá hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení (Jiráček a kol., 2013).

12.4.3.3 Těžký stupeň demence

Senioři s demencí zde již tolik neprofitují z denních aktivit – přestávají jim rozumět a nemají tak motivaci se jich účastnit. Stále je však důležitý interpersonální kontakt, zajištění dostatku vnějších podnětů, stejně jako možnosti pobytu ve venkovních prostorech (Hauke a kol., 2017; Jiráček a kol., 2013; Suchá a kol., 2013).

V této fázi potřebují hlavně péči a ošetřování. Doporučuje se užívání vhodných pomůcek /plenkové kalhotky, přenosné WC, chodítka/. Rizikem je neschopnost nemocného vyjádřit své potřeby. Po zdrojích diskomfortu tedy musí pečující aktivně pátrat a orientovat se pomocí výrazů tváře, bolestivých reakcí. Často se objevují komplikace zdravotního stavu jako: bolesti, zácpa, retence moči, inkontinence, proleženiny, pády a zlomeniny, obtíže s polykáním (Hauke a kol., 2017; Jiráček a kol., 2013).

Mnohdy v této fázi již rodina potřebuje v péči dopomoc /pečovatelská agentura, ústavní péče, gerontopsychiatrická hospitalizace/. Mezi formy péče zde je doporučován např. koncept bazální stimulace, strategie péče Namaste (Hauke a kol., 2017; Jiráček a kol., 2013).

12.4.3.4 Terminální stádium demence

Demence svým trvale progredujícím průběhem je onemocněním terminálním, tedy takovým, které předčasně zkracuje život. V poslední fázi dochází k postupné ztrátě schopnosti dorozumívat se řečí /zůstává minimální neverbální komunikace, která bývá srozumitelná pouze pro nejbližší pečovatele/, schopnosti přijímat jídlo a tekutiny a k poruchám volní hybnosti. Nutná je kvalitní paliativní péče (Bužgová, 2015; Hauke a kol., 2017; Kupka, 2014).

12.4.4 Obtíže v péči o seniory s demencí

Pro pečující osoby mohou být velmi náročné např. tyto projevy nemocného:

- obecně zhoršená možnost domluvy: stálé opakování dotazů, zdlouhavé opisování slov, na které si nemohou vzpomenout, neudržení informace a opakované doptávání a ujišťování pro zmírnění úzkosti;
- dezorientace, bloudění;
- noční neklid spojený s převrácením cyklu spánku a bdění;
- nesmyslná manipulace s věcmi;
- agresivita seniora (Venglářová, 2007).

Jak si s tím poradit?

Na kvalitu poskytované péče má výrazný vliv informovanost o projevech demence. Pokud pečující rozumí podstatě chování seniora, snaží se hledat možnosti prevence a účinné intervence a k chování má větší pochopení. Pokud však vnímá projevy nemoci jako naschvály, jeho přirozenou emoční reakcí je vztek, vyčerpání, ztráta sil a chuti něco změnit (Hauke a kol., 2017; Venglářová, 2007).

Praktickými kroky, které pomáhají snižovat výskyt těchto projevů, je zajištění bezpečného prostředí a pochopitelného prostorové uspořádání /označení základních prostor – WC, koupelna; zabezpečení východů, dohledu při bloudění/. Podle některých teorií jsou tyto symptomy následkem nedostatečné pozornosti věnované seniorovi – problematické chování však pozornost zákonitě přitáhne. Je proto doporučováno podporovat vztahy, kvalitní trávení volného času a zajistit vhodnou ošetrovatelskou a lékařskou péči. Přesto, že se je výše zmíněna dominantní role nefarmakologických postupů v péči o seniory s demencí, lékařská

péče hraje prim v ošetřování behaviorálních a psychologických symptomů (Venglářová, 2007).

Dalším podpůrným faktorem při ústavní péči je znalost životního příběhu seniora. Pečovatel tak získává sympatie ke klientovi a vidí jej v širších souvislostech, čímž získává náhled na příčiny specifických projevů (Špaténková a Bolomská, 2011).

Tento fakt nastiňuje i báseň neznámé seniorky, která koluje internetem (např. in Štolbová, 2016).

Poslyšte, sestro, když na mě hledíte,
řekněte, koho to před sebou vidíte.
Ach ano, je to jen ubohá stařena
s divnýma očima a napůl šílená.

Odpověď nedá vám, jídlo jí padá,
nevnímá, když po ní něco se žádá,
o světě neví, jen přidělavá práci,
boty a punčochy napořád ztrácí.

Někdy je svěhlavá, jindy se umí chovat,
už potřebuje však krmít a přebalovat.

Tohleto vidíte? Tohle si myslíte?
Sestřičko, vždyť o mně vůbec nic nevíte.

Budu vám vyprávět, kým vším jsem bývala,
než jsem se bezmocná až sem k vám dostala.

Miláčkem rodičů, děvčátkem, tak sotva deset let
s bratry a sestrami slád život jako med.

Šestnáctiletou kráskou, plující v oblacích,
dychtivou prvních lásek a pořád samý smích.

V dvaceti nevěstou se srdcem bušícím,
co skládala svůj slib za bílou kyticí.

A když mi bylo pár let po dvaceti,
já chtěla šťastný domov pro své děti.

Pak přešla třicítka a pouta lásky dětí,
jak rostly, už mohli jsme uzlovat popaměti.

A je mi čtyřicet, synové odchází,
jenom můj věrný muž pořád mě provází.

Padesátka přišla, ale s ní další malí,
co u mě na klíně si, jak ti první hráli.

Však začala doba zlá, můj manžel zesnul v Pánu,
mám z budoucnosti strach, někdo mi zavřel bránu.

Život jde dál, mé děti mají vrásky
a já jen vzpomínám na ně a na dny lásky.

Příroda krutá je, i když byl život krásný,
na stará kolena nadělá z nás všech blázný.

Tělo mi neslouží, s grácií už je ámen,
kde srdce tlouklo dřív, dnes cítím jenom kámen.

Však vprostřed zkázy té mladičká dívka žije
a srdce jí, byť hořce, tam uvnitř pořád bije.

Vzpomíná na radost, na žal, co rozechvívá,
vždyť pořád miluje a nepřestala být živá.

Málo bylo těch let a netáhla se líně,
já smířila se s tím, že všechno jednou mine.

Otevřete oči, sestřičko, teď, když to všechno víte,
neuvidíte seschlou stařenu...
Teď už - MĚ uvidíte!

Těm, kteří se se seniory s demencí setkávají v rámci své praxe, bych velmi doporučila kromě kvalitního pravidelného vzdělávání také supervizní setkávání. Ta pomáhají nejen kultivovat profesní přístup ke klientům, ale dodává podporu v těžkých situacích a přináší podněty k rozšíření obzorů. Otázce pečujících je věnována celá další kapitola.

12.5 Shrnutí

Diagnóza demence s sebou nese narušení kognitivních funkcí, aktivit denního života a přítomnost poruch chování – někdy mluvíme o tzv. ABC demencí. Dvěma nejpočetnějšími jednotkami je demence Alzheimerova typu a vaskulární demence. V kontaktu se seniorem s demencí se doporučuje řídit zásadami, které přímo vyvěrají z omezení diagnózy. Např. je vhodné instrukce opakovat, přizpůsobovat rychlost práce tempu seniora, orientovat jej v realitě, brát ohled na omezenou slovní zásobu a kontrolovat porozumění sdělenému. Hlavní roli v kontaktu hrají emoce, proto je podstatné se na seniora vyladit a vytvořit v kontaktu příjemnou atmosféru.

12.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Jaká vás napadají rizika v přístupu pečujících k seniorům s demencí?

KÚ2: Nastudujte si bližší informace k tématům validační terapie, rezoluční terapie či preterapie a zpracujte krátkou práci k jejich objasnění.

12.7 Literatura

BUŽGOVÁ, R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5402-4.

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7.

HAUKE, M. a kol. Když do života vstoupí demence, aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN: 978-80-906320-7-3.

JIRÁK, R. a kol. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013. ISBN: 978-80-7262-873-5.

KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4650-0.

MÜLLER, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

OREL, M. a kol. Psychopatologie. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3737-9.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-711-0.

ŠTOLBOVÁ, O. Báseň stařenky [online]. 2016 [cit. 12.2.2019]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/15440/basen-starenky>

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace se seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170-5.

WHO/ÚZIS ČR [online]. Praha, 2018 [cit. 8.3.2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0183-9.

13. MOŽNOSTI TERAPEUTICKÉ PRÁCE S LIDMI PEČUJÍCÍMI O SENIORY

13.1 Cíl

Cílem kapitoly je představit pohled pečujících na každodenní fungování se seniorem. Nevyhýbáme se popisu rizikových faktorů, obtíží, které s sebou péče nese, současně ale nelze popřít také pozitivní dopady takového spojení. S cílem oslovit právě tato pozitiva se kapitola zabývá možnostmi podpory formálně i neformálně pečujících.

Po jejím úspěšném zvládnutí bude student schopen:

- nahlédnout na oblast pečování komplexně s vědomím rizik a pozitiv z péče vyplývajících;
- objasnit rozdíl mezi formální a neformální péčí a jejich specifika;
- vyjmenovat možnosti formální péče;
- navrhnout praktická doporučení pro obě skupiny;
- prohlubovat citlivost k markerům syndromu vyhoření.

13.2 Obsah

Kapitola se zaměřuje na osoby formálně i neformálně pečující o seniora, jmenuje rizika spojená s péčí a nabízí možnosti podpory pečujících.

13.3 Klíčová slova

péče o seniora, neformální pečující, pobytové služby, ambulantní služby, terénní služby, SIPS, syndrom vyhoření, podpůrné skupiny

13.4 Studijní text

Dostupné prameny se primárně zaměřují na rodinné příslušníky nebo jiné blízké osoby v roli pečovatelů a na zaměstnance, kteří o seniory pečují profesionálně. Těm bude také věnována tato kapitola.

13.4.1 Neformální pečující

Pečující osoba nevyžaduje žádnou odměnu za péči, většinou ji poskytuje na základě rodinných vazeb. V ČR je nejčastější poskytování péče ze strany druhého partnera /spíše pečující manželky/, druhou nejčastější možností je péče o rodiče ze strany jejich dospělých dětí /spíše pečující dcery/ (Koldinská, cit.16.3.2019; Kubalčíková, 2016).

Péče o druhého může být zátěžovým faktorem: má negativní následky pro postavení na trhu práce, pečující častokrát musí opustit svoje zaměstnání a za pochodu získávat nové kompetence. Při ukončení výdělečné činnosti hrozí až propad domácnosti do chudoby. Mění se životní hodnoty a preference, stejně jako postavení členů v rodině. Domácí pečovatelé často poskytují péči bez pravidelného odpočinku, nevěnují dostatečnou pozornost vlastnímu zdraví, trpí smutkem a depresemi, v roli pečovatele se cítí osamoceni. Domácnosti často nejsou přiměřeně vybaveny a pečující nemají přehled o dostupných benefitech a kompenzačních pomůckách (Koldinská, cit.16.3.2019; Kubalčíková, 2016; Průša, 2016).

Na druhou stranu ale také může přinášet pocit naplnění z dobře vykonané práce, rodinnou sounáležitost a vědomí, že poskytnutím péče vrací dítě rodiči něco, co do něj investoval v dětství (Koldinská, cit. 16.3.2019; Průša, 2016). Domácí pečování o seniora ovlivňuje všechny členy rodiny, včetně dětí. Inspiraci k uchopení péče o seniora s demencí nám nabízí kniha Kouzelný magnetofon (Simard, 2008).

13.4.1.1 Praktická opatření pro pečující v domácím prostředí

V momentě, kdy se rodina rozhodne zapojit do péče o seniora, se doporučuje:

- zajistit příspěvek na péči. Ten je určen takovým osobám, které potřebují dopomoc při zvládnání základních životních potřeb. Existují čtyři typy příspěvku odstupňované podle stupně závislosti na péči /od lehké závislosti až po úplnou závislost/. Dalšími možnostmi dle míry postižení jsou: průkaz zdravotně postižené osoby, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na kompenzační pomůcky;
- vybavit byt na pečování s cílem zajistit hlavní životní potřeby seniorovi - nejčastěji se jedná např. o: nástavec na WC, sedátka do vany, madla, toaletní křeslo, chodítka, apod. Cílem je splnit požadavek bezpečnosti, bezbariérovosti a komfortu - senior totiž ve svém příbytku tráví mnohem více času než ostatní;
- pořídit mobilní telefon /speciálně pro seniory s velkými písmeny a snazším ovládáním např. značka Aligator/, kterým je možno v případě potřeby přivolat pomoc;
- doplnit lékárničku /např. ochrannými krémy na pokožku, elastickými obinadly, tlakoměrem, glukometrem, základními polohovacími pomůckami/;
- zmapovat možnosti sociálních služeb v okolí včetně možnosti využít odlehčovacích služeb (Danielová a kol., cit.16.3.2019; Diakonie ČCE, 2013).

13.4.2 Formální péče a její možnosti

Formální péče je poskytována v různých formách a zpravidla na základě smlouvy a za úhradu (Koldinská, cit.16.3.2019).

Rozlišujeme služby:

1. Sociální

- pobytové /typ: domov pro seniory/. Jsou využívány klienty, jejichž soběstačnost je snížena a pobyt v domácím prostředí je nebezpečný i přes pravidelnou pomoc jiného člověka. Senior je zde dlouhodobě ubytovaný a péče je poskytována 24hodin denně. Přesto, že si více než 80% seniorů přeje zůstat doma a neodcházet do pobytových služeb, existují situace, ve kterých je jejich využití nejschůdnějším řešením;
- terénní /typ: pečovatelská služba/. Péče je nabízena v domácím prostředí, jedná se např. o pomoc s přípravou jídla, nákupem, úklidem, hygienou, apod.;
- ambulantní /typ: stacionář/. V tomto případě naopak senior dochází do zařízení, ve kterém je zajištěna pomoc po určenou dobu a následně odchází opět do domácího prostředí;
- odlehčovací neboli tzv. respitní péče, kterou je možno poskytovat všemi výše popsanými formami s cílem poskytnout pečující osobě nezbytný odpočinek k nabrání sil na další pečování;
- sociální poradenství - poskytuje odborné rady z různých oblastí.

2. Zdravotní

- domácí zdravotní péče /např. nezbytná péče po operaci nebo vážnějším onemocnění/;
- domácí paliativní péče /mobilní hospic/ poskytována umírajícím lidem, kteří chtějí poslední dny strávit doma.

3. Komunitní domy pro seniory - komplexy bezbariérových bytů s dostupnou sociální i zdravotní péčí v blízkosti;

4. Domy a byty zvláštního určení – cílovou skupinou jsou senioři se zdravotním postižením (Danielová a kol., cit.16.3.2019; Průša, 2016).

13.4.3 Možnosti propojení formální a neformální péče

Spojení těchto obou pečovatelských rovin nám nabízí koncept SIPS - Systém Integrovaných podpůrných služeb, který v sobě zahrnuje spolupráci: klienta, pečující rodiny, sousedů,

zdravotně sociálního koordinátora SIPS, sociálního pracovníka, praktického lékaře, domácí péče, pečovatelské služby, tísňové péče, ergoterapie, půjčovny kompenzačních pomůcek, poradenství, fyzioterapie, psychiatrie, dalších ambulantních specializovaných lékařů, mobilního hospice, obce a dobrovolníků (Kalvach, 2016). Ukazuje se, že je to právě koordinace péče, která podporuje kapacitu rodinných pečovatelů jak pro zvládání každodenních povinností, tak pro případné sladění rodinné a pracovní aktivity. Naopak absence koordinační podpory může být činitelem ovlivňujícím rozhodnutí o umístění seniora do zařízení pobytové sociální péče (Kubalčíková, 2016).

13.4.4 Rizika spojená s péčí o seniora

Již výše byly zmíněny některé obtíže pečovatelů. V neformální sféře se dle zahraničních výzkumů nejčastěji jedná o:

- nedostatek ocenění;
- špatnou finanční situaci;
- pocit sociální izolace;
- únavu a vyčerpání z práce, která vyžaduje neustálou pohotovost;
- pocit, že práce nikdy nekončí - tedy až smrtí osoby, o kterou je pečováno - tato myšlenka může pečovatelům sekundárně způsobovat pocity viny (Novák, 2013).

Hauke (2014) zaznamenala u pečujících o člověka s demencí 2 hlavní složky zátěže: je to náročnost péče jako taková /např. nutnost neustálé kontroly, pocity marnosti z trvale progredujícího stavu/ a také proměna osobnosti seniora. Pokud se rodina s touto změnou nevyrovná, reaguje často obrannými tendencemi: únikem ze situace, umístěním jedince do ústavní péče, omezením návštěv.

I při formálním pečování o seniora kopírují zdroje vyčerpání výčet popsany výše. Obtížný bývá blízký kontakt s chronicky nemocným, nedostatečná příprava ke zvládnutí emocí, nedocenění náročnosti profese, nízké platové ohodnocení, nadměra přesčasových hodin, opakované ukončování navázaných vztahů smrtí seniora - obranou pak může být snaha se citově neangažovat (Novák, 2014; Venglářová, 2007).

U mnohých pečovatelů se postupně začíná projevovat únava, nedostatek energie, podrážděnost, negativní přístup k sobě i druhým. Tento stav se může prohlubovat a pečovatel je ohrožen syndromem vyhoření (Rheinwaldová, 1999).

13.4.4.1 Syndrom vyhoření

Jedná se o psychické, fyzické a emocionální vyčerpání, které je zapříčiněno dlouhodobým setrváváním v emocionálně náročných situacích (Venglářová, 2007).

Distresu bývají vystaveni pečovatelé, kteří:

- mají k seniorovi nadměrná očekávání /např. očekávají, že bude vždy myslet jasně a logicky, bude si pamatovat všechny události, kontrolovat své pocity, dělat denně viditelné pokroky, apod./;
- neustále fungují v obavách /o osud seniora, jeho bezpečí, dokonalé zvládnutí péče, obavy z konfliktů, z kritiky,.../;
- pociťují frustraci, nemají pocit smysluplné práce. V péči o seniora jde často o zkvalitnění života ve kterém nelze očekávat velké změny-přichází mírná nebo přechodná zlepšení, proces úplného uzdravení častokrát chybí;
- mají nekvalitní vztahy na pracovišti /pokud se jedná o formální pečovatele/, nevýhodné pracovní podmínky (Rheinwaldová, 1999; Venglářová, 2007).

Konkrétní příznaky, které poukazují na symptomy syndromu vyhoření a při kterých je doporučováno zvážit ukončení péče o starého člověka, jsou např. tyto:

- trvalé utrhování se na seniora pro maličkosti;
- neustálé podráždění;
- absence smíchu;
- silná únava;
- nespavost;
- nenadálé záchvaty pláče;
- pomalu se ztrácí vztah, cit nebo dobrá vůle k seniorovi, může docházet až k odpírání jídla, koupele, senior je opakovaně obviňován z toho, že se pečovatel v takové situaci ocitnul;
- naopak může docházet k trvalému omezení vlastních zájmů, nechut' chodit ven, protože "mne potřebuje" (Malíková, 2011).

V té chvíli si senior může brát chování svého pečovatele osobně, obviňovat se, že to zavinil sám, mít strach, že jej okolí nemá rádo a proto jej trestá.

13.4.5 Možnosti podpory pečujících

Tedy, co pro sebe mohou pečující udělat?

- udržovat zdravý životní styl, věnovat se pohybu;
- mít sociální oporu;
- zajistit si dostatek informací /viz. 13.4.1.1, množství internetových portálů, např. www.pečujdoma.cz/
- využít množství nabízených odborných kurzů, zvážit možnost intervizí a supervizí;
- zvážit možnost individuální psychoterapie;
- zvažovat setrvávání v pečující roli i za cenu ztrát (Venglářová, 2007).

Existují také tzv. *podpůrné skupiny*. Jejich cílem je poskytovat psychosociální, emocionální a informační podporu těm, kteří se starají doma o seniora, např. zaměřené na seniory s demencí. Fungují na principu, kdy každý člen skupiny může něčím přispět a zároveň něco získat /dělí se o své zkušenosti s péčí, sdílí pocity a zážitky, redukuje vlastní obavy, dozvídá se nové myšlenky/. Učí se starat také sám o sebe, a to už jen tím, že na skupině tráví čas mimo domácí prostředí. Skupina také pomáhá si uvědomit, že v dané situaci není člověk sám, jediný na světě a že perfektní pečovatel neexistuje (ČALS, 2017).

Rozlišujeme tyto typy podpůrných skupin:

1. přednáška a rozhovor u kávy - přináší spoustu informací od kvalifikovaných řečníků, osobní sdílení upozaděno;
2. malá podpůrná skupina - tradiční uspořádání, důvěra a zodpovědnost mezi členy;
3. větší skupina=drop-in - skupina vždy v pevně stanovenou dobu s možností neustálého zapojení nových členů;
4. uzavřená skupina - bezpečné a podporující prostředí, hloubkové sdílení, stále stejné složení skupiny;
5. informativní a terapeutická podpůrná skupina - časově omezený plán s připravenými tématy, vysoce strukturovaná s tréninkovými nácviky. Cílem je poskytnout členům nástroje k péči, porozumění nemoci a jejím dopadům, stejně jako vlastním emocím (ČALS, 2017).

13.5 Shrnutí

Skupina pečujících je různorodá a odlišuje se způsoby provádění /formální vs. neformální pečující/. Přesto, že se nelze vyhnout jistému zjednodušení, můžeme konstatovat, že s sebou péče o druhého člověka nese velkou zátěž – vlastní potřeby pečujících bývají podhodnocovány, mohou se objevit úzkostné stavy, deprese, často se pečovatelé setkávají s nedocenením, izolací, únavou, vyčerpáním – fyzickým i psychickým. Do péče a vztahu se

seniorem investuje pečující mnoho energie a obtížně se vyhýbá očekáváním o zlepšení stavu, které je buď přechodné, nebo častokrát ani nepřijde. Stav absolutního vyčerpání můžeme označit jako syndrom vyhoření, při kterém je na místě přerušování péče o seniora, popř. vyhledání profesionální pomoci. Podporou ve výše zmíněných obtížích mohou být i podpůrné skupiny, jejichž charakteristiky kapitola výše jmenuje.

13.6 Korespondenční úkoly

KÚ1: Zjistěte konkrétní dostupné sociální služby pro seniory ve vašem regionu.

KÚ2: Zamyslete se blíže nad motivací rodinných pečujících: jaké pozitivní zisky přináší péče o blízkého? Zajímavé myšlenky týkající se péče o umírajícího seniora ve své knize Čeho před smrtí nejvíce litujeme zaznamenala Bronnie Ware (2012) - nechte se inspirovat.

13.7 Literatura

ČALS. Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele. Jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost? [online]. 2., upravené vydání. Praha: Mare CZ s.r.o., 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-86541-46-4. Dostupné z:

<http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000439.pdf?seek=1475760425>

DANIELOVÁ, B. a kol. Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů [online]. Diakonie ČCE, Institut důstojného stárnutí. Praha [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000152.pdf?seek=1489066962>

DIAKONIE ČCE [online]. Pokyny pro začínající pečovatele. Institut důstojného stárnutí. Praha, 2013 [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000155.pdf?seek=1489066967>

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7.

KALVACH, Z. SIPS v kontextu terénních/ambulantních služeb-terénní/ambulantní služby v kontextu SIPS. In: DIAKONIE ČCE [online]. Stárnout doma, v místě, v obci-sborník. Institut důstojného stárnutí. Praha: Perfect Print Services, 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-87953-34-1. Dostupné z:

<https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/003/000560.pdf?seek=1543303680>

KOLDINSKÁ, K. Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek pro pečující-příklady dobré praxe ze zahraničí [online]. Diakonie ČCE, Institut důstojného

stárnutí. Praha [cit. 16.3.2019]. Dostupné z:
<https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000148.pdf?seek=1489066959>

KUBALČÍKOVÁ, K. Koordinace pomoci jako významný faktor podpory domácí péče. In: DIAKONIE ČCE [online]. Stárnout doma, v místě, v obci-sborník. Institut důstojného stárnutí. Praha: Perfect Print Services, 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-87953-34-1. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/003/000560.pdf?seek=1543303680>

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3.

NOVÁK, T. a The Beastess. Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4623-4.

NOVÁK, T. Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5152-8.

PRŮŠA, L. Respitní péče-analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb [online]. Diakonie ČCE, Institut důstojného stárnutí. Ostrava: Printo spol., s.r.o., 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-87953-30-3. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000161.pdf?seek=1489066971>

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-282-8.

SIMARD, J. Kouzelný magnetofon-příběh o tom, jak rosteme. Praha: ČALS, 2008. ISBN: 80-86541-25-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace se seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170.

WARE, B. Čeho před smrtí nejvíce litujeme. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0168-7.

Literatura

BALTES, P. B. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In GRUSS, P. (Ed.) Perspektivy stárnutí. Praha: Portál, 2009, s. 11-26. ISBN: 978-80-7367-605-6.

BAREŠ, M. Léčba depresivní poruchy ve vyšším věku. Klinická farmakologie a farmacie [online]. 2004, roč. 18, s. 38-44 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 1803-5353. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2004/01/08.pdf>

BENDA, J. Psychologické aspekty v péči o seniory, zdravotně postižené a umírající [online]. Ústí nad Labem: OPORA o.s., 2011 [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/836803/Psychologick%C3%A9+aspekty+v+p%C3%A9%C4%8Di+%C3%AD/7076a670-f128-46e6-9f0d-2645fd16d5e2?version=1.0>

BERGIN, L. a WALSH, S. The role of hope in psychotherapy with older adults. Aging and Mental Health. 2005, roč.9, č.1, s.7–15 [cit. 1.4.2019]. ISSN 0883 1360-7863. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841827>

BURIÁNOVÁ, V. Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte [online]. Praha: STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, 2017 [cit. 13.4.2019]. Dostupné z: https://www.nahradnirodina.cz/sites/default/files/vybrane_vyzkumy_a_poznatky_o_vlivu_rane_institucionalni_vychovy_na_vyvoj_ditete_0.pdf

BUŽGOVÁ, R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5402-4.

CAMPBELL, J. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-428-1.

CARREIRA, K. a kol. A controlled evaluation of monthly maintenance Interpersonal Psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2008, roč.23, č.11, s.1110–1113 [cit. 1.4.2019]. ISSN 0885-6230. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872074/>

CINGROŠOVÁ, K. a DVOŘÁKOVÁ, K. Knižka pro vzpomínání a procvičování paměti. Praha: Portál, 2004. ISBN: 978-80-262-0703-0.

ČALS. Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele. Jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost? [online]. 2., upravené vydání. Praha: Mare CZ s.r.o., 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-86541-46-4. Dostupné z:

<http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000439.pdf?seek=1475760425>

ČEŠKOVÁ, E. Léčba deprese ve stáří. Medicína pro praxi [online]. 2011, roč. 8, č. 7-8, s. 330-332 [cit. 25.3.2019]. ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/06.pdf>

DANIELOVÁ, B. a kol. Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů [online]. Diakonie ČCE, Institut důstojného stárnutí. Praha [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000152.pdf?seek=1489066962>

DIAKONIE ČCE [online]. Pokyny pro začínající pečovatele. Institut důstojného stárnutí. Praha, 2013 [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000155.pdf?seek=1489066967>

ERIKSON, E. Životní cyklus rozšířený a dokončený – devět věků člověka. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0786-3.

FAIXOVÁ, K. Rogersovská psychoterapie a preterapie-možnosti využití v psychiatrii. Psychiatrie pro praxi [online]. 2014, roč. 15, č.1, s.35-38 [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>

FRANKOVÁ, V. Úzkost a poruchy chování ve stáří [online]. In: Sborník přednášek z Jarního symposia. Ludbeck, 2011 [cit. 26.3.2019]. Dostupné z: http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/sympo_seniori_sbornik3.pdf

FRIEDLOVÁ, K. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2003.

HÁJEK, K. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2006. ISBN: 978-80-7367-346-8.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN: 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. Brno: IPVZ, 2002. ISBN: 80-7013-363-5.

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5216-7.

HAUKE, M. a kol. Když do života vstoupí demence, aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN: 978-80-906320-7-3.

HOLCZEROVÁ, V. a DVOŘÁČKOVÁ, D. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.

HRUBEŠ, P. Stres, úzkost a nespavost ve stáří [online]. In: Sborník přednášek z Jarního symposia. Lundbeck, 2011 [cit. 26.3.2019]. Dostupné z: http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/sympo_seniori_sbornik3.pdf

INSTITUT SOCIÁLNÍHO ZDRAVÍ, 2017. Hovoryozdravi.cz. Univerzita Palackého v Olomouci. [online]. Dostupné na: <https://hovoryozdravi.cz/starnuti/uvod-do-tematu/>

JANEČKOVÁ, H a VACKOVÁ, M. Reminiscence – využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-581-3.

JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: OU, 2006. ISBN: 80-7368-110-2.

JELÍNKOVÁ, J. a KRIVOŠÍKOVÁ, M. Koncepce oboru ergoterapie [online]. Praha: ČAE, 2007 [cit. 30.3.2019]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

JIRÁK, R. Duševní poruchy ve stáří. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, roč. 6, s. 336-338 [cit. 22.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>

JIRÁK, R. a kol. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013. ISBN: 978-80-7262-873-5.

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

KALVACH, Z. SIPS v kontextu terénních/ambulantních služeb-terénní/ambulantní služby v kontextu SIPS. In: DIAKONIE ČCE [online]. Stárnout doma, v místě, v obci-sborník. Institut důstojného stárnutí. Praha: Perfect Print Services, 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-87953-34-1. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/003/000560.pdf?seek=1543303680>

KLEPLOVÁ, V. Cvičení (nejen) pro seniory. Olomouc: Poznání. 2004. ISBN: 80-86606-24-4.

KLEVETOVÁ, D. Motivační prvky při práci se seniory. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-271-0102-3.

KLUCKÁ, J. a VOLFOVÁ, P. Kognitivní trénink v praxi. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-5580-9.

KOLDINSKÁ, K. Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek pro pečující-příklady dobré praxe ze zahraničí [online]. Diakonie ČCE, Institut důstojného stárnutí. Praha [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000148.pdf?seek=1489066959>

KONRÁD, J. Kognitivní poruchy ve stáří. Psychiatrie pro praxi [online]. 2005, roč. 5, s. 229-232 [cit. 21.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/05/04.pdf>

KOVÁŘOVÁ, L. Multimediální učebnice autogenního tréninku pro sportovce [online]. [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/eknihy/attrenink/text.pdf>

KRAUS, B. a POLÁČKOVÁ, V. (Eds) Člověk, prostředí, výchova. Brno: Paido. 2001. ISBN: 80-7315-004-2.

KROMBHOLZ, R. a DRÁSTOVÁ, H. Závislosti a stáří. Psychiatrie pro praxi [online]. 2010, roč. 11, č. 3, s. 95-98 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>

KROMBHOLZ, R., DRÁSTOVÁ, H. a ČERVENKA, V. Poruchy spánku v gerontopsychiatrii a možnosti léčby. Psychiatrie pro praxi [online]. 2009, roč. 10, č. 1, s. 26-30 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/01/06.pdf>

KUBALČÍKOVÁ, K. Koordinace pomoci jako významný faktor podpory domácí péče. In: DIAKONIE ČCE [online]. Stárnout doma, v místě, v obci-sborník. Institut důstojného stárnutí. Praha: Perfect Print Services, 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-87953-34-1. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/003/000560.pdf?seek=1543303680>

KULIŠTÁK, P. Neuropsychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-554-7.

KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4650-0.

LIEBMANN, M. Skupinová arteterapie. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-729-9.

MALIA, K. a BRANNAGAN, A. Jak provádět trénink kognitivních funkcí, Praktická příručka pro každého [online]. Praha: CEREBRUM, 2010 [cit. 10.2.2019]. ISBN: 978-80-904357-3-5. Dostupné z: www.cerebrum2007.cz/design/Kniha_Jak_delat_TKF.pdf

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha, Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3.

MÜLLER, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.

NOVÁK, T. a The Beastess. Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4623-4.

NOVÁK, T. Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5152-8.

NRZP ČR = Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. Praha, 2006 [cit. 5.3.2019]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html>

OREL, M. a kol. Psychopatologie. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3737-9.

PIDRMAN, V. Poruchy nálady u seniorů [online]. Pfizer, 2010 [cit. 26.3.2019]. ISBN: 978-80-7345-209-4. Dostupné z: https://www.pfizerpro.cz/sites/default/files/poruchy_nalady_u_senioru.pdf

PLHÁKOVÁ, A. Dějiny psychologie. Praha: Grada, 2008. ISBN: 80-247-0871-X.

PLHÁKOVÁ, A. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2010. ISBN: 978-80-200-1499-3.

POKORNÁ, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.

PORTMANN, R. 99 her pro trénink mozku u seniorů. Praha: Portál, 2018. ISBN: 978-80-262-1297-3.

PRŮŠA, L. Respitní péče-analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb [online]. Diakonie ČCE, Institut důstojného stárnutí. Ostrava: Printo spol., s.r.o., 2016 [cit. 16.3.2019]. ISBN: 978-80-87953-30-3. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000161.pdf?seek=1489066971>

RAGAN, M. a KANE, C.F. Meaningful lives: elders in treatment for depression. Archives of Psychiatric Nursing. 2010, roč.24, č.6, s.408-417 [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1532-8228. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111295>

REMR, J., ĎURĎA, O., OSOBA, P. Preference seniorů a realita jejich ekonomické situace v komparaci s činností municipalit v rámci programu aktivního stárnutí – manuál pro sociální odbory vybraných municipalit. Závěrečná zpráva z empirického výzkumu projektu TD03000156. Praha: INESAN, 2017. In: GODAROVÁ, J. a BERAN, V. Manuál volnočasových aktivit seniorů-certifikovaná metodika [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2017. ISBN: 978-80-7416-318-0. [cit. 30.3.2019] Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/cm17-1.pdf>

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-282-8.

SAINT-EXUPÉRY, A. Malý princ. Praha: Fortuna Libri, 2015. ISBN: 978-80-7321-931-4.

SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3850-5.

SIMARD, J. Kouzelný magnetofon-příběh o tom, jak rosteme. Praha: ČALS, 2008. ISBN: 80-86541-25-8.

SKÁLOVÁ, M. a VYBÍRAL, Z. Integrace v psychoterapii. Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika [online]. 2010, roč. 17, č.1, s. 48-50 [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1338-7030. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2010/PSY1-2010-cla14.pdf>

SOCHOROVÁ, H. Příprava edukačních materiálů pro klienty se smyslovým postižením [online]. 2., doplněné vydání. Ostrava: OU, 2013 [cit. 23.2.2019] Dostupné z: http://projekty.osu.cz/karp/opory/aktualizovane/04_Priprava_educacnich_materialu_pro_klienty_se_smyslovym_postizenim_Opora.pdf

SUCHÁ, J. Trénink paměti pro každý věk. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-438-0.

SUCHÁ, J. Trénujte si paměť. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-791-6.

SUCHÁ, J. Skupinové hry pro cvičení paměti v každém věku. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0059-8.

SUCHÁ, J. a JAROLÍMOVÁ, E. Trénink paměti pro seniory. Brno: Edika, 2017. ISBN: 978-80-266-0570-6.

SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I. a HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

ŠERÁK, M. Zájmové vzdělávání dospělých. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

ŠPATÉNKOVÁ, N. Krize – psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004. ISBN:80-247-0888-4.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-711-0.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-247-5327-0.

ŠTOLBOVÁ, O. Báseň stařenky [online]. 2016 [cit. 12.2.2019]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/15440/basen-starenky>

TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN: 978-80-7262-365-5.

TOPINKOVÁ, E. Obrazový atlas chorobných stavů – diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1670-4.

VALENTA, M. a kol. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0378-2.

VALENTOVÁ, V. Specifika psychoterapie u seniorů. Verlag Dashöfer [online]. 2018, [cit. 1.4.2019]. ISSN: 1214-0473. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/specifika-psychoterapie-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eg_5cSnHkIPem7eYi-ZUg48/?uid=108D8rEGRjVnOGb4FuXvHn9KRpXgGnzAL&e=1D8_oev-JJQSdDBJO-2ELQ-xBWTB-ATMejFHQlt12ptA

VÁLKOVÁ, L. Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-80-247-5571-7.

VÁVROVÁ, A. a ČERVENKA, V. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii. Psychiatrie pro praxi [online]. 2010, roč. 11, č. 3, s. 107-109 [cit. 30.3.2019]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2010/03/05.pdf>

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace se seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2170-5.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 978-80262-0212-7.

VOJTĚCHOVÁ, V. a BALLINGOVÁ, I. *Jóga pro seniory*. Brno: CPress. 2018. ISBN: 978-80-264-2083-5.

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 2000. ISBN: 80-86123-15-4.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2667-0.

WALSCH, D. *Skupinové hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2005. ISBN:80-7178-970-4.

WARE, B. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme*. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0168-7.

WEIMEROVÁ, M. *Autogenní trénink – návod ke cvičení* [online]. 2010 [cit. 8.4.2019]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/autogenni-trenink?format=pdf>

WHO/ÚZIS ČR [online]. Praha, 2018 [cit. 8.3.2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

YALOM, I. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0210-3.

YOUNG, C.A. a REED, P.G. Elders perceptions of the role of group-psychoterapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995, roč.9, č.6, s.338–347 [cit. 1.4.2019]. ISSN 0883-9417. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561514>

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

ZVĚŘOVÁ, M. *Deprese u starších osob*. *Angis revue* [online]. 2017, roč.5 [cit. 26.3.2019]. ISSN: 2464-5435. Dostupné z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/215-deprese-u-starsich-osob/>

ŽIVOT 90 [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/senior-telefon>

ŽUMÁROVÁ, M. Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů. Prešov: Akcent print, 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2.

Závěr

Přeji Vám k dalšímu studiu i do Vašich praxí dostatek sil a nadšení!

Název: **Úvod do animace a základní terapeutické metody**

Autor: **Mgr. Karolína Zedníková**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 131

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.