

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických
organizacích

Herní práce a možnosti jejího využití
v komunikaci se seniory

Autor práce: Bc. Jana Blažková

Vedoucí magisterské práce:
Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, Csc.

Praha 2007

Prohlašuji, že jsem tuto magisterskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené literatury.

V Praze 18. května 2007

.....

podpis

Souhlas:

„Souhlasím s tím, že tato magisterská práce může být zveřejněna v elektronické knihovně FHS UK a může být využita i jako studijní text.“

V Praze dne 18. května 2007

.....

podpis

Poděkování:

„Děkuji Prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, Csc. za cenné rady a čas, který mi věnovala při konzultacích mé magisterské práce.

Děkuji Mgr. Markétě Královcové za inspiraci a hlubší vhled do problematiky herní práce, také děkuji všem respondentům i organizacím, kteří mi poskytli své zkušenosti.“

OBSAH

Abstrakt	6
Úvod	7
Teoretická část	
1. Herní práce	10
1.1 Herní práce ve Velké Británii	10
1.1.1 Vliv nemoci na psychiku pacienta	10
1.1.2 Family centred care	11
1.1.3 Definice herní práce a herního specialisty	12
1.1.4 Význam hry	13
1.1.5 Geneze herní práce	16
1.1.6 Principy herní práce	18
1.1.7 Techniky herní práce	19
1.1.8 Využití herní práce	20
1.1.9 Role herních specialistů/pracovníků	21
1.1.10 Klientská advokacie	22
1.1.11 Herní terapie a její vztah k herní práci	23
1.2 Herní práce ve světě	24
1.3 Herní práce v České republice	24
1.3.1 Herní práce po česku	24
1.3.2 Překážky pro úspěšné zakotvení role herního specialisty	26
2. Stáří a klíčový aspekt kvality života: soběstačnost	29
2.1 Stáří	29
2.2 Soběstačnost	29
3. Současné životní prostředí seniorů a jejich aktivity v České republice	31
3.1 Současné životní prostředí seniorů	31
3.1.1 Městské a venkovské prostředí	31
3.2 Aktivace a senioři	34
3.2.1 Přirozená aktivace	36
3.2.2 Aktivace iniciovaná zvenčí - umělá aktivace	40
3.2.2.1 Historie aktivace v institucích	43
3.2.2.2 Způsoby umělé aktivace v institucích v současnosti	49
4. Diskuse k využití herního specialisty v oblasti gerontologie	56

Praktická část

1.	Rozhovory s herními specialisty	58
1.1	Cíl výzkumu	58
1.2	Hypotézy	58
1.3	Metodologie výzkumu	58
1.4	Soubor respondentů	59
1.5	Výsledky rozhovorů	59
1.6	Diskuse	62
1.7	Závěr	63
2.	Zúčastněné pozorování ve vybraných institucích	64
2.1	Cíl výzkumu	64
2.2	Metodologie výzkumu	64
2.3	Popis institucí	64
2.4	Vlastní zúčastněné pozorování	65
2.4.1	Domov důchodců v Hranicích	65
2.4.2	Léčebna dlouhodobě nemocných při Fakultní nemocnici v Motole	67
2.4.3	Domov Sv. Karla Boromejského	73
2.4.4	Život 90	77
2.5	Výsledky pozorování	79
2.6	Závěr	80
	Závěr	81
	Literatura	83
	Přílohy	88
	Příloha č. 1 Projekt diplomové práce	89
	Příloha č. 2 Znění strukturovaných rozhovorů	94
	Příloha č. 3 Rozhovor č. 1	94
	Příloha č. 4 Rozhovor č. 2	97
	Příloha č. 5 Rozhovor č. 3	99
	Příloha č. 6 Rozhovor č. 4	109
	Příloha č. 7 Rozhovor č. 5	110
	Příloha č. 8 Obrazová dokumentace	116

Abstrakt

Obsahem předložené práce je problematika herní práce. Nejprve je představen její britský model, s tradičním zaměřením na děti. Poté situace v České republice, kde se specializace herní práce teprve etabluje. Autorka předpokládá, že by bylo možné využít herní práci i v péči o seniory, a to zejména dlouhodobě hospitalizované anebo ty, kteří žijí v pobytových zařízeních sociální péče. Jsou uvedeny aktivace v přirozeném prostředí měst i venkova, i aktivace umělé, iniciované pracovníky institucí s cílem seniory aktivovat. Je shrnut historický vývoj i současná podoba umělých aktivit. Praktická část obsahuje poznatky z rozhovorů s herními specialisty a zúčastněné pozorování v několika vybraných institucích zabývajících se péčí o seniory.

Klíčová slova

aktivace seniorů, herní práce, herní specialista, geriatric

Summary

The thesis is a study of the use of Playwork. The study first introduces the British playwork scheme, particularly with its traditional focus on children. Then it describes the current development of the technique in the Czech Republic. The author of the study tries to look at the possible use of Playwork on the elderly in care, particularly on those hospitalised long-term or those in residential care homes. The study gives examples of stimulation from urban and rural environments as well as the artificial stimulations given by care workers. It summarises the historical development and current form of the artificial stimulations. Another section gives examples of the data collected from interviews with play specialists and describes observations in several selected locations.

Keywords

stimulation of the elderly, playwork, play specialist, geriatrics

Úvod

Problematika stáří je obsahem celé řady vědních disciplín. Demografové, ale také politici, ekonomové, sociologové a lékaři, jejichž profesionální činnost se zabývá stářím, si uvědomují situaci, ve které se nachází současná společnost a její nejstarší část populace. Konkrétní problémy, které s sebou stáří přináší, jsou nejbližší starým lidem samotným. Odpovědnější část obyvatelstva se rozhodla považovat stáří za výzvu, odmítnout zkreslené černobílé vidění stáří jako přítěže ekonomické a společenské, a rozhodla se hledat nové cesty, jejichž cílem je naopak soužití starých lidí ku prospěchu společnosti i jich samých.

Jsou pořádána diskusní fóra a konference, které se dotýkají i tematiky podpory aktivního stárnutí. Téma sociální gerontologie můžeme nalézt v obsahové náplni předmětů škol se sociálním či zdravotním zaměřením. Pomalu sílí tlak občanů a seniorů samotných, které zajímá, za jakých podmínek budou své stáří prožívat oni. Socioložka J. Šiklová vidí způsob řešení situace v hledání. „Alternativních vzorců prožívání stáří je dosud málo. Buď opravdu nejsou, nebo si jich nevšímáme, neboť nám připadají extravagantní. Takže součástí sociální gerontologie by nemělo být pouze zkoumání stávajícího, ale i hledání alternativ v relaci k poznatkům jiných vědních disciplín. Hledání návodů pro jedince i pro společnost, která jako celek stárne a potřebuje najít jiné formy životního stylu. To je velký úkol, který nás nemine.“ [45, str. 42]

Pozornost odborníků se obrací na „hledání nových cest“. Přesto si uvědomují, že je důležité nepřestat využívat a navazovat na zažitě způsoby, které se osvědčily a vyhovují i z dnešního pohledu na potřeby seniorů. Zkušenost nás učí, že změny se zavádějí nesnadno a bývají spojeny s kompromisy. Je tedy na místě se zamyslet, jak můžeme přispět ke zlepšení stávající situace. Jedním ze způsobů je jistě zlidštění současné poskytované péče a zlepšení postavení seniorů v institucích. Nově přijatý Zákon o sociálních službách (s platností od 1.1.2007) je v souladu s touto myšlenkou. Herní práce zde možná může mít také jistý pozitivní vliv.

Herní práce (playwork) je relativní i faktickou novinkou. Vznikla a je rozvíjena ve Velké Británii, v současné době je praktikována i v několika dalších zemích. V tradičním významu herní práce je cílovou skupinou především dítě a jeho rodina, v užším významu často hospitalizované dítě. Herní práce spočívá v přístupu a způsobu komunikace zejména s dětmi. Její uplatnění se předpokládá v organizacích se

zdravotnickou péčí. Předložená práce se pokouší podívat na tuto problematiku nově. Změnu způsobí záměna objektu zájmu – na místo dítěte postavíme seniora. Přesto, že primárně se nabízí využití herní práce v péči o nemocné či dlouhodobě institucionalizované seniory, neopomineme ani její možné spojení s aktivně žijícími starými lidmi.

Předložená práce je pokusem o nalezení jedné z možných cest, jejímž cílem je kvalitnější život seniorů. Zabývá se dvěma zdánlivě vzdálenými předměty - herní práci dává do souvislosti s potřebami i možnostmi seniorů a stávající zdravotní a sociální péčí o ně. Účelem práce je nalézt, jakým způsobem může být herní práce užitečná pro oblast gerontologie.

Hned z počátku lze namítnout, že dítě a senior se od sebe naprosto odlišují, proč tedy právě jejich záměna? Důvodem je, že v nazírání na hospitalizované dítě i seniora lze nalézt několik bodů, které jsou jim společné. Autonomie osobnosti hospitalizovaného seniora může být ovlivněna důsledky nemocí, jejichž výskyt je ve stáří častější. Realitou je, že někteří staří lidé potřebují více času a trpělivosti ke správnému pochopení a vyhodnocení situací, v nichž se neocitají běžně a neumí dostatečně prosazovat svá práva. V kombinaci se zhoršenou kvalitou života a snižováním jejich soběstačnosti se ocitají v závislé pozici na lidech, kteří ovlivňují vývoj jejich osudu. Ve svém důsledku se mohou stát předmětem manipulace, v nejhorších případech až zneužívání. Mohou být tedy podobně křehcí a zranitelní jako děti. I v případě seniorů je důležité, aby při nich stál někdo, kdo je schopen a ochotem jim naslouchat a v případě potřeby hájit jejich zájmy.

Problémem stáří může být i osamělost, nedostatek podnětů, ubíjející stereotyp nebo nuda - a to nejen v instituci, ale bohužel i v přirozeném domácím prostředí člověka. Všechny jmenované oblasti negativně ovlivňují kvalitu života seniorů. S podobnými situacemi se potýkají hospitalizované děti. Pomocníkem a průvodcem jim je právě herní specialista. Proto je lákavé podívat se, jakým přínosem by mohl být i v komunikaci se seniory. Na tomto místě je vhodné poukázat, že tento text je reakcí na inovační myšlenku spojení herní práce se seniory, jejíž původcem je Doc. PhDr. Zdeněk Pinc.

Struktura práce vychází z potřeby představit herní práci, její principy a přístup „family centred care“, ze kterého vychází. Měla by také ozřejmit situaci, jak vypadá herní práce v kontextu České republiky. Povědomí naší veřejnosti, ať odborné nebo laické, o herní práci se sice zvyšuje, stále ovšem přežívá velmi zjednodušená představa o tom, kdo

herní specialista je a co je náplní jeho práce. V další části bych ráda dala nahlédnout do několika konkrétních prostředí a situací, kde se senioři často nachází. Jedná se o institucionální a přirozené domácí prostředí. V rámci magisterské práce je vhodné pokusit se podat obrázek o životním prostředí, protože poté budeme moci lépe pochopit způsob života a potřeby seniorů, které nejsou dostatečně pokryty. Vodítkem nám budou způsoby aktivace seniorů. Závěrečná část by teprve měla nabídnout možnosti, jak tedy spojit herní práci a seniory.

Teoretická část

1. Herní práce

1.1 *Herní práce ve Velké Británii*

Herní práci ve Velké Británii chci představit zejména proto, že je v této zemi dostatečně rozvinuta a zároveň se zde formovala do podoby, v jaké se postupně rozšiřuje do ostatních, zejména evropských zemí. Ze studie *Play in Hospital Survey*, kterou ve Velké Británii provedla Peg Belson (s asistencí Jean Gladstone) [59] v roce 2000 například vyplynulo, že na 14 nemocničních dětských lůžek připadá průměrně jeden kvalifikovaný herní specialista.

Než se budeme zabývat vlastní herní prací, nastíníme si ve zkratce nároky, které na člověka klade onemocnění a hospitalizace. Také si stručně představíme přístup, který je pro herní práci výchozí – family centred care a v závěru kapitoly naleznete přehled zemí, v kterých je herní práce rozšířena.

1.1.1 *Vliv nemoci na psychiku pacienta*

Každý hospitalizovaný člověk se musí vyrovnat s novou situací, kterou fakt jeho nemoci a hospitalizace přináší. Toto téma přehledně zpracovali a do šesti bodů shrnuli autoři Moos a Tsu. Ráda bych je zde pro jejich přesnost převzala, s odkazem na knihu R. Lansdowna. To, s jakými problémy se pacient potýká, úzce souvisí s s fyziopatologií nemoci a její délkou. Obecně vzato, pacient se musí často:

- vypořádávat s bolestí a neschopností provádět některé činnosti tak, jak byl dosud zvyklý
- přizpůsobit se nemocničnímu prostředí a rozvinout vztah s nemocničním personálem
- uchovat emocionální rovnováhu zvládnutím pocitů úzkosti, vzteku (nelibosti) a izolace
- uchovat pozitivní obraz o sobě sama
- udržet přátelské a rodinné vazby
- a v neposlední řadě se musí pacient často připravit na nejistou budoucnost. [30, str. 96]

To samo o sobě znamená pro pacienta nepopiratelný stres. Přidávají se k tomu potřeby, které souvisí s nutností zůstat určitou dobu na nemocničním oddělení. Základní potřeby dětí v nemocnici jsou přehledně zpracovány a podrobně rozebrány v knize, kterou napsal autorský kolektiv pod vedením speciálního pedagoga Milana Valenty. Podle něj se jedná o tyto potřeby [48, str. 111 - 116] :

- přítomnost blízkého příbuzného, nejčastěji matky
- bezpečné a podnětné prostředí, přizpůsobené věku dítěte
- kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky
- opakované a srozumitelné informace od kompetentních zdravotnických pracovníků
- možnost volby, potřeba soukromí a jistoty
- možnost normálně se vzdělávat a hrát si [48, str. 111 - 116]

Neuspokojování těchto potřeb, zvláště, pokud je dlouhodobé, často vede v jev, který byl popsán jako hospitalizmus. Jedná se o souhr duševních příznaků jako je například nedostatek pevných citových vazeb, změna chování, opoždění vývoje ve srovnání s vrstevníky dítěte. [52] Encyklopédia medicíny popisuje hospitalismus jako: „Poruchy zdravotního stavu, vyvolané pobytem v nemocnici i ve zdravotním ústavu. V užším smyslu porucha vývoje dětské osobnosti vyvolaná delším umístěním v nemocnici nebo v kolektivním zařízení, ve kterém nedostávalo správnou výchovnou péči v dostatečné míře.“ [18, str. 176] Hlavní příčinou hospitalismu není ani tak nedostatek výchovné péče, jako spíše málo podnětné prostředí a nepřítomnost osob/y, ke kterým má vybudován hlubší citový vztah.

1.1.2 Family centred care

Tento pojem lze přeložit jako „péče orientovaná na rodinu“. Znamená to, že v souladu s tímto myšlenkovým směrem přistupuje např. personál nemocnice k dětskému pacientovi holisticky – vidí jej nejen jako pacienta či ještě hůře jako případ, medicínskou diagnózu, ale jako osobnost, která přichází z určitého rodinného a kulturního prostředí. Tam prožívá různé situace a role, jejichž prostřednictvím získává zkušenosti a dovednosti, ovlivňující jeho pocity a potřeby.

Na konceptu Family centred care je založeno mnoho pediatrických služeb ve Velké Británii, USA i v jiných zemích. Tento termín byl po mnoho let používán bez vyjasnění

jeho přesné definice. Campbell and Glasper identifikovali koncept family center care jako ošetrovatelský přístup, který se soustředí na celou rodinu jako jednotku péče, nikoliv pouze na pacienta. [5]

Z této pozice se snaží přístup family centred care zahrnout dítě do léčebného procesu tak, aby se mohlo spolu se svými rodiči a lidmi, kteří jej doprovází (např. zákonný zástupce), podílet a účastnit rozhodování, týkající se léčby a hospitalizace. Tvorba zásadních rozhodnutí je v kompetenci rodičů, kteří jsou za dítě zodpovědní. Dítěti je však ponechán prostor, aby mohlo ovlivnit alespoň část dění – nemělo by být pouze předmětem – naopak mělo by mít možnost ovlivňovat některé situace, do kterých se dostává a mohlo tak pomoci lékařům a jeho rodině k dosažení svých emocionálních, fyzických i sociálních potřeb (např. potřeba možnosti volby – dítě samo určí, z které ruky mu bude odebrána krev). [54]

1.1.3 Definice herní práce a herního specialisty

Odborná literatura popisuje především herní práci v souvislosti s péčí o děti. Herní práci se seniory se, pokud je známo, v literatuře žádný dostupný autor nezabývá. Může zdát, že se text až příliš často zabývá herní terapií. Je to podstatný zdroj ukotvení přístupu a vztahu, ze kterého by měli herní specialisté vycházet. Seznámení se s tímto oborem je nutné k pochopení smyslu principů, na kterých herní práce stojí.

Definici herní práce není snadné najít, protože se často definuje skrze roli a činnosti herního specialisty. Autorka textu by herní práci definovala jako společenskou interakci se specifickými principy, nejčastěji za použití hry, kterou herní specialista nabízí hospitalizovanému dítěti a jeho rodině za účelem eliminace negativních faktorů a důsledků hospitalizace. Hra se používá jako prostředek komunikace, důležitá je kvalita vztahu a komunikace mezi herním specialistou, dítětem a jeho rodinou.

Základním nástrojem herního specialisty je podle J. a M. Královcových (iniciátorů a propagátorů herní práce v České republice) vztah a pozorné naslouchání a dívání se, co pacienta trápí. Herní specialista je člověk, jehož profese spočívá v navazování přátelských vztahů za účelem péče o psychický stav hospitalizovaného dětského pacienta i jeho rodiny a příbuzných. Úkolem herního specialisty je podle nich provázení dětského pacienta i jeho rodiny všemi úskalími nemocničního prostředí, a přitom udržení jedné podstatné vlastnosti – dívat se na okolní svět pohledem blízkým dětem, umět zachytit náročné situace, které v dítěti i jeho rodině vyvolávají úzkost a

strach, a pomocí komunikace a technik, souvisejících s hraním a hrou jim usnadnit proces léčby. [25]

„I dítě v nemocnici potřebuje žít, potřebuje si hrát, potřebuje, aby se život nezastavil. Jedním z hlavních úkolů herního pracovníka tedy je pomáhat dítěti udržovat normální život, hrát si, tvořit, prostě být pokud možno šťastný,“ uvádí herní specialistka pracující ve Fakultní nemocnici v Motole Alice Řezníčková [16] Ve zkratce řečeno: „Herní specialista se snaží vytvořit podpůrné a bezpečné prostředí pro dítě a jeho rodinu.“ [25] Jedna ze zásad činnosti herních specialistů spočívá v tom, že berou dítě a jeho obavy naprosto vážně. Herní specialista se nesnaží shazovat obavy pacienta, ať už jsou opodstatněné či nikoliv, nezlehčuje situaci nepravdivou útechou, nezkruskuje realitu, a neříká nepravdivé informace, které mu pomohou pacienta na čas uklidnit. To by znamenalo nepřípustnou manipulaci, poškození důvěry a přátelského vztahu, o který by hernímu specialistovi mělo jít především.

J. a M. Královcovi (Nadace Klíček), kteří v České republice vzdělávají herní specialisty v třísemestrálním kurzu s názvem „Specialista pro hru a komunikaci“, definují následující **funkce herní práce** [25]:

- ochrana normálnosti
- mírnění úzkosti a nudy
- urychlení údravy
- usnadňování komunikace
- příprava na hospitalizaci, léčbu, chirurgické zákroky

1.1.4 Význam hry

Implusem pro zavedení herní práce v nemocnici bylo rozpoznání významu hry pro děti. Zvláště pak její důležitosti v situaci, kdy je dítě nemocné a ocitá se v nemocnici, kde je často odloučeno od svých blízkých a prostředí, které důvěrně zná. Je vystaveno neznámým situacím, které jej stresují, působí bolest a zmatek a dítě je tak velmi zranitelné. Každé dítě si vytváří určité představy a pokud se o ně nikdo nezajímá, může se stát, že vzniknou naprosto nereálné, od skutečnosti velmi vzdálené fantazie, a už pomyslení na ně vyvolává v dítěti nepředstavitelnou úzkost. Na dětské psychice mohou zůstat traumata, která lze jen velmi těžce napravit. Alice Řezníčková, zkušená herní specialistka, působící v motolském dětském kardiocentru, k tomuto tématu podotýká:

„Děti se většinou bojí věcí, které by nás vůbec nenapadly. Nejde tedy o to složitě mu vysvětlovat nějaké medicínské věci, ale poskytnout mu možnost zeptat se, vyřešit si různé obavy, které má v hlavě. Většinou je to třeba narkóza, jestli se nemůže probudit uprostřed operace apod.“ [16] Zkušenost ukázala, že hra je v tomto případě ten nejpřirozenější pomocník. Jednou z jejích vlastností je, že je symbolická, takže skrze ni dítě vyjadřuje své emoce, fantazie, myšlenky a postoje.

Praxe je taková, že herní specialista vychází z aktuálních potřeb dítěte. Není ku prospěchu nutit dítě do určité činnosti, kterou si pracovník předem naplánoval bez ohledu na situaci dítěte. Základem je rozhovor s dítětem, pozorné naslouchání a snaha odhalit jeho konkrétní potřeby, náladu i možnosti v daný den. Podle toho herní specialista navrhne způsob trávení času, který mají k dispozici. Pracovník si může s dítětem povídat, spolu s jinými dětmi hrát pexeso nebo člověče nezlob se, mohou se soustředit na tvořivou činnost (např. výroba ozdob vztahujících se k aktuálnímu ročnímu období či svátku), soutěžit, číst pohádku nebo nabídnout dítěti volnou hru (např. dětské stavebnice, autodráha) a mnoho dalších činností. Úkolem herního specialisty je poznávat a snažit se uspokojovat emocionální potřeby dítěte a jeho rodiny, vytvářet co možná nejvřelejší atmosféru, ve které dítě pomocí hry může najít podporu svého sebevědomí.

Herní specialista je zde také od toho, aby si s rodiči povídal, podal jim trpělivě informace, které potřebují slyšet a uměl zmírnit obavy, které ve vztahu k hospitalizaci dítěte a jejím následkům vyjadřují. Jak již bylo řečeno, herní práce si klade za cíl přinášet do nemocničního světa co nejvíce normálnosti. Odráží se to například již v tom, že herní pracovníci zpravidla nenosí uniformy, jsou oblečeni ve svém civilním oblečení.

Podle National Association of Hospital Play Staff (NAHPS) je význam hry pro dítě v nemocnici následující [59]:

- Hra vytváří prostředí, které snižuje působení stresu a úzkosti, zvláště v procesu adaptace na nemocniční prostředí
- Pomáhá dítěti znovu nabýt jistotu a sebeúctu
- Zajišťuje průchod pocitům zloby a frustrace
- Napomáhá dítěti porozumět léčbě a vlastní nemoci. Díky hře jsou děti schopné efektivně pochopit smyslové a konkrétní informace, které potřebují k přípravě na celý nemocniční proces a léčbu

- Usnadňuje léčbu a diagnostiku
- Urychluje uzdravování a rehabilitaci[59]

Pozitivně se pak tato práce odráží i ve vlastním léčebném procesu – například tím, že dítě je klidnější a je schopno se zdravotnickými pracovníky snadněji spolupracovat.

Bylo by chybou vnímat hru pouze jako způsob zaměstnání dětí, trávení volného času, protože její význam spočívá mnohem hlouběji. Takto popsal význam hry Oaklander: „Hraní je způsob, jakým si dítě zkouší a učí se rozumět světu. Z toho důvodu je hra nezbytná pro zdravý vývoj dítěte. Pro děti je hra podstatná a smysluplná činnost, skrze niž se vyvíjí mentálně, fyzicky i sociálně. Hra je také dětský způsob sebe-terapie, skrze niž může často zpracovat své zmatky, úzkosti a konflikty. Skrze bezpečí hry si může dítě vyzkoušet vlastní způsoby existence.“ [55, str. 160] Dalším specifikem, jímž se tento autor zabýval, je význam hry jako komunikačního prostředku. Hra podle něj slouží jako symbolický jazyk, zejména pak pro děti, které ještě nejsou schopny vyjádřit své zkušenosti slovně. V tomto případě hra dítěti slouží jako nejbližší prostředek, který má po ruce a kterým zkouší formulovat a připodobňovat vlastní prožité zkušenosti.

Skrze hru tak může komunikace dospět i k vážným tématům, které dítě trápí a herní pracovník by zde měl být připraven odhalit potřeby dítěte a pomoci mu je uspokojit či jinak přispět k jeho emocionální pohodě. Podmínkou je však vytvoření přátelského vztahu mezi pracovníkem a dítětem – o to se snaží pracovník již zpočátku, nejlépe při přijímání dítěte do nemocnice.

J. West (s odkazem na autory Allena (1947) a Redgrave (1987)) rozlišuje několik typů hry [55, str. 14]:

- spontánní hra (hra samovolně iniciovaná dítětem, např. hra s vojáčky, s panenkou)
- řízená hra (např. Kimova hra – zapamatovat si předměty, které byly na krátký čas ukázány a pak zase skryty)
- určená hra (s popisem a ohodnocením, např. kvíz)
- soustředěná terapeutická hra (simulační hra, např. hra na personál na oddělení – děti mají roli lékař, sestra, psycholog, rodič, dítě apod.) [55, str. 14]

1.1.5 Geneze herní práce

První působení předchůdců dnešních herních specialistů se váže ve Velké Británii k roku 1957, kdy byli poprvé v historii zaměstnáni pracovníci v nemocnici pouze za tím účelem, aby si s hospitalizovanými dětmi hráli. Stalo se tak v nemocnici St. Bartholomew's and St. Thomas' Hospitals v Londýně. Děti tyto pracovníky samy začaly nazývat „Lady Green“ (v překladu „paní Zelená“), protože nosili zelené uniformy. [59] Jak se postupně vyvíjela role herního specialisty, měnily se i jeho názvy. Než se ustálil pojem herní specialista, byli pracovníci oslovováni 22 různými názvy – např. Ward Granny (v překladu „babička oddělení“). [23] Herní specialista je například v USA nazýván Child Life Specialists (zdroje informací o americkém způsobu na <http://www.childlife.org>; [57]) Za zmínku stojí, že jeden z prvních placených herních pracovníků – pokud ne opravdu první – působil v roce 1944 v John Hopkins Hospital právě v USA. [30]

Jedním z prvních impulsů, které měly za důsledek rostoucí zájem o prožívání a psychiku dětí v nemocničním prostředí, byl objevný film Joyce a Jamese Robertsonových z roku 1952, kteří zachytili 4-letou holčičku, která byla poprvé odloučena od svých rodičů, a to za účelem hospitalizace. Ve své době film vyvolal velký zájem o téma hospitalizace dětí a jejich psychiku, což také přispělo k vývoji herní práce.

Důležitým datem je rok 1963, kdy byl odstartován plán Save the Children Fund s názvem *Hospital Playscheme* v Brook Hospital v Londýně. Znamenalo to začátek působení prvních herních pracovníků, kteří se věnovali dětem a jejich rodinám v nemocnicích. Nezisková organizace Save the Children Fund financovala činnost pracovníků ze svých prostředků. Ke změně došlo v sedmdesátých letech, kdy začal být význam úlohy herních specialistů rozpoznáván v rámci zdravotnického týmu a jejich pozice byla zařazena do vnitřní organizace nemocnice, což mimo jiné znamená i to, že byli placeni ze zdrojů nemocnice. V roce 1973 byl zahájen první výcvikový kurz pro herní specialisty, určené pro působení v nemocnici (Hospital Play Specialists). [59]

Samotná organizace sdružující pracovníky a příznivce herní práce v nemocnici vznikla v roce 1975. Jmenuje se National Association of Hospital Play Staff (NAHPS) a v dnešní době její působení přesáhlo nejen britské, ale i evropské hranice. Součástí jejího poslání je podporovat vysokou profesionální úroveň herních pracovníků, zajistit poskytování vlastní terapeutických a podněcujících herních aktivit a stará se o

profesionální podporu všem herním pracovníkům v nemocnicích, hospicích i těch, kteří působí v domácí péči. Tato organizace také pořádá vzdělávací kurzy, semináře, konference, vydává publikace a časopisy o herní práci a zodpovídá dotazy zainteresovaných zdravotnických pracovníků. [59]

V roce 1985 byl NAHPS založen The Hospital Play Staff Examination Trust (HPSET) – komise, která zavedla národní odbornou kvalifikaci profese herního specialisty. Významným milníkem ve vývoji profese herního specialisty byl rok 1994, kdy se po diskusích NAHPS s Ministerstvem zdravotnictví Velké Británie podařilo ustálit profesi herního specialisty v nemocnici (Hospital Play Specialists) jako výraznou součást celého týmu ve zdravotnických službách. [59] Znamená to, že v té době již byla roli herního specialisty působícího v nemocnici přikládána důležitost a byly stanoveny podmínky, které musí adept na tuto pozici splnit. K tomuto bylo potřeba postupně dojít – změny se děly několik desetiletí postupnou proměnou prostředí. R. Landsdown k tomu připomíná, že asi před 20 – 30 lety začal být ve Velké Británii kladen důraz na multidisciplinární přístup při řešení psychologických problémů dětí a jejich rodin. Což znamená, že v péči o psychickou pohodu pacienta začali týmově spolupracovat kromě tradičních zdravotníků i kaplan, psychiatr, psycholog a sociální pracovník. Autor zde zmiňuje příklad nemocnic, které jednou za týden uspořádaly setkání, kde se tento personál zabýval psychosociálními potřebami dětí a jejich rodin. Tato setkání také fungovala jako diskusní fórum o napětí nebo stresu, které na oddělení panuje. [30] Znamená to tedy, že postupně byl v běžné anglické nemocnici vytvořen prostor na řešení jiných než pouze striktně medicínských problémů klienta, na kterém se podílí více odborníků. Problém člověka tak začal být posuzován z více pohledů, konzultován a řešen společně.

Nyní je profese herních specialistů na dětských odděleních v Británii respektována lékaři, zdravotnickým personálem i státními úřady. K dosažení tohoto stavu bylo zapotřebí asi 40 let práce a snahy herních specialistů a jejich podpůrných organizací. Současný trend je ve Velké Británii zvyšovat počty kvalifikovaných herních specialistů v nemocnicích, přednostně pak v těch oblastech, kde jich stále není dostatek.

1.1.6 Principy herní práce

Herní práce se opírá o několik principů. Jsou to principy:

- respekt k osobnosti dítěte, akceptace

- nemanipulativnosti
- nedirektivnost
- princip advokacie klienta
- facilitace komunikace
- citlivost a empatie

Přístup herního specialisty k dítěti charakterizuje speciální pedagog a dramaterapeut Milan Valenta jako zásadně nedirektivní: „Cílem jeho práce není dítě měnit, vychovávat nebo poučovat, ale citlivě a laskavě ho provést všemi úskalími hospitalizace. Herní specialista je kamarád a společník dítěte, které vnímá jako rovnocenného partnera. Akceptuje dítě takové, jaké je, i s jeho náladami a emocemi. Vždy vystupuje a koná v zájmu dítěte, respektuje jeho práva.“ [48, str. 106]

Na důležité principy, které jsou klíčové v komunikaci s dítětem, jež trpí životem ohrožující nemocí, upozorňuje R. Lansdown. Jedná se o potřebu facilitovat komunikaci, když chce dítě vyjádřit své obavy, strachy, zlost. Dále být citlivý na to, když se chce dítě na něco zeptat, vyjádřit své domněnky, co si myslí, že se mu stane a jakým způsobem. R. Lansdown zdůrazňuje: „Dítě nemusí mít tu zkušenost, jak má otevřít komunikaci na téma, které ho zajímá. Či zcela naopak se dítě nemusí chtít zeptat na nic. Pro oba - herního specialistu i pro pacienta zde platí, že stejně důležité jako mluvit o faktech je mluvit o svých pocitech.“ [30, str. 125]

Určitá část práce herního specialisty je inspirována přístupem, který se nazývá herní terapie /play therapy/. Podobnost lze nalézt například v utváření vztahu mezi pracovníkem a klientem resp. herním specialistou a dítětem či jeho rodinou. Stává se, že herní specialisté někdy využívají prvků herní terapie, své vzdělání si často rozšiřují právě o nedirektivní herní terapii (u jejímž vzniku stála V. M. Axline), která je velmi dobře využitelná právě v nemocničním prostředí. V. M. Axline uvádí, že principem hry dítěte je otevření jeho pocitů, které mohou vyplavat na povrch, může si je „ohmatat“, čelit jim, učit se, jak je kontrolovat a zřít se jich (přerušit je), pokud si to dítě přeje. Když dítě dosáhne citového uvolnění, začne zjišťovat, jaká síla spočívá v jeho vlastních právech, začne si o sobě myslet, že může tvořit vlastní rozhodnutí, psychologicky se stává zralejším a mimo jiné, uvědomí si svou individualitu. [2] V nedirektivním kontaktu se využívá základních principů přístupu k dítěti, při jejichž definování vycházela V. M. Axline z Rogersovského psychoterapeutického přístupu.

Jeden z principů mluví např. o akceptaci. Jedná se přesně o přijetí dítěte a pevné důvěry v jeho schopnosti. Další charakteristikou může být pravidlo vyhnout se dávání rad dítěti – staví to totiž herního specialistu do pozice autority a dítěti neumožňuje využít své vlastní schopnosti. [56]

Práci herních specialistů ve Velké Británii upravuje Kodex profesionálního chování (Code of professional conduct), který je k dispozici například na webových stránkách NAHPS, v sekci Hospital Play Staff Education Trust. Svůj kodex mají i američtí herní specialisté, pod názvem Code of ethical responsibility. [57 V roce 1990 vydala britská Play in Hospital Liaison Committee dokument s názvem *Quality management for children: play in hospital*. Jeho součástí jsou i standardy, které by se měly dodržovat za účelem udržení herní práce na patřičné úrovni. [30]

1.1.7 Techniky herní práce

V herní práci se používá široké množství technik. Většinou se, posuzováno z hlediska jejich formy, nejedná o speciální aktivity. Často byly do herní práce přineseny z různých příbuzných oborů lidské činnosti a upraveny tak, aby vyhovovaly potřebám, které konkrétní pacient v určité situaci má.

Využívá se tedy arteterapie (má tu výhodu, že z výsledných výrobků lze vyzdobit oddělení), muzikoterapie, aromaterapie, čtení a vyprávění příběhů, aktivit stimulujících smysly, nestrukturované hry s živly („messy play“ – hry s pískem, slizem, barvou, plastelínou, apod.), s různými materiály a hmotami, jejímž cílem není vytvořit výrobek, ale samotný proces hraní a uvolnění. Další kategorii tvoří stolní hry. Volná hra dává příležitost dítěti zvolit si samo, s čím si chce hrát a jak. Pomůcky se liší podle věku dítěte (maňásci, panenky, vojáčky, látka, ...) Avšak například při přípravách dítěte na diagnostiku či zákrok se používá pomůcek, pečlivě vybraných herním specialistou podle dítěte, které bude připravovat. Ke zmírnění úzkosti mohou přispět informační letáčky, speciálně vypracované obrázkové „knihy“ či fotoalba, návštěvy před vlastní hospitalizací v nemocnici a vytváření uvolněné atmosféry mezi personálem, rodiči a pacienty. [25]

Jak se zmiňuje R. Landsdown, u dobře vybavených nemocnic zde také patří možnost spolupráce na vysílání rádia – ať už lokálního v nemocnici, nebo součástí vzdáleného rádia. [30] Dále tento autor zmiňuje význam zvířátek v nemocnici (např. králík, quinejské prasátko), které mohou na čas nahradit zvířecí miláčky doma a přinést

pozitivní kontakt. Lidé, kteří mají zkušenosti s přítomností zvířat v zařízeních, určitě znají několik případů, kdy zvíře udělalo pro mentální zdraví člověka více než povolání odborníci.

Jiným příkladem techniky může být „life story book“ –základní myšlenkou je nahrát vyprávění o klíčových událostech v životě člověka. Člověk se může podělit o své zkušenosti a vyjádřit své emoce. [30, str. 60] Tou nejdůležitější „technikou“ je však kvalitní lidský vztah, o jehož navázání herní specialista po celou dobu usiluje a pečuje, a který se projeví různými způsoby komunikace s dítětem, nejčastěji formou rozhovoru.

1.1.8 Využití herní práce

V dnešní době nezůstává většina dětí v nemocnici dlouho – podstoupí jen nutná vyšetření nebo léčbu a co nejdříve to lze, jsou propuštěny do jiného doléčení. Těch dětí, které pobývají v nemocnici dlouhodobě, je rozhodně méně. Faktem ale zůstává, že i přes krátkodobost pobytu dítěte v nemocnici musí překonávat charakteristický faktor pobytu zde (už z pozice toho, že nemocnice je tu od toho, aby se v ní léčily nemoci) – a tím je stres. Úkolem herního specialisty je v každém případě zmírnit působení stresu tak, aby celá situace byla pro dítě méně traumatická a aby si z prožitých náročných chvil odneslo co možná nejméně frustrující vzpomínky. Naopak ale, bylo by omylem si myslet, že herní specialista musí dělat „legraci za každou cenu“ a snažit se, aby byla nemocnice nejoblíbenějším místem dítěte. To by bylo spíše ke škodě věci, protože by to mohlo vyvolávat zmatek a znesnadňovat orientaci v pocitech dítěte. [25]

Co se týče nemocničních oddělení ve Velké Británii, herní práce je provozována téměř na všech, kde se vyskytují děti či dospívající pacienti. Herní specialisty můžeme najít na pediatrických odděleních, v hospicích i v domácí péči, stejně tak jako na specializovaných nemocničních odděleních či v rámci ambulancí. Z materiálů asociace NAHPS je možné se dozvědět, že některé nemocnice ve Velké Británii mají opravdu velká herní oddělení - jedno oddělení může zaměstnávat až 40 herních specialistů. V nemocnicích často působí také malé týmy herních specialistů. Někteří pracovníci vykonávají svou pozici na plný úvazek, jiní v ní působí pouze omezený počet hodin týdně. [59]

1.1.9 Role herních specialistů/pracovníků

Název Herní specialista v nemocnici (Hospital Play Specialist) byl vytvořen v roce 1970, kdy vyvstala potřeba definovat roli pracovníka v týmu na oddělení, který používá hru v komunikaci s hospitalizovanými dětmi. Tento pracovník je nedílnou součástí týmu, složeného z jiných odborníků. Je to svým způsobem kamarád dítěte, jehož náplní práce je [59] :

- organizovat denní herní aktivity v herně nebo na lůžku
- podporovat, aby se hrou dosáhlo vývojových cílů
- pomáhat dětem zvládnout a překonat úzkost i jiné negativní pocity
- užívat hru k přípravě dětí na vyšetření
- podporovat rodinu a sourozence dítěte
- přispívat do klinického posudku dítěte skrze pozorování hry dítěte
- učit hodnotě hry, kterou má pro nemocné děti
- podněcovat a pěstovat přátelství mezi vrstevníky dítěte navzájem
- organizovat oslavy a speciální události je [59]

Obecně lze rozlišit několik základních úrovní profese herních pracovníků. Odvíjí se od typu výcviku, osobních zkušeností a praxe, zodpovědnosti a vlastního organizačního členění v konkrétní nemocnici. Můžeme se setkat s Hospital Play Assistant, Hospital Play Specialist, Senior Hospital Play Specialist (úroveň I. a II.), Team Leader/Play Coordinator a Play Service Manager. [59]

Herní pracovníci, kteří jsou v roli manažerů jiných herních specialistů, se často podílejí na zajišťování supervize nejen těchto pracovníků, ale také dobrovolníků, které vedou a školí. [30]

Z pozice člena multidisciplinárního týmu je povinností herních pracovníků přispívat do lékařské dokumentace a pomáhat utvářet komplexnější pohled na dítě v nemocnici – herní pracovník přináší například informace o potřebách a vývoji dítěte, jeho rodinné situaci apod.

Herní specialista má řadu povinností, mezi něž patří také dbát na opatření omezující vznik rizikových situací, které mohou v praxi nastat (prevence poranění a úrazu dítěte). Konkrétním příkladem je kvalita a zodpovědnost za stav používaných hraček v herně a jejich hygienickou nezávadnost. [59] Do prostředí na oddělení by měl vnášet prvky, které v tak specifické instituci, jímž nemocnice je, znamenají dotek běžného života,

normality. Může se snažit toho dosáhnout výzdobou chodeb a pokojů na oddělení, výběrem nábytku a kreativitou při jeho skladbě, zprostředkování kontaktu se zvířátkem, hudbou, kombinací barev a péčí o osvětlení prostor apod.

Herní specialista se jako člen multidisciplinárního týmu podílí na přípravách dítěte na vyšetření či zákroky. Tato jeho činnost se rozděluje na čtyři stupně - přípravu před vstupem do nemocnice, doprovázení dítěte v průběhu jeho vstupu, přípravu na zákrok a posledně rozhovory a péče po zákroku či ukončení pobytu v nemocnici. [59]

Hlavním účelem je sejmout z dítěte zbytečnou úzkost a představy, které mohou zveličovat celý proces v hlavě dítěte, napomoci mu porozumět celé situaci, ve které se nachází nebo bude nacházet a dát mu možnost vyjádřit své emoce. Zájmem herního specialisty je, aby celý proces, který dítě musí podstoupit, na něm zanechal co nejmenší psychické následky. [59] Proto bývá herní specialista přítomen jako doprovod při vlastních zákrocích, je-li to pro dítě potřebné.

1.1.10 *Klientská advokacie*

Práva hospitalizovaného dítěte jsou definována v Chartě práv dětí v nemocnici (Charter for children in hospital), kterou podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 1992. [15] Vychází z britského znění National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. Tento dokument mimo jiné definuje právo dítěte na přístup k informacím a zakotvuje jeho právo podílet se na léčbě a žádat o vyslyšení svého hlasu. Dítě a jeho rodina má získat informace takovým způsobem, aby jim porozuměli a pomohlo jim to k uskutečnění informovaného rozhodnutí ohledně léčby a hospitalizace. K uplatňování tohoto práva má dopomoci také herní specialista – ať už tím, že poskytne svým klientům dostatek informací, (u dítěte ty informace, které jsou přiměřené jeho věku a chápání), i tím způsobem, že bude pomáhat prosazovat jeho hlas (společně s názory jeho rodiny) mezi lékaři, zdravotníky a všemi, kdo mají v případě rozhodování pravomoce. [54] Herní pracovníci tráví s dětmi zpravidla více času než ostatní personál v nemocnici a mohou se tak věnovat dítěti i jeho rodině dlouhodobě a pečlivě.

Alice Řezníčková /A. Řezníčková, ústní sdělení, 8.1.2007/

„Musíte kolegy v týmu přesvědčit o tom, že vás mají poslouchat. Když jim říkáte, že ten člověk něco potřebuje nebo že něco nefunguje, tak to není tak prosté. Je třeba přesvědčit zdravotníky o potřebě těch dětí. Aby si fakt mohly hrát, aby mohly mít své věci, aby se jim nechalo trošku svobody. Tomu dítěti stačí, když mu prostě necháte vybrat, jestli chce odebrat krev z pravé nebo z levé ruky, nebo jestli chce ležet u okna nebo u dveří, nebo jestli chce chodit v pyžamu nebo v legínách a v tričku. To jsou jakoby „ptákoviny“, ale v tu chvíli, kdy to dítě je v podstatě uvězněné někde, kde se nemůže o ničem rozhodnout, kde musí jíst, kdy se mu poručí, čůrat a spát kdy se mu poručí, tak alespoň základní drobnosti... To dítě potřebuje mít svobodu. Aby nebylo jak balík, který se překládá sem a tam a ztrácí opravdu jakoukoliv sebejistotu a pocit, že ještě něco může ovlivnit.“

1.1.11 *Herní terapie a její vztah k herní práci*

Není náhoda, že některé principy, kterými se herní specialista ve své práci řídí, jsou značně podobné přístupu, který se nazývá herní terapie (play therapy). Herní práce i herní terapie se soustředí na dítě (ve smyslu klienta) a na hru. Nejedná se však o totožný obor. Smysl herní terapie spočívá v tom, že by měl člověk – pacient či klient - dosáhnout respektu k sobě jako k individualitě a k vlastní hodnotě. Herní terapie může být účinnou metodou pomoci dětem v nemocnici, které mají například vážné chronické nebo život ohrožující onemocnění. [2]

Faktem je, že herní práce využívá některých principů herní terapie. [56] Nedělá si však ambice poskytovat cílenou terapii na problém narušeného dítěte, což je právě úkolem herního terapeuta. „Herní specialista se spíše snaží porozumět psychologickým potřebám dítěte s tím předpokladem, že hra ukáže normální reakce dítěte v abnormální situaci,“ [30, str. 64] jímž právě pobyt dítěte v nemocničním prostředí je.

O příbuznosti obou oborů svědčí i fakt, že se role herního terapeuta a herního specialisty často zaměňují. Podle Ann Cattanach je třeba si uvědomit, co je úkolem každého z nich. Cattanach říká: „Úkolem herního specialisty je pomáhat dítěti vyrovnat se s praktickými úskalími, které s sebou proces léčby přináší a vysvětlit dítěti vše, co se s ním během vyšetřování a léčby děje.“ [6, str. 89] Je zcela zřejmé, že děti nemohou rozumět jazyku lékařů, ale ani výrazům fyzioterapeutů nebo jiných odborných pracovníků. Nebo se může stát, že si určitý výraz spojí s nesprávnou situací, pocitem či vytvoří mylnou

fantazii. Úkolem herních pracovníků je sledovat, jak dítě chápe pojmy, se kterými se setkává a umět korigovat jejich význam. Opět je zde účelem správná orientace dítěte v prostředí, ve kterém se nachází a redukce nedorozumění a negativ, k nim se vztahujících.

Jedna z nejnáročnějších činností, která do záběru herního specialisty také spadá, je komunikace o smrti. Někdy může být pro pacienta a jeho rodinu příliš těžké nemluvit o tématech pojících se k smrti, a paradoxně někdy se zdá těžší o nich začít mluvit. Proto je potřeba někoho, kdo je připraven se takovými myšlenkami zabývat a brát je vážně. Tuto roli by měl umět zastat herní specialista.

R. Landsdown zmiňuje úlohu dobrovolníků, kteří pod podmínkou dobrého výběru a supervize mohou pomoci dítěti usnadnit pobyt v nemocnici. Zvláště v případě, pokud rodiče nemohou nebo nechťejí dítě pravidelně navštěvovat. Takový dobrovolník (autor jej nazývá *Ward Granny*), může dobře zapůsobit hlavně na dítě, které z nějakého důvodu nemůže snadno navázat uspokojivý vztah se svými vrstevníky. [30] Důležitou součástí praxe je pro herní pracovníky všech kvalifikací i pro dobrovolníky supervize. V britských nemocnicích je nabízena jak skupinová, tak individuální supervize.

1.2 Herní práce ve světě

Myšlenka herní práce se rozšířila také mimo Velkou Británii, avšak rozdílným tempem a způsobem. Prokazatelně se ujala v Holandsku a Švédsku, mimo Evropu pak ve Spojených Státech Amerických (USA), v Kanadě a na Novém Zélandu. V těchto zemích je herní práce zavedený obor, se svými profesními organizacemi, pravidly a systémem, který hlídá a zajišťuje kvalitu služby. V některých dalších zemích jsou myšlenky herní práce živé, avšak ještě chybí určité kroky k jejímu oficiálnímu etablování jako uznávané profese – příkladem může být Česká republika, o níž bude pojednáno v následující kapitole.

1.3 Herní práce v České republice

1.3.1 Herní práce po česku

I v českém prostředí existují snahy poskytovat herní práci v takové podobě, jak ve Velké Británii vznikla. Nicméně české prostředí má svá specifika, která je nutno brát v úvahu. Z toho důvodu je původní model přece jen pozměněn tak, aby také co nejvíce

vyhovoval životu v našich podmínkách. Principy herní práce však musejí zůstat zachovány.

Z úvah A. Řezníčkové, M. a J. Královcových o herní práci aplikované na české prostředí, které byly publikovány v knize M. Valenty [48] je zřejmé, že hlavním úkolem herního specialisty je pečovat o dobrý psychický stav dětí i jejich rodičů. Jeho přístup k dítěti a rodině je zásadně nedirektivní (pozn. což je možno spatřovat jako kontrast k zavedené praxi ve zdravotnictví). Vždy vystupuje a koná v zájmu dítěte, respektuje jeho práva. Měl by vhodnými prostředky pomáhat dítěti porozumět nové situaci, vyrovnat se s léčbou i s pobytem v nemocnici. Je to odborník, který musí mít patřičné vzdělání a výcvik. Herní specialista by měl:

- znát normální vývoj dítěte od narození do dospělosti
- být schopen dítě pozorovat a rozpoznat jeho aktuální potřeby
- být připraven hrát si s dětmi různého věku a mít ze hry radost
- rozumět chování dítěte v náročných životních situacích
- umět používat takové herní metody, které pomohou dětem a jejich rodičům zvládnout vyšetření a léčbu
- mít základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, orientovat se v provozu zdravotnického zařízení

Jednu z výrazných odlišností si můžeme ilustrovat na odlišném přístupu českých zdravotníků obecně k rodičům a příbuzným dítěte, kteří s ním chtějí po dobu nemoci zůstat na oddělení. J. Královec a M. Královcová k situaci u nás podotýkají, že takovýto přístup je bohužel stále „novinkou.“ „V naprosté většině institucí, pečujících o dětské pacienty a klienty, rodiče své přirozené místo dosud nemají, nikdo je nemá *na starosti*, mnohde jsou stále *neviditelní*. Personál se teprve pomalu učí vidět za každým dítětem jeho rodinu a za každou rodinou její osobní příběh.“ [26, str. 35] J. Královec pak v článku v Učitelských novinách situaci dále specifikuje „U nás je problém ve vztazích – mezi lékaři a jinými profesemi, mezi zdravotníky a pacienty a jejich rodinami. A tento vztah by se měl humanizovat. V tom by měl herní specialista pomoci.“ [46] Tak lze charakterizovat hlavní výzvu, která na nové pracovníky a nové role ve zdravotnictví čeká: přispět k humanizaci medicíny a k zaměření se na komunikaci s pacientem, která se pomalu ze skvěle technicky vybavených nemocnic vytrácí.

O potřebě rodičů být v nemocnici přijímáni a o významu herního specialisty v komunikaci s nimi se zmiňuje **Alice Řezníčková** následovně: „Často fakt stačí takový jako lidský přijetí, zmapování potřeb. A ty lidi viděj, že o ně někdo má zájem. Já neříkám já osobně, ale to pracoviště. Že prostě stojí za to tomu pracovišti někoho vyčlenit na to, aby se s těma lidma zaobíral, aby se o ně staral.“ [40]

Požadavky, kladené na herní specialisty v českém prostředí, se týkají zejména schopnosti dosáhnout toho, aby byla jejich práce ostatními pracovníky přijímána a respektována – aby byli přijímán jako řádný člen týmu. Protože naše zdravotnictví je stále ještě do značné míry paternalistické, je potřeba, aby herní specialista posiloval hlas pacientů, zvláště pak dětí a jejich rodin a budoval v nich zdravý přístup ke spolurozhodování o léčbě a svém zdraví. [48] Pro dítě a jeho rodinu spočívá význam herního specialisty v šíři jeho pohledu na pacienta, jeho rodinu a nemoc. Jak v rozhovoru uvedla Alice Řezníčková [40] „Herní specialista je mezioborový. Je ochranou a advokátem klienta, který jej v pravý čas zaštití, pokud jde o nějaké rozhodování a zohledňuje více jeho zájmy a potřeby.“ Tyto principy práce herního specialisty jsou v českém prostředí zvláště důležité.

1.3.2 Překážky pro úspěšné zakotvení role herního specialisty

Mezi hlavní objektivní překážky úspěšného působení herního specialisty patří:

- legislativní rámec
- vzdělávání herních specialistů
- tradiční hierarchie a způsoby komunikace zdravotníků
- spor o roli herního specialisty - pedagoga

Situace v České republice je nesnadná v tom, že herní práce zde není právně zakotvena – neexistuje zákon který by definoval kompetence (i práva, povinnosti a pravomoci) herního specialisty v organizačním začlenění zdravotnického týmu na oddělení. Nicméně i přes tuto podstatnou nevýhodu vedení některých nemocnic rozpoznalo význam herního specialisty pro dětské pacienty a jejich rodiny a na této pozici zaměstnávají pracovníka, jehož pracovní náplň se více méně blíží roli herního specialisty. Údaje o jejich celkovém počtu není snadné zjistit. Problémem se tato situace stává v tom okamžiku, kdy se pod pojmem herní specialista nerozumí přesně ohraničené

pole kompetencí, ale naopak velká šíře přístupů. Klient pak právem neví, co může od herního specialisty očekávat, protože každý pod tímto pojmem chápe něco jiného. Dnes v podstatě platí: kolik pracovníků, tolik druhů herních specialistů. [23]

Tím, že není dané legislativní vymezení herního specialisty, není ani stanoveno, jaké vzdělání by měl herní specialista mít. Herním specialistou se člověk může stát v praxi několika způsoby. V dnešní době je výhodou, má-li dotyčný zájemce o tuto pozici zdravotnické vzdělání. Skutečnost je i taková, že na pozici herní specialista se ocitají pedagogové, jimž se postupně v mnoha krajích ruší dosavadní zaměstnání v rámci škol při nemocnicích a oni tak vidí jako dobrou cestu uplatnění v „blízkém“ oboru. Iniciátory a propagátory vzdělávání herních specialistů jsou manželé Markéta a Jiří Královcovi, kteří působí v rámci Nadace Klíček. V současné době existuje certifikovaný program „Specialista pro hru a komunikaci“, který nabízí Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze a Střední a Vyšší zdravotnická škola v Plzni ve spolupráci s Nadací Klíček. Program vychází z britského modelu herní práce, je však přizpůsoben českému prostředí. Více informací o jeho koncepci lze získat z internetových stránek <http://herniprace.cz> a www.playwork.cz [60].

Další problematická oblast spočívá v začlenění herního specialisty v současném zdravotnictví. Působení herního specialisty v českém prostředí jako respektovaného a plnoprávného člena zdravotnického týmu je jen těžce dosažitelné – ale není nemožné. Závisí to velice na samé osobnosti herního specialisty, jakou pozici si dokáže v rámci týmu sám vybudovat. Příklad Alice Řezníčkové z pražské Fakultní nemocnici v Motole je důkazem. Ona sama výstižně okomentovala tuto problematiku následovně: „Jde o to, aby se zdravotnictví otevřelo vnitřně.“ [40] Nicméně zdá se, že samotné prostředí zdravotnictví respektive zdravotníci nejsou připraveni na nové role v péči. Na některých odděleních jsou zdravotní sestry tak vyčerpány, že opravdu nemají čas psychické potřeby pacientů. Na jiných mohou mít čas, avšak zájem je to, co zde schází. V článku věnovanému diskusi nad rolí herního specialisty uvedl primář dětského oddělení Nemocnice Třebíč J. Kozák: „V současném výkonovém a ekonomicky zaměřeném zdravotnictví se na nemocnici hledí jako na provoz fabriky. Určitě by to tak nemělo být, ale nemocnice jsou do toho tlačeny čím dál tím víc. Na to, aby si sestra s dětským pacientem promluvila, aby promluvila s rodiči, je stále méně času,“ [46]

Alice Řezníčková [40]

„Já jsem před mateřskou pracovala jako sestra – dělala jsem na sále, měla jsem postavení relativně jako samostatná sestra a když jsem začala dělat tuhle práci /pozn. práci herní specialistiky/, tak mi taky chvíli trvalo, než jsem si to nějakým způsobem vlastně srovnala. Protože jsem na jednu stranu narazila na to, že skoro prostě ... strašný prostor je neošetřený, což jsem si vůbec jako sestra neuvědomila. Děláte přesně, děláte to, co jako považujete za důležité nebo to, co máte, ale nemáte čas se s těma lidma bavit. Prostě vůbec nezjistíte, co všechno ty lidi potřebují a co všechno chtějí. A oni očekávají, že si s nimi sednete, že se s nimi podíváte na fotky, vrátíte do minulosti, kde vznik nějaký problém, který třeba vedl k současnému stavu. A tohle ti lidi v podstatě potřebují a chtějí a na tohle v tom zdravotnictví prostě nikdo nemá čas. Mně trvalo dva roky, než jsem se sama v sobě srovnala a uvědomila jsem si, že pro ty lidi a pro ty děti je to mnohem důležitější, pro ně subjektivně, než ta léčba. Samozřejmě to je nesmysl, protože ta léčba vám zachraňuje život. Ale potom je to všechno okolo tak náročné a důležité, že to překryje to, že jim někdo zachránil život. Ale vnímají to, jestli se na ně usmíváte, jestli si můžou hrát, jestli se k nim personál chová slušně a jestli jim poradíte a tak dále.“

„Je to anarchie ve smyslu, že ti lidi /pozn. rodiče a příbuzní/ nic neví, že se s nimi nikdo nebaví, že není žádný člověk, který s tou rodinou komunikuje, jak postupovat a co jim poskytnout.“

Dalším specifíkem, které ovlivňuje situaci etablování herní práce, je spor o to, kdo by měl být herním specialistou: jestli pouze člověk, který prošel příslušným vzdělávacím programem, zdravotnický pracovník nebo pedagog, případně speciální pedagog.

2. Stáří a klíčový aspekt kvality života: soběstačnost

2.1 Stáří

Stáří je „konečnou etapou procesu stárnutí“ nebo také „konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života“. [33, str. 17] Střední délka života byla v roce 2006 v České republice u mužů 73,4 let a u žen 79,7 let. [1] Tato hodnota v posledních letech kontinuálně roste.

Základním nedostatkem je uvažovat o seniorech obecně, jako by se jednalo o homogenní skupinu. Z. Kalvach k tomu podotýká: „Přes oprávněnost specifického zájmu o seniory jako věkovou skupinu a přes existenci specifických problémů a potřeb seniorského věku, vyžadujících specifické seniorské programy, jsou jednotliví senioři až do nejzazšího věku především „sami sebou“ a teprve pak „starými lidmi.“ [21, str. 122] Z toho plyne nezbytnost plurality a variability programů, které bychom chtěli starým lidem nabízet. Již z praktické části této práce je zřejmé, že senioři a jejich potřeby se od sebe někdy výrazně liší. Ve své knize to potvrzuje i H. Zavázalová: „Potřeby starých lidí nejsou homogenní, ale naopak přísně individuální. Jsou utvářeny celoživotním stylem, hodnotovým žebříčkem každého člověka, korespondující se vzdělaností. Kvalitu života ve stáří ovlivňuje rozhodujícím způsobem zdravotní stav, úroveň bydlení, finanční situace, možnosti komunikace s lidmi a zapojení do života společnosti, možnost zajištění potřebné pomoci.“ [63, str. 82] Mýty, které zkreslují pohled na stáří, jsou výstižně popsány ve Fenoménu stáří autorky H. Haškovcové (1989).

Některé rysy stáří se mohou ale dotýkat podstatného množství seniorů, proto jsou zobecňovány a pro lepší uchopitelnost problematiky označovány jako společné charakteristiky stáří. Je to například adaptační schopnost, která je ve stáří snížena. Důsledkem je horší a pomalejší reakce na veškeré změny vnějšího či vnitřního prostředí. [14] Zabýváme-li se seniorskou populací, neměli bychom opomenout klíčový pojem, kterým je soběstačnost. Míra soběstačnosti do určité míry určuje možnosti aktivit, které starý člověk může provozovat.

2.2 Soběstačnost

Gerontologové zdůrazňují význam předcházení vzniku závislosti a udržení starého člověka co nejdéle v jeho domácím prostředí. Právě závislost a osamělost byly

označeny jako hlavní rizikové faktory stáří, na něž se mohou vrstvit další problémy, vedoucí ke snížení kvality života starého člověka. Na Světovém shromáždění o problémech stárnutí v roce 1982 byl definován význam možnosti co nejdéle vést nezávislý život v rámci společenství, které člověk zná a cítí se v něm doma. [63, str. 82] Podle H. Zavázalové můžeme rozlišovat soběstačnost z několika aspektů [63, str. 26]:

1. soběstačnost fyzická (především pohyblivost)
2. soběstačnost psychická (schopnost zařizovat si své věci samostatně)
3. soběstačnost ekonomická (dostačující příjmy)
4. soběstačnost sociální (úroveň integrace s rodinou a společností) [63, str. 26]

Pro každodenní život starého člověka je důležitá tzv. praktická soběstačnost (míra soběstačnosti v praktických každodenních činnostech). Mezi faktory, které negativně ovlivňují soběstačnost, patří mimo jiné častá hospitalizace, osamělost a nemožnost nebo neochota v poskytování pomoci ze strany rodiny. [63] Ve výzkumu zabývajícím se prioritami kvalitního života v kontextu všedního dne uvedl významný počet seniorů (nad 60 let) klíčový význam emocionální opory a ocenění, vzájemné provázanosti, pozitivních emocí a spirituality. [28] Jaké jsou vlastně rizikové skupiny seniorů, kterým hrozí snížení kvality života? Odborníci ze Světové zdravotnické organizace je definovali několik skupin, mezi které patří velmi staré osoby nad 80 let věku, osaměle žijící, staré ženy, (zejména osamělé a svobodné), lidé umístění v ústavních zařízeních, izolovaní staří lidé, bezdětní, lidé se závažnými chorobami a vadami, páry, kde je partner vážně nemocen nebo hendikepován a v neposlední řadě lidé se špatným hmotným zabezpečením [63, str. 36]

Mezi riziková patří též některá životní období starých lidí. Například odchod do důchodu je charakteristický ztrátou společenských kontaktů a změnou vžitého stereotypu. Dále období po úmrtí partnera nebo příbuzného, návrat z ústavního léčení do vlastní domácnosti, naopak i přemístění do zdravotní či sociální ústavní péče. [63] Budeme – li hledat způsoby využití herního specialisty u seniorů, nabízí se zaměřit se na některé z rizikových skupin. Pokud zohledníme tento rys rizikovosti, může herní práce přispět ke zvýšení prahu rizikovosti pro seniory.

3. Současné životní prostředí seniorů a jejich aktivace v České republice

Zjistit možnosti uplatnění herní práce u seniorů znamená především zamyslet se nad současným způsobem života seniorů, nad potřebami a jejich uspokojováním. Z tohoto pohledu se nabízí pomocné dělení na seniory, kteří žijí ve městě, a na seniory ve vesnickém prostředí. Dále na seniory, kteří žijí nezávisle, ať už ve své vlastní rodině nebo sami, a na ty, kteří se neobejdou bez pomoci instituce (domovy důchodců, léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), hospice atp.).

Podíváme-li se na všechny tyto pomocné skupiny podrobněji, můžeme více méně spolehlivě odhadnout, jaké aktivace se seniorům v té které skupině dostává, a to ať už máme na mysli přirozenou aktivaci, nebo aktivaci iniciovanou zvenčí.

3.1 Současné životní prostředí seniorů

Životní podmínky jsou pouze jedním z faktorů, které ovlivňují způsob stárnutí člověka. Mezi další významné činitele patří zákonitá biologická involuce, nejvýznamnější chorobné procesy ovlivňující funkční stav ve stáří a životní způsob člověka. [21] Faktory biologické involuce a kvalita a kvantita chorobných procesů jsou velmi individuální. Způsob života, který vychází z osobnosti člověka, jeho přístupu k běžným denní úkonům, ze subjektivního hodnocení a prožívání jedince, a životního prostředí jedince jsou faktory, na které může mít herní specialista určitý vliv. Z toho důvodu se této problematice budeme podrobněji věnovat.

Není účelem zabývat se pojmem životní prostředí z ekologického hlediska. Budeme jej spíše chápat jako souhrn faktorů, které na člověka působí ve smyslu aktivace. Vycházíme tedy z předpokladu, že způsob aktivace závisí na prostředí, ve kterém člověk žije.

3.1.1 Městské a venkovské prostředí

Městské prostředí je charakteristické členitější urbanistickou zástavbou a rozvinutou infrastrukturou. V rámci snahy o zachycení charakteru městského prostředí se nabízí další třídění např. na hlavní město Prahu, které má díky své velikosti specifické

podmínky, a ostatní města v České republice. Nám jde spíše o vystihnutí typických prvků, nikoliv o konkrétní popis životních podmínek seniorů.

Zabýváme-li se venkovem dnešní doby, je třeba si uvědomit, že obraz českého venkova není zdaleka jednotný. Pokud se na problematiku podíváme z pohledu komunity, zjistíme, že stále existují vesnice s bohatým společenským životem, kde obyvatele baví organizovat se a setkávat se na společenských akcích. Existují mezi nimi živé vazby, které se snaží udržovat. Můžeme však najít vesnice „mrtvé“, kde lidé žijí vedle sebe, ale de facto spolu udržují nepatrný společenský kontakt. Téma tradiční vesnice bylo předmětem zájmu práce H. Soukupové, která poznamenala, že: „V průběhu 50. let 20. století docházelo v rámci lokálních vesnických komunit k určitému upouštění od aktivního přístupu ve společenském a kulturním životě. Vesnice se přiklonila k pasivním formám a stala se konzumentem mediálně šířené a státem řízené kultury“.

[41, str. 37]

Můžeme říci, že město ve srovnání s venkovským prostředím nabízí člověku větší šíři kulturního vyžití, nabídku volnočasových aktivit, příležitostí k různým druhům sportu, vzdělání apod. Šíře kulturních podnětů venkovského prostředí je menší, hloubka společenských vazeb a propletenost vztahů však je pravděpodobně větší. Lidské osudy jsou zde těsněji propojeny.

Na městského seniora jsou kladeny nároky na schopnost vstřebávat větší množství podnětů v měnícím se prostředí. Typickým příkladem je senior jako účastník silničního provozu. Je také více závislý na institucích, kterých je v městě pochopitelně více než na venkově. Městský člověk tedy obecně častěji komunikuje s různými institucemi. S tím souvisí rychle se měnící životní prostředí města, v omezené míře také vesnice. Narůstá význam komunikace prostřednictvím internetu, mobilních telefonů a stále nových technických vymožeností. Zvyšují se nároky na pochopení a adaptaci na změny, které to s sebou přináší. Pokud senior nemá dost příležitostí bezpečně se seznámit s těmito změnami či mu v tom brání jiné faktory (např. špatný zrak, finanční nákladnost apod.), stává se pro něj stále náročnější dostatečně rozumět světu kolem sebe a umět se svým okolím efektivně komunikovat na partnerské úrovni.

Pro tradiční vesnici je typická šíře sociálních vazeb. Naopak ve městě je trend vytvářet kvantitativně menší množství vztahů. Ve městě žijí lidé ve větší izolovanosti od svého sociálního okolí. Není zde zvykem vytvářet komunity s blízkými vztahy v rámci jednoho domu, člověk zpravidla příliš nezná své sousedy, o pomoc se obrací na rodinu

či instituce. Sousedský prvek sounáležitosti zde nefunguje v takové míře jako na vesnici. Přesto je patrné, že v sociální oblasti je město a vesnice mnohem vyrovnanější, než tomu bylo v předchozích staletích. Stále je však zřejmé, že vesnice rychleji vytvářejí „příbuzenskou skupinu“, jak píše A. Robek, byla k tomu často nucena vzájemnou vztahovou potřebou více než město. [39]

Výrazný zdroj podnětů znamená pro seniora kontakt s rodinou – se svým životním partnerem, dětmi, vnoučaty a příbuznými. Právě tyto kontakty patří běžně k nejintenzivnějším a seniorem nejvyhledávanějším. Často poskytují dostatečné pole k realizaci např. hlídání vnoučat, péče o domácnost, společný život s partnerem, organizace rodinných setkání apod. Pro seniora nastává náročná situace, pokud tyto druhy kontaktů jsou z jakéhokoliv důvodu omezeny či přerušeny. Každému člověku by měla rodina poskytovat prostor pro podporu. Příbuzní jsou zpravidla na prvním místě, koho senior osloví s žádostí o radu či pomoc. Problematické bývá, pokud rodina neexistuje nebo z nějakého důvodu neplní svou funkci. Je známo, že starý člověk klade důraz na kvalitu a hloubku společenských vztahů. Preferuje léty ověřené vztahy, s nimiž má dlouhodobou zkušenost. Navazování nových dlouhodobých kontaktů nebývá příliš snadné. [21] I z výzkumné zprávy vydané odborníky ze Zdravotně-sociální fakulty Ostravské univerzity v Ostravě s názvem „Senioři ve společnosti“ vyplývá, že se senioři spoléhají především na životního partnera a rodinu (dospělé děti), mezi zdroje pomoci uvádějí senioři na dalších místech hojně přátele a velmi často sousedy. [44]

Ve městě se organizací nejrůznějších aktivit zabývají nejčastěji samotné obce a specializované instituce, na vesnici jsou to vedle obcí také spolky a zájmová sdružení občanů. Podle počtu aktivních spolků lze odhadovat společenské klima vesnice. Četněji jsou na vesnici zastoupeny také domácí oslavy, které mají důležitou funkci v rámci rodiny. [41] H. Janečková považuje za důležité, aby „komunita sama zachovala přirozené příležitosti k setkávání a ke společné aktivitě jak příslušníků starší generace samotných, tak i mezigeneračně.“ [22, str. 455]

Co se týče zdravotních a sociálních služeb, je zřejmé, že občané města mají ve srovnání s vesnickými obyvateli větší nabídku služeb zajištěnou v místě jejich bydliště. V případě potřeby jsou pro ně služby místně i časově dostupnější. Naštěstí lze na mnoha místech i na venkově využít terénních služeb (např. pečovatelská služba, home care). Venkov svůj handicap v této oblasti vyrovnává většinou snad existujícími sousedskými vazbami,

které v případě potřeby plní některou z funkcí pečující instituce, pokud ji nemůže plnit dostatečně sama rodina.

I z rozložení obyvatel podle typu bydlení vyplývá, že ve městě můžeme nalézat více jednogeneračních rodin, žijících ve společné domácnosti, než na vesnici, kde naprostá většina lidí bydlí v rodinných, často vícegeneračních domcích.

3.2 Aktivace a senioři

Je dobře známo, že důležitou prevencí nesoběstačnosti ve stáří je právě aktivita. Motorem přirozené aktivace je charakter/osobnost člověka a prostředí, které k němu vysílá podněty. Z kombinace těchto dvou hlavních faktorů pak vyplývá způsob života člověka. Z. Kalvach tento vztah definuje následovně: „Ve skutečnosti aktivita člověka vzniká z napětí mezi vnitřní potřebou činnosti a vnější příležitostí tento vnitřní akční potenciál nějak zaměřit.“ [22, str. 439]

Aktivaci lze chápat dvěma způsoby. Klíčem k rozdělení je směr působení podnětu, který následně člověka podnítl k nějaké akci, činnosti. Rozlišujeme dva druhy aktivace:

- aktivace přirozená (osobní) – tímto druhem aktivace ve své práci míním přirozené stimuly vycházející z životního prostoru, konkrétního prostředí, kde ten který člověk tráví svůj čas, a které v kombinaci s charakterem jeho osobnosti podněcují člověka k činnosti.
- aktivace iniciovaná zvenčí (umělá) – v této fázi sběru materiálů zahrnují pod tento termín všechny aktivity, které někdo seniorům nabízí proto, aby je aktivoval, aby senioři byli aktivováni.

Hranice mezi přirozenou a umělou aktivací je pochopitelně v některých ohledech nezřetelná. Například vybízí-li k nějaké přirozené aktivitě v domácím prostředí seniora jeho příbuzný, jde stále více méně o přirozenou aktivaci.

Podle pyramidy potřeb A. H. Maslowa, který rozlišuje lidské potřeby do tří vrstev, patří potřeba činnosti do druhé vrstvy, stejně jako potřeby podnětů, poznávání, komunikace, sounáležitosti, bezpečného zázemí, autonomie, potřebou být pozitivně přijímán a participovat na něčem. Do skupiny základních potřeb patří biologické potřeby zajišťující přežívání druhu, do třetí skupiny nejvyšších potřeb se řadí potřeby vztahující se ke smyslu života, k seberealizaci, vztahu k Bohu apod. [22]

V souvislosti s významem aktivace lze poukázat na Žádníkovu studii (1992), která se zabývala procesem adaptace seniorů v domově důchodců. Právě vyloučení možnosti aktivního jednání vedlo k celkovému psychosomatickému úpadku. Podle stupně dosažené adaptace pak docházelo k prohloubení procesu demence, nebo k jejímu utlumení. [22] Důležitost aktivace nabývá na významu v kombinaci se špatným zdravotním stavem jedince. „Čím větší je fyzické a/nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce prostředí.“ [22, str. 437] Podle Rheinwaldové dává kvalitní činnost seniorům příležitost k rozhodování, zodpovědnosti a umožňuje jim ověřit si vlastní schopnosti. V institucích klade autorka důraz na pečlivou přípravu a hodnocení aktivit a kreativní obnovování nabídky o aktivity nové, které splňují očekávání seniorů (i pracovníků). [38]

Jednotliví senioři mají různou potřebu aktivace, což vychází z konkrétní situace, ve které se nachází. Podle H. Zavázalové je aktivita ve stáří ovlivněna [63, str. 45]:

- společenskou atmosférou
- individualitou starého člověka
- zdravotním stavem
- nabídkou možností [63, str. 45]

Volnočasové aktivity a jejich rozdělení

Jak píše Z. Kalvach, nestrukturovaný volný čas může být příležitostí k osobnímu rozvoji a seberealizaci, ale také specifickým problémem seniorů, který se odborně nazývá „syndrom z penzionování“. Jedná se o projev špatného přizpůsobení na ztrátu pevného životního rytmu, který je charakteristický nadbytkem volného času, změnou sociální role i prestiže a poklesem životní úrovně. Z. Kalvach uvádí, že „Řešením není pouze dostatek finančních prostředků, ale také přiměřená nabídka aktivit (volontérská, dobrovolnická činnost, seniorská hnutí, aktivity vzdělávací, poznávací, turistické, pohybové, zájmové atd.), příprava na stáří s včasným nabíháním tzv. náhradních činností ve středním věku a s vědomím úskalí penzionování, a také vhodná společenská atmosféra zaměřená na uspokojení těchto komplexních potřeb penzionovaných spoluobčanů.“ [21, str. 125]

Autor považuje problematiku volného času za natolik společensky závažnou, že na některých fakultách dala vzniknout profesi pedagoga volného času, „který by se v roli metodika, iniciátora, animátora“ mohl objevovat také v penzionech pro seniory,

ošetřovatelských ústavech, seniorských centrech, nebo jako člen geriatrických týmů. [21, str. 125] Podle Vostrovské by měly být aktivity v domácím i institucionálním prostředí zaměřeny na vzdělávání, aktivity zájmové a pohybové, poznávací a kulturní programy i na společenské aktivity a komunikaci. [53] H. Janečková, Z. Kalvach a I. Holmerová též rozdělují činnosti podle místa v životě člověka na činnosti všedního dne, pracovní činnosti, péče o sebe, činnosti volného času (hra, zábava) a rozvoj a vzdělávání [22] Je zřejmé, že aktivity lze rozlišovat i podle mnoha jiných kritérií.

3.2.1 Přirozená aktivace

Jedním z charakteristických rysů přirozené aktivace je, že ji člověk iniciuje sám v prostředí, kde se každodenně pohybuje. Senior může být díky různým vlivům (nemoc, postižení smyslových funkcí, ...) ve své aktivitě omezen. Jeho schopnost uskutečňovat činnosti, motivace i výkonnost slábne v míře, která je podmíněna osobnostními vlastnostmi (píle, iniciativa, hodnoty, tvůrčí potenciál, ...) a vlastnostmi prostředí (stimulace či omezování, bariéry, vztahy, role). [22] Staří lidé jsou často více než na formu a materiální hodnoty zaměřeni na vztahy (samozřejmě pod podmínkou zajištění základních biologických potřeb vyplývajících z hierarchie A. H. Maslowa). Pokud má senior příležitost trávit čas se svou rodinou či příbuznými, kde dobře fungují rodinné vztahy a zázemí, je to pro něj nejpřirozenější způsob aktivace. Senior se v okruhu jemu známých osob aktivizuje nejspolehlivěji přirozenou společenskou činností a konverzací. Podle H. Zavázalové se role prarodiče, kterou senioři nejčastěji zauímají, v poslední době mění nejvíce. Je to dáno zejména změnou charakteru práv a povinností prarodičů v rodině. Hraje zde úlohu realizace vlastních aktivit prarodiče, ubývajících autorita starší generace, snižující se význam znalostí a zkušeností seniora v přetechnizovaném světě. Je také typické nezávislé a samostatné soužití prarodičů a rodin jejich dětí. [63] I přes všechny sociology popsané změny, kterými rodina prochází zejména od druhé poloviny 20. století, nelze podceňovat její význam v souvislosti s péčí o své prarodiče. Jak se trefně vyjádřil V. Pacovský, rodina musí splňovat tři podmínky v péči o nesoběstačného seniora: chtít, umět a moci pečovat. Ze sociologických výzkumů vyplývá, že rodinná a sousedská péče pokrývá 70 – 80% opodstatněných potřeb starých a starých nemocných lidí v České republice. [12] Rodina je tak stále nejvýznamnější složkou v péči o seniory a současné sociálně - politické strategie její úlohu podtrhují.

Určitá část seniorů si do nejvyššího věku zachovává soběstačnost, aktivitu, životní program, jsou společenší a umí se seberealizovat. Na opačném pólu můžeme nalézt seniory frustrované, neúspěšné a izolované, kteří selhávají v řešení svých problémů a ty se řetězí v nové a závažnější, které nejsou schopni sami řešit (tzv. spirála neschopnosti). Někde mezi těmito dvěma popsány skupinami se vyskytuje skupina seniorů, kteří by rádi byli aktivní, ale nevědí, jak vytvořit vhodné podmínky pro zájmovou činnost, nebo k tomu nemají možnosti. Další v literatuře popsanou skupinu tvoří senioři se zdravotním postižením či ohrožením, kteří potřebují obvykle aktivity v řízené podobě jako součást komplexních léčebných či preventivních programů. [22] Posledně jmenovaná skupina, ale nejen ona, má potřebu, která v současných podmínkách není obvykle naplňována. I. Holmerová, H. Janečková a Z. Kalvach tuto potřebu upřesňují: „Na samém okraji zdravotnictví, jako typická záležitost zdravotně sociální, tak vzniká komplexní poptávka po službách, nabídkách, podpůrných a pomocných opatřeních, která obvykle nejsou vnímána jako součást zdravotnických služeb, ale která těsně souvisejí s potřebami podstatné části pacientů, s režimem následné či dlouhodobé ústavní péče, s integrovanou péčí komunitní a která mohou závažným způsobem přispívat i ke snížení tlaku na nemocniční lůžka stabilizováním významné populace křehkých potenciálních pacientů v jejich přirozeném sociálním prostředí.“ [22, str. 437] I z této myšlenky lze vycítit propojenost zdravotní a sociální složky člověka, na níž se v moderních koncepcích služeb pro seniory klade důraz.

Senioři ve městě

Aktivity, které starý člověk vyhledává, značně souvisí s předchozím způsobem života, a míře zapojení do společenských struktur obce. Senior může pokračovat v těch aktivitách, které již před vstupem do důchodu provozoval, nebo naopak vyhledat nové, na které při zaměstnání neměl dostatek času. V některých případech městští senioři udávají, že se paradoxně v důchodu cítí mnohem vytíženější než když chodili do zaměstnání.

Koníčky, jimiž staří lidé (ve městě i na vesnici) vyplňují svůj volný čas, jsou velmi rozmanité. Snažit se je popsat je stejně náročné jako snažit se charakterizovat způsoby trávení volného času dospělé populace. Za všechny vyjmenujme například sběratelství, ruční práce, fotografování, zájem o historii, cestování, sport, účast na kulturních a

společenských akcích, pěstování rostlin, péče o domácí zvířata, četba a vyhledávání specifických typů informací či participace v organizacích s konkrétním druhem činnosti. Určité procento seniorů má i v důchodovém věku zaměstnání na plný úvazek a vlastně pokračují aktivním profesionálním životem. Mnozí senioři vyhledávají práci na částečný úvazek – brigády či různé krátkodobé výpomoci jsou vítaným zlepšením finanční situace, často také zdrojem společenských kontaktů a uspokojením vlastních sociálních potřeb.

Stále více se rozšiřujícím jevem mezi seniory je fenomén dobrovolnictví. Člověk může působit jako dobrovolník v přímém kontaktu s klienty (např. nejčastější náplň dobrovolníka v nemocnici) nebo bez přímého kontaktu s klienty (např. pomoc v neziskových organizacích - šití pomůcek pro ergoterapii ve stacionáři, prodej oblečení v charitním obchůdku apod.). Podle informací koordinátorky dobrovolníků Z. Vaculíkové evidují v dobrovolnickém centru, které působí ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze, asi 70 aktivních dobrovolníků (to jsou ti, kteří pravidelně 1-2x týdně docházejí trávit čas s pacienty na odděleních). Z těchto 70 aktivních dobrovolníků je 10 osob v seniorském věku. Převážná část z nich je mladší 70 let – až na dvě výjimky, jedná se o 8 dam a 2 pány. Pět z těchto dobrovolníků v seniorském věku dochází na oddělení LDN, dalších pět na dětská oddělení. [49]

Funkce dobrovolníků je pro seniory vhodná z důvodu dostatku času a energie, ale také smysluplnosti a společenské významnosti takovéto činnosti, i z pravděpodobně větší míry zralosti než bychom mohli očekávat od mladých dobrovolníků. Pro ně samotné může být atraktivní svou smysluplností a uspokojením potřeby pomáhat, být užitečný. Je zřejmé, že u nás existuje poměrně početná skupina seniorů, kteří disponují jak dostatkem síly, tak dostatkem chuti investovat svůj čas i energii do obecně prospěšné práce, ale mnohdy jim chybí konkrétní nasměrování, inspirace či zájem veřejnosti. V některých zemích (zvláště západních evropských státech) je dobrovolnictví mezi seniory značně rozšířeno, je považováno za normální. V našich podmínkách se dobrovolnictví víceméně rodí, což je dáno i rozdílným historickým kontextem (tradice dobrovolnictví, paternalismus zdravotnictví).

Senioři - dobrovolníci mohou být v některých případech vhodnější než mladí dobrovolníci, u kterých může existovat nebezpečí, že v komunikaci s nemocným nebudou mít dostatek zkušeností a sebevědomí k navazování kontaktu a zejména schopnosti udržet konverzaci a mít potřebnou empatii. [35] To platí zejména pro

komunikaci se staršími pacienty, zvláště pak s pacienty se závažnou život ohrožující nemocí. Proto může být vhodnějším dobrovolníkem zralý dospělý člověk, který je vybaven výše zmíněnými schopnostmi, jež jsou vhodně rozvíjeny a usměrňovány právě působením herního specialisty v roli koordinátora.

Městský senior má k dispozici také širokou nabídku kulturních, společenských či sportovních možností. Může se účastnit všech akcí zaměřených na veřejnost i využívat nabídky organizací, v jejichž centru zájmu je právě člověk v důchodovém věku. Výhodou na seniory specificky zaměřených organizací bývá finanční přístupnost pro klienta i přístup pracovníků a komunikace, který by měl zohledňovat některá specifika seniorského věku. Téma volnočasových aktivit seniorů zpracovala v rámci své práce M. Kalašová [19]

Senioři na venkově

Když jsme psali, že městský senior se v okruhu jemu známých osob aktivizuje nejspolehlivěji přirozenou společenskou činností a konverzací, pro vesnického seniora to platí stejně tak. Možná ještě ve větší míře, protože kolem sebe většinou nachází bohatou strukturu stabilních společenských vztahů. Ještě povětšinou platí, že lidé na vesnici se stěhují v menší míře než ve městě, protože jsou tradičně vázáni k půdě a majetku. Z toho vyplývají trvale navázané společenské vztahy, které na vesnici přetrvávají desetiletí, ne-li celý život. Spoluobytelé vesnice (sousedé) jsou tedy pro venkovského seniora, který zde žije dlouhodobě, velmi důležití a názor okolí je pro něj nezanedbatelný. Na jednom místě prožili společné události, mohou sdílet své zkušenosti a řešit problémy, které se jich společně dotýkají.

Pravidelné činnosti seniora jsou často svázány se starostí o dům, o domácí zvířata nebo zahrádku a ovlivňovány sezónními pracemi. Pokud bydlí v dvougeneračním domku, je významným pečovatelem o vnoučata a členem rodiny. Nabízí se zde také genderový pohled na typické aktivity obou pohlaví: muž častěji vyhledává společnost posezením v hospodě, žena je spíše zapojena do aktivit v rámci rodinného kruhu.

Často sám senior bývá významným nositelem tradic a spolupodílí se na organizování společenských aktivit. Senioři bývají aktivní v činnostech tradičních spolků a sdružení např. Česká obec sokolská, Česká zahrádkářský svaz, Český svaz včelařů, pěvecký sbor při místním kostele apod.

Atmosféra vesnice je významným prvkem, který ovlivňuje kvalitu života seniora. Pokud je vesnice živá, lidé se zde schází, udržují se společenské aktivity a „lidové tradice“ jako jsou zábavy, májové masopusty, poutě, hody (posvícení) a podobné oslavy, je život v ní příjemnější než v „mrtvých“ vesnicích, kde tyto společenské tradice zachovány nejsou. V tomto případě převažuje pasivní zábava, mezi kterou patří zejména sledování televize, poslech rozhlasu, četba apod. Není zde vytvořen dostatek příležitostí k setkávání a podnětů k hovoru o společných věcech. Staří lidé pak mohou zažívat intenzivní pocity nudy, depresí, odcizení od světa, spojené s pocity nejistoty, závislosti a nedůvěry.

Osamělý senior žijící na vesnici je v horší pozici co se týče dostupnosti zdravotních a sociálních služeb. Existuje možnost služeb, které přijdou až k potřebnému člověku (např. pečovatelská služba, home care). Za jinými musí senior dojet do nejbližšího místa, kde jsou poskytovány, a takováto cesta může být v některých případech velmi obtížná.

I v rámci církve je dostatek příležitostí k mezigeneračnímu setkávání při pravidelných rituálech. [22] Zvláště na vesnici, nicméně i ve městech, lze pozorovat kladný vztah seniorů k víře v Boha, který se navenek projevuje zejména návštěvou kostelů a poutních míst, péčí o sakrální budovy či spíše jejich interiéry, četbou literatury na toto téma či společným setkáváním se na farní půdě.

3.2.2 Aktivace iniciovaná zvenčí – umělá aktivace

Aktivace v instituci má velký význam v průběhu celého pobytu v instituci, zvláště pak na jeho začátku. Je známo, že příchod a adaptace seniora do instituce rezidenčního charakteru představuje velmi rizikovou životní událost.

V této souvislosti je užitečné se zmínit o geriatrickém hospitalismu, který je obdobou hospitalismu u dětí či u dospělých, kde byl tento jev také popsán. Pracovníci v instituci by měli ochraňovat důstojnost pacienta, jeho sebehodnocení, soběstačnost a sociální roli, měli by dbát na uchování jeho potenciálu pro rychlý návrat do domácího prostředí. Rizika hospitalizace mohou být jednáním pracovníků zvýrazněna i zmenšena. [22] Právě činnost může účinně přispět ke zvládnutí stresu a může pomoci se člověku úspěšně adaptovat. Prostřednictvím činnosti senior v instituci naváže kontakty a lépe se tak může začlenit do nového sociálního prostředí.

Principy aktivace v instituci

Důležitou zásadu aktivace vyjádřila I. Holmerová, H. Janečková a Z. Kalvach: „Aktivita, ať již v domácím prostředí, nebo v instituci, má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací, nebo rozvinout to, co zůstalo skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu.“ [22, str. 437 - 438] Tito autoři také zdůrazňují vliv prostředí, které člověka k aktivitě podněcuje. Má být co nejpřirozenější, vyvolávat příjemné vzpomínky „a přirozeným způsobem vzbuzovat potřebu aktivity, která je člověku milá, která podporuje spokojenost se sebou samým, je spojena s oceněním od druhých, vyvolává pocity sounáležitosti a soudržnosti vůči širšímu společenství. Tím naplňuje člověka pocitem smysluplné existence a sebeúcty.“ [22, str. 438] Toto lze považovat za hlavní principy aktivace, které by v žádném případě neměly být opomíjeny.

K aktivaci seniorů v institucionálním prostředí existuje dvojí přístup. [22] První z nich spočívá ve vytváření aktivačních programů, plánů a rozvrhů pracovníky instituce (ergoterapeuty, aktivizačními pracovníky, pracovníky sociální péče apod). Úskalí tohoto přístupu spočívá v orientaci spíše na program samotný, ne na skutečné potřeby seniorů. Program je organizován ve vymezeném čase a prostoru a jejím hlavním účelem je pouhé vyplnění času, zahnání stereotypu a nudy. Klient se často snaží vyhovět pečující osobě. Pracovníci obvykle nabízejí činnost pouze úzké skupině klientů, kterým činnost vyhovuje a jejichž zdravotní stav a jiná omezení jim dovolují se programu zúčastnit. Mnozí senioři se z různých důvodů odmítají na aktivitách podílet (nesmyslnost počínání, stud, strach ze selhání). [22]

Druhý přístup spočívá ve vytváření přirozeného prostředí, které „nabízí celou škálu různorodých příležitostí k běžným aktivitám všedního dne i k činnostem nevšedním a zvláštním“. Lidé si mohou vybrat podle své chuti či tyto aktivity sami ovlivňovat. „Jde o vytváření podpůrného prostředí, podmínek a klimatu, ve kterém se lidé cítí dobře a v němž mohou prožít činorodý a plný život podle svých představ a přání, ve svém soukromí či ve společnosti druhých, vždy ovšem s činností, která je uspokojuje a která má pro ně cenu.“ [22, str. 438] Z výše jmenovaných přístupů je patrné, že se od sebe zásadně liší paradigmatem vnímání starého člověka. Je zřejmé, že aktivity v institucionálních zařízeních pro seniory by se měly co nejvíce blížit aktivitám v přirozeném prostředí a uspokojovat zájmy a potřeby seniora.

Motivace k aktivitě

Pokud se nabízená aktivita, která je v souladu s osobností člověka, přesto nesetká se souladem s aktuální potřebou seniora, je potřeba zvolit vhodnější činnost s využitím prvků, které podporují motivaci k aktivitě. Patří mezi ně [22, str. 439]:

- důraz na praktickou každodennost
- smysluplnost
- dobrovolnost
- příjemnost
- sociální přiměřenost
- úspěšnost
- pomoc a podmiňování [22, str. 439]

Senioři a hra

M. Königová uvádí, že dnešní doba nepřeje tvořivosti. Tento fakt dává do souvislosti s relativním nadbytkem, kterého se nám dostává – je jednoduché si vše koupit a stát se pasivním konzumentem. Přitom je známé, že „tvořivé konání přináší hluboké uspokojení a dokáže nás naplnit vnitřním pocitem štěstí“ [21, str. 119] M. Königová působila v rámci rozhlasových akademií 3. věku, ve kterých se řídila pravidlem, že rozvíjení fantazie stimuluje bohatství vnitřního světa i myšlení. Sama říká, že senioři ji ve svých dopisech častokrát napsali: „Jsem překvapen(a), jak rád(a) si hraju.“ [21, str. 119] Spolu se Z. Kalvachem zdůrazněme, že: „Tvorbě vyššího věku nehrozí úbytek dokonalosti, nýbrž únava, úbytek novátorství, převratné objevnosti a také zastarávání technologických dovedností.“ [21, str. 136] Prostřednictvím hry lze také pracovat na zachování tvořivosti, která je důležitou složkou lidského myšlení a kreativity. Podmínky tvořivosti rozvádí Stuart-Hamilton: „Má-li být nějaký čin tvořivý, musí být neotřelý a musí odpovídat dané situaci“ [43, str. 80] S odkazem na Reboka (1987) Stuart-Hamilton udává, že pro většinu lidí znamená konec tvořivosti šedesátý rok věku. Nejedná se však o univerzální pravidlo. Právě herní situace mohou pomoci k udržení intelektové úrovně seniora.

3.2.2.1 Historie aktivace v institucích

Podíváme-li se do minulosti, tak zjistíme, že cílená aktivace seniorů v institucích nebyla hlavním předmětem zájmu. Uvědomíme-li si, jak vlastně vypadala péče o seniory, pak lépe pochopíme, proč tomu tak bylo. Problematiku historického vývoje zdravotně – sociální péče o seniory u nás přehledně zpracovala H. Haškovcová ve své knize Fenomén stáří. To, jak jednotliví senioři prožívali své stáří, záviselo ponejvíce na ekonomické úrovni rodiny a vzájemných vztazích. Pokud se o starého člověka nepostarala rodina, byl často odkázán na žebrotu a péči církve nebo dobrodinců. Lidé byli rádi, že získali jistotu své postele, léčby, stravy a příležitosti k osobní hygieně. Až postupem času se vyvíjela i zdravotní péče a starost o duši a prožitky. H. Haškovcová situaci upřesňuje: „Že se obě oblasti prolínaly a potencovaly, je zřejmé. Teprve mnohem později, konkrétně ve 20. století, a to dokonce až po druhé světové válce, je pozornost věnována také stárnoucí psychice. Spontánní vývoj jednotlivých složek péče o staré a nemocné lidi odpovídá hierarchii, kterou je třeba vždy s ohledem na naléhavost stanovit.“ [11, str. 5] Pokud si uvědomíme situaci, v níž se nacházela česká společnost, je to zcela pochopitelné.

V období první republiky se Československo v Evropě proslavilo mimo jiné kvalitou péče o zdravotně postižené a staré lidi, pro něž byly budovány specializované ústavy (např. lidem se zdravotním postižením sloužilo Vincentinum, Jedličkův ústav a Deylův ústav). [42] Velký nedostatek lůžek pro sociálně potřebné občany Prahy vedl v roce 1929 k založení nového areálu sociálních ústavů v Praze-Krči s názvem Masarykovy domovy. Součástí ústavu byly pavilony pro staré obyvatele bez závažného onemocnění – starobince – a nemocniční pavilony, v nichž byla zajištěna velmi kvalitní péče. V 5 budovách starobinců mohlo být umístěno až 1010 seniorů. (Dalšími pavilony byly chorobince s kapacitou 1380 lůžek, dětské ústavy (500 lůžek) a Bařův pavilon s 231 lůžky pro platící obyvatele). [47] V této souvislosti lze vystopovat první zmínku o organizované aktivaci starých lidí v ústavní péči. D. Tučková ve svém článku o Masarykových domovech uvádí: „Kulturní a společenský život se soustřeďoval do společenské budovy se sálem pro 350 osob, knihovnou, čítárnou a restaurací. Kulturní pořady byly obvykle v sobotu a v neděli. V budově bylo také přenosové rozhlasové centrum. Součástí areálu byla i kaple, kde se ekumenicky střídaly bohoslužby tří hlavních církví. Ústav měl vlastní pekárnu, řeznictví, skleník a zelinářskou zahradu.“ [47, str. 4] Dále se autorka zmiňuje, že obyvatelé domovů pomáhali při lehké práci

v dílnách a na zahradě. Za tuto pomoc dostávali malou finanční odměnu nebo mohli být za dlouhodobou pomoc přemístěni do menšího pokoje (v areálu byly pokoje 1 až 8-mi lůžkové). [47] Myšlenka „léčby prací“ byla v období první republiky populární. Zejména v ústavech pro zdravotně postižené byla práce vnímána jako součást resocializace člověka. Ústav si dával za úkol poskytnout potřebnou léčbu, dětem vzdělání a všem schopným přípravu na povolání. [42] Zde se nabízí srovnání se seniory, protože podle Z. Kalvacha a O. Švestkové „Soběstačnost u seniorů je ekvivalentem průčeschnosti osob se zdravotním postižením v mladším věku, neboť od průčeschnosti a soběstačnosti se odvíjí naplňování obvyklých sociálních rolí a sociální fungování.“ [22, str. 423] I z tohoto důvodu by měla být péče o seniory zaměřena na podporu soběstačnosti.

V druhé polovině 20. století byly vybudovány zdravotnické a sociální systémy – péče se tedy rozdělovala do jednotlivých resortů. Ve zdravotnictví v rámci nemocnic postupně vznikaly interny II. typu, kde byli umístováni nesoběstační nemocní staří lidé a kde jim byla poskytována ošetrovatelská péče. Jejich lidová označení („odkladové interny“, „ležárny“, „umírárny“, „poslední stanice“) [9, str. 34] napovídají, že o nějaké aktivaci seniorů zde pravděpodobně nemůže být řeč. Teprve později (v roce 1974) [22] pro stejně potřebné pacienty vznikly **léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)** a specializovaná doléčovací a rehabilitační oddělení. V práci K. Dohnala se lze dočíst, že LDN se potýkaly s nedostatkem rehabilitačních pracovníků, zdravotnických pracovníků, sester pro sociální službu a psychologů. Z toho lze usuzovat, že aktivace dlouhodobě hospitalizovaných seniorů nebyla dostatečná. [7] Nelze však říci, že neexistovala. Z historie jsou například známy tzv. cvičné tabule, které se používaly v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Jedná se o pracovní tabuli, na které jsou namontovány součástky, které musí senior žijící v domácím prostředí denně používat. Např. telefonní přístroj, různé typy vypínačů a spínačů, vodovodní kohoutky, dveřní klika, elektrická zásuvka apod. Senioři si tak mohli prakticky nacvičovat své schopnosti. Tabule měly pro pracovníky oddělení také funkci kontrolní – podle toho, jestli byl příslušný pacient schopen použít všechny přístroje usuzovali na míru praktické soběstačnosti, což mělo vliv na rozhodování o propuštění pacienta z léčebny. Je pravdou, že někteří pacienti nesli velmi špatně, pokud neprošli tímto testem, a znovu se museli snažit vyhrát boj s touto cvičnou tabulí, takže zde působil nesporně silný motivační prvek. [13]

Aktivace pacientů byla jedním z úkolů zdravotnického personálu a rehabilitačních pracovníků, kteří se seniory nacvičovali např. chůzi po rovině a ze schodů. Existovaly také projekty, jejichž obsahem bylo zkoumání netradičních forem aktivace seniorů. Příkladem takového projektu může být zavedení psychoaktivační skupinové terapie A. Melanovou, H. Kotáskovou a J. Neuwirthem v 80. letech 20. století. Projekt se zabýval zavedením formy psychoterapeutické práce (přesný název zní skupinová psychoaktivační terapie) vhodné pro seniory na doléčovacím nemocničním oddělení pro dlouhodobě nemocné. Autoři vycházeli z neuspokojivé situace, kdy dokonce i na gerontopsychiatrických odděleních jsou lékaři převážně preskribována psychofarmaka nebo geriatrika, aniž by byla poskytována jiná forma terapie. [31] Podobnou problematikou se zabýval M. Vojtěchovský /viz. str. 48/.

Skupinová psychoaktivační terapie

1. úvod - neverbální vyjádření momentální nálady (+ nácvik neverbálních projevů), rozehrání s hudbou
2. realitní orientace - oslovování za účelem znát se navzájem jménem, orientace v čase, použití míče
3. tematická část - hovor nad předem připraveným tématem (jak se u nás slavily vánoce, kterou svou životní zkušenost bych chtěl předat mladým, ...), snaha o pozitivní interpretaci všeho, o čem se povídá, opatrně volená – nekonfliktní - témata
4. závěr - tato část se obměňuje: poslouchání hudby a práce s rytmem, čtení literárních úryvků, zpěv, neverbální vyjádření momentální nálady.

Pacienti preferují část terapie, kdy se „jen tak povídá“, s oblibou poslouchají hudbu nebo zpívají. Autoři projektu konstatují: „Uspokojuje je tedy hlavně část, která saturuje sociální potřeby. S výhradami, někdy i s odporem vyjadřovaným verbálně i neverbálně, přijímají část psychoaktivační, která má, podle našeho mínění, pro pacienty velký význam a měla by být hlavním cílem.“ [31, str. 751]

Z dnešního pohledu lze říci, že se tato psychoaktivační terapie velmi blíží i v současnosti provozovaným aktivačním setkáním např. v domovech důchodců a nese v sobě výrazné prvky tzv. cvičení paměti.

V 50. letech začaly vznikat **domovy důchodců**, kde z počátku žili soběstační senioři, kteří však postupem času potřebovali lékařskou i ošetrovatelskou péči. V současné době převážné množství seniorů, kteří podávají žádost o pobyt v domově důchodců, tak činí až v případě hrozby trvalého zhoršení zdravotního stavu a potřeby péče. Jejich motivací je především strach ze závislosti. [12] Jedním ze zásadních omylů koncepce DD bylo přecenění významu hmotného dostatku (uspokojení základních biologických potřeb). Byly zde poskytovány především základní služby jako je vaření, úklid a praní, naopak se obyčejně nedostávalo seniorům uspokojení jejich vyšších psychických potřeb. Základním problémem DD bylo „paternalistické režimové pojetí se závažným narušením autonomie a soukromí obyvatel, bez přiměřené programové nabídky a práce s klienty.“ [22, str. 492] Jeden článek M. Vojtěchovského je uveden odkazem na dizertační práci V. Štefunka, který charakterizuje denní režim seniorů v institucích pasivitou, nudou, nečinností a bezcílým kruhem komunikací. [51]

I přes přetrvávající problémy koncepce domova důchodců se jejich prostředí vyvíjelo, takže například v práci B. Kadeřákové z roku 1987 se lze seznámit se způsoby trávení volného času obyvatel (jak se tehdy říkalo) [17]. Patřilo mezi ně čtení denního tisku, knih, poslech rozhlasu i sledování televizních programů, pravidelně byly promítány krátké i celovečerní filmy, probíhaly přednášky i besedy, estrádní vystoupení, společenská odpoledne i večery a dokonce autorka zmiňuje existenci zájmových kroužků. Zájmové kroužky se dělily na čtenářský, politických věd, pamětníků, přírodovědecké, divadelní, pěvecké a hudební, folkloristické, společenské tance, tělovýchovné, sběratelské, dovedných rukou, šachistů a kulinářské. V ústavu byly též zajišťovány potřeby na ruční práce, tkalcovské stavy a společenské hry. [17] Autorka dále uvádí, že v domovech v rámci léčebné rehabilitace probíhal nácvik chůze, polohování, masáže a umožnění pobytu imobilního klienta mimo lůžko. Ve skupině pak probíhaly vycházky a kondiční tělocvik. Z výzkumné části zmiňované práce vyplývá, že v některých zkoumaných domovech důchodců neexistovali žádní pracovníci pověřeni aktivací obyvatel, jinde tento úkol náležel rehabilitační sestře, nebo se do aktivace obyvatel zapojovali všichni zdravotničtí pracovníci. [17] Charakteristickým rysem také byla spolupráce obyvatel domova na jeho chodu, respektive pomocném hospodářství domova. Mezi práce, které obyvatelé vykonávali dobrovolně a se souhlasem lékaře, patřila pomoci v kuchyni, v kotelně, v prádelně, služba na vrátnici a v knihovně – tyto činnosti byly ohodnocené například finanční odměnou 30 – 200 Kč měsíčně. Dále se

jednalo o krmení vepřů, práce na zahradě, pomoc při úklidu (např. 1 Kč/1 hodinu), roznášení jídla, mytí nádobí, dovoz potravin, pochůzky pro ústav, převážení stravy a prádla do detašované budovy a pomoc při údržbě. [17]

Aktivace seniorů v **nemocnici** v historii byla vždy na okraji zájmu zdravotníků, jejichž hlavním úkolem je léčba a zdárný průběh léčebného procesu. Nemocní si volný čas nejčastěji vyplňovali podle individuálních potřeb. Mezi nejběžnější prostředky trávení času v nemocnici patří kniha, denní tisk a časopisy, poslech rozhlasu a televize, případně ruční práce. M. Křivánková ve své diplomové práci z roku 1988 udává, že nemocným byly někdy pouštěny filmy a byly uspořádány „různé druhy besed nebo přednášek“. [27, str. 23] Zmiňuje se také o existenci denní místnosti, jejíž funkce spočívala v udržování kontaktů se spolupacienty mimo pokoj nemocného. Pacienti měli také možnost procházet se v nemocničním parku či zahradě a provádět rehabilitaci – dechová cvičení a ranní rozcvičky. [27]

M. Křivánková [27] provedla v rámci praktické části své diplomové práce výzkum na interních odděleních v Praze a Jihlavě. Zkoumala aktivitu 30 seniorů nad 65 let, kteří byli déle než tři týdny hospitalizováni. Z výsledků vyplývá, že převážná část pacientů tráví volný čas v nemocnici zcela pasivně. Podle zjištěných závěrů rozdělila seniory do čtyř skupin.

1. skupina

„Jak sami tito pacienti uvádějí, většinu dne leží v lůžku, pospávají nebo pozorují okolí, aniž by se třeba jen zapojili do hovoru se spolupacienty.“ [27, str. 44]

2. skupina

U druhé skupiny převažuje psychická aktivita (zároveň s nízkou tělesnou aktivitou), pacienti jeví zájem o okolí. Nejčastěji svůj čas v nemocnici tráví poslechem rozhlasu a televize a rozhovory se spolupacienty. „Četbu knih a časopisů však uvedlo jen velmi málo respondentů, žádný z nich ji však neuvedl na prvním místě.“ [27, str. 45]

3. skupina

Ve třetí skupině pacientů převažují ruční práce, na druhém místě pak rehabilitace pomocí rehabilitační pracovnice.

4. skupina

„Nejméně početná je čtvrtá skupina pacientů s dobrou tělesnou aktivitou. Tito pacienti uvádějí jako hlavní druh aktivity samostatně prováděnou rehabilitaci. Většinu dne tráví mimo lůžko, procházkami.“ [27, str. 45]

Knihovny, které jsou přítomny na všech zkoumaných odděleních, nejsou příliš využívány. Důvodem je podle M. Křivánkové, že mnozí pacienti o nich vůbec nejsou informováni. Ze závěru jejího výzkumu vyplývá, že pacienti oddělení jsou spíše pasivní. Rehabilitují hlavně se sestrou, ne samostatně. Společným rysem zkoumaných oddělení je také neodpovídající péče sester o geriatrické pacienty ve smyslu jejich aktivace. „Sestry věnují aktivitě pacientů zcela minimální pozornost a péči“ [27, str. 45]. Zároveň autorka uznává, že to může být při tak namáhavém povolání náročné. Dále konstatuje, že „sestry z oddělení se na rehabilitaci pacientů nepodílí, a to ani v době nepřítomnosti rehabilitačních pracovníků. Ze zjištěných faktů vyplývá, že zdravotní sestry podceňují význam tělesné aktivity pro dlouhodobě hospitalizované geriatrické pacienty.“ [27, str. 45] Vysvětlení autorky je následující „Neuvědomují si ani význam správného psychologického působení na pacienty – správnou motivaci, získávání důvěry a spolupráci nemocných. Většina pacientů byla sestrami hodnocena jako pacienti s nízkými nároky na ošetrovatelskou péči. Přesto však sestry nevěnují čas péči o tělesnou aktivitu pacientů.“ [27, str. 45] M. Křivánková navrhuje působení terapeutického pracovníka, který by se zabýval zaměstnáváním pacientů během dne a jejich motivací k činnostem.

O situaci aktivace v **gerontopsychiatrické léčebně** Horní Beřkovice pojednává M. Vojtěchovský, kde byli někteří pacienti součástí terapeutické komunity. Komunita se stala významnou společenskou událostí v životě hospitalizovaných seniorů i malé části personálu – pro obě skupiny zde vznikla mimo jiné možnost konfrontace názorů. Podle M. Vojtěchovského „soudržnost kolektivu posilujeme skupinovým zpěvem písní, muzikoterapií a arteterapií. Před léčebná setkání komunit je zařazována půlhodinka kondičního tělocviku v sedě, s míčovými hrami v sedě, s nácvikem paměti, především jmen spolupacientů.“ [51, str. 746] Autor dále udává, že arteterapie byla zavedena do zmíněného léčebného ústavu v roce 1980, muzikoterapie je podle něj spíše využívána v zahraničí, nicméně její prvky jsou používány v ústavu od roku 1973. [51] Q. Kämpel se také zmiňuje, že v Psychiatrické léčebně v Opavě se již od roku 1974 zavedli nějakou

formu psychoaktivační terapie. V roce 1984 léčebna poskytovala pacientům pohybovou, činnostní a rekreační terapii, skupinovou psychoterapii a léčebnou komunitu a nácvik paměťových funkcí. [29]

Léčebná geriatrická rehabilitace v institucích

Léčebná geriatrická rehabilitace se postupně stala významnou součástí akutní, následné i dlouhodobé ústavní péče - tedy nejen v nemocnicích, ale i v denních stačionářích, při péči ambulantní i domácí, v rámci domovů důchodců a LDN. Součástí léčebné rehabilitace je rehabilitační ošetřovatelství, kondiční cvičení a kinezioterapie (léčebná tělesná výchova). Samostatné postavení v rámci oboru rehabilitace má ergoterapie a balneologie. [22] Do rehabilitace patří také tzv. mentální rehabilitace, která je též někdy nazývána psychoaktivační terapie. [51]

Cílem ergoterapie v geriatrii je „úsilí o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti eventuelně zlepšení kvality a důstojnosti života seniora s těžkým zdravotním postižením“. [22, str. 423] Ergoterapie se soustředí především na oblast aktivit denního života. Mnohým může být známější pojem „léčba prací“, pod kterou se v minulosti rozuměla právě pracovní rehabilitace. Jedná se však o dva obsahově rozlišné pojmy. Pracovní rehabilitace se zaměřuje na proces obnovy práce schopnosti, znovuzачlenění do zaměstnání, v případě seniorů o udržení a rozvoj soběstačnosti. V českých podmínkách se pod „léčbou prací“ skrývalo spíše zabavování volného času, pracovníci přijímali roli animátorů a organizátorů činnosti pacientů či klientů ústavních služeb. [22] V současné době je trendem nabízet seniorům smysluplné aktivity s určitým cílem, které nemají být pouze „činností pro činnost“, ale mají obsahovat prvek užitečnosti pro samotného seniora a působit motivačně.

3.2.2.2 Způsoby umělé aktivace v institucích v současnosti

V této kapitole se budeme snažit zachytit stávající stav aktivace a potřeby seniorů v několika druzích institucí.

Nemocnice

Je zřejmé, že senioři jsou častými návštěvníky ambulancí a na lůžkových odděleních nemocnic tvoří významnou část pacientů. Podle E. Topinkové jsou pacienti v seniorském věku nejvíce hospitalizováni na interních odděleních (52%), očních

(47%), urologických (40%), ARO (28%) a chirurgických (24%). [63, str. 63] Další charakteristikou současné doby je přibývání starších i vzdělanějších pacientů. [3]

I. Holmerová, B. Jurašková a K. Zikmundová ve své knize uvádějí: „Cílem tzv. akutních nemocničních oddělení včetně specializovaného geriatrického oddělení by mělo být navrácení původního zdravotního a funkčního stavu, jaký byl před akutním onemocněním a navrácení pacienta do původního prostředí.“ [14, str. 32] Zároveň autorky upozorňují, že senioři potřebují k celkovému uzdravení delší čas než mladší lidé. Mají potřebu déle rehabilitovat, doléčit se a znovu získat uspokojivou úroveň soběstačnosti.

Aktivace seniorů v nemocnicích není prioritou, jímž je naopak léčba vlastního onemocnění. Jak již ale víme, včasná a dlouhodobá aktivace je významným faktorem soběstačnosti pacienta, potažmo jeho schopnosti navrátit se do svého přirozeného prostředí. Nejžádanější aktivaci pacientů provádějí jejich příbuzní, známí a rodina, kteří je chodí na oddělení navštěvovat. V některých nemocnicích je dostupný kaplan, který zajišťuje duchovní péči. Duchovní, nebo pastorační péče o nemocné a trpící znamená podle kněze A. Opatrného v širším slova smyslu „takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“ [36, str. 8] Zjednodušeně řečeno to znamená pomáhat sdílet bolest, naslouchat a doprovázet. [37]

V současnosti se stále více daří získávat vedení nemocnice i dobrovolníky pro zpříjemňování volných chvil pacientů na oddělení. Jejich činnost má význam pro pacienty zejména v udržování dalších sociálních kontaktů a umožnění duševní a emoční aktivity. Kontaktem s dobrovolníkem se může stát pro pacienta pojitkem s vnějším světem mimo instituci, podporou člověka v obtížné životní situaci a dokonce i nositelem změny v jeho přístupu k životu. U starších pacientů může být vhodná role „vnímavého posluchače“ v jejich bilancování života, i tvůrčí činnost, kterou společně mohou naplnit čas pobytu v nemocnici či jiném pobytovém zařízení zdravotní či sociální péče. [35] Z materiálů dobrovolnického centra při pražské Fakultní nemocnici v Motole lze vyvodit, že nejvíce z celkového počtu aktivních dobrovolníků (aktivních dobrovolníků je celkem 107) působí na léčebně dlouhodobě nemocných (36 dobrovolníků) a dále na klinice dětské hematologie a onkologie (27 dobrovolníků). [58] Počty dobrovolníků na

ostatních odděleních jsou výrazně nižší. Je nesmírně důležité, aby kdokoli, kdo vstupuje do kontaktu se seniory v instituci, byl do značné míry sám zralou osobností, aby získal odpovídající vzdělanostní a zkušenostní průpravu. V praxi se totiž někdy můžeme setkat s naprosto neadekvátním přístupem ke starším lidem. Příkladem může být přístup některých mladých dobrovolníků, kteří svůj způsob práce přizpůsobují nevhodným způsobem a chovají se ke starším lidem jako k malým dětem, přestože jejich motivace je pozitivní a do kontaktu často vstupují s nadšením.

Přítomnost sociální pracovnice není na oddělení výjimkou. Bohužel je pravidlem, že základem její funkce jsou administrativní úkony a na samotnou komunikaci s pacientem jí nezbyvá příliš prostoru.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné

Pacienti jsou zde léčeni buď z potřeby doléčení (po hospitalizaci na akutním lůžku) nebo v důsledku trvalého chronického zhoršování zdravotního stavu. Je vhodné vědět, že značnou část pacientů LDN tvoří chronicky nemocní, u nichž z důvodu chybějícího sociálního zázemí není možné poskytovat služby domácí péče nebo pečovatelské služby. [20] Tito pacienti setrvávají v léčebně zpravidla několik měsíců až let.

V LDN se nabízí využití služeb dobrovolníků, stejně jako bylo popsáno v kapitole o nemocnici. Specifikem je, že v tomto typu zařízení zůstávají pacienti delší dobu, proto se zde otevírá větší prostor pro aktivity, které lze plánovat a které na sebe mohou navazovat. Příkladem může být cvičení paměti. Koordinátorka dobrovolníků J. Nováková vidí smysl počínání dobrovolníků hlavně u dlouhodobě osamělých lidí, kteří po lidském kontaktu doslova prahnou. Podle jejích slov „dobrovolníci dodávají normálnost do tohoto prostředí.“ [34] Dobrovolníci v LDN mohou rozvíjet individuální nebo skupinové aktivity (více viz. Praktická část).

Za povšimnutí stojí tance v sedě, které jsou stále ještě poměrně novinkou, která však již v některých organizacích poskytujících služby pro seniory našla své místo. Iniciátory a hlavními propagátory užívání tance jako terapeutického prostředku v české republice je P. Veleta ve spolupráci s I. Holmerovou. Tance určené pro pacienty v institucích mají svůj základ v taneční a pohybové terapii. Jejich charakteristikou je, že „estetická stránka zde ustupuje do pozadí a naopak se zdůrazňují faktory psychologické (schopnosti nonverbálně komunikovat, zlepšit emotivitu apod.), fyzické (zlepšení koordinace pohybu, celkové síly, rovnováhy atd.) i sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co

sdělit)“. [50, str. 11] Taneční terapie, už proto, že se jedná o spojení hudby a pohybu, působí velmi komplexně na lidský organismus. Zahrnuje jak tance v obecně známé pozici ve stoje, tak v sedě, jež nachází své uplatnění zejména se seniory připoutaných na invalidní vozík. Jedná se o unikátní, velmi přirozenou metodu terapie.

Je značnou výhodou, pokud v LDN působí psycholog, který provádí diagnostiku pacientů, skupinové i individuální aktivity s pacienty a komunikuje s personálem a vhodně tak ovlivňuje napětí mezi personálem a pacienty, které občas vzniká. Nezastupitelnou úlohu v LDN má i ergoterapie a léčebná rehabilitace

Hospice

Hospic není primárně určen seniorům, ale naopak všem dospělým pacientům v terminální fázi života. Jeho charakteristickým rysem je, že zde probíhá aktivace až do konce pacientova života (či do konce pobytu v hospici), i přesto, že se zde pečuje hlavně o terminálně nemocné. Nabídka hospiců zahrnuje arteterapii, muzikoterapii a kondiční ergoterapii (jejím účelem je odpoutat pacientovu mysl na určitou dobu od nepříznivého onemocnění) a ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti. Některé z mnoha intervencí zdravotní sestry v hospici zahrnují například seznámení pacienta (i jeho blízkých) s odbornou literaturou, zprostředkování pomoci specializovaných pracovníků (psychologa, kněze či jiné duchovní opory, sociálního pracovníka) i zprostředkování spolupráce spolků a institucí, a pokud to lze, umožnit pacientovi znovuzapojení do jeho oblíbených aktivit. [8]

Arteterapie je vhodný způsob „verbalizace“ obtížných prožitků člověka, zvláště pak, pokud se nemocný nemůže vyjadřovat (např. v důsledku úrazu nebo operace). Arteterapie zahrnuje sice všechny umělecké projevy, ale pro dostupnost výtvarné činnosti a dovednosti právě tento způsob dominuje. [10] Zajištění takového charakteru služeb v hospici souvisí s přístupem k člověku jako k bytosti s potřebami bio-psycho-sociálně-spirituálními.

Dobrovolníci najdou své uplatnění i v hospici. M. Přidalová hodnotí přínos dobrovolníků v hospici především v jejich „přítomnosti u nemocného, v lidské účasti s těžkým údělem umírajícího, v tom, že mají dost času na to, aby s pacientem sdíleli jeho těžké chvíle, ale i chvíle radosti.“ [35, str. 29]

Domovy důchodců

Situace v jednotlivých domovech důchodců se liší, snad všude již však platí, že aktivace obyvatel je v náplni práce některých zaměstnanců domova. Může být obsahem činnosti sociálních pracovníků, ergoterapeutů, zdravotních sester, dobrovolníků apod. Činnosti, které tito pracovníci provádějí, lze ilustrovat na příklad Domova důchodců v Hranicích, který má kapacitu 215 obyvatel /viz. Praktická část/.

Ideálním je, pokud má domov důchodců navázány kontakty s ostatními institucemi v oblasti, kde se nachází, a pokud je sám otevřený pro lidi přicházející z komunity obce. Umí-li pracovníci domova vytvořit atraktivní nabídku aktivit a služeb, které rádi využívají lidé žijící mimo ústav, stává se v té chvíli přirozeným centrem setkávání mnoha generací. Příkladem může být pražský Domov Sue Ryder, který mimo ošetrovatelskou a sociální péči nabízí seniorům služby denního centra (poskytující podobné služby jako denní stacionář), osobní asistence, sociálně právní poradenství, rehabilitaci a půjčovnu kompanzačních pomůcek. V příjemně upraveném areálu domova funguje kulturní a komunitní centrum, kam může kdokoli přijít na koncert, výstavu, přednášku a jiné společenské akce. Je zde restaurace otevřená pro veřejnost a dobročinný obchod. V domově působí také dobrovolníci. Aktivace seniorů spočívá také v nabídce vzdělávacích programů (Akademie 3. věku). [62] Předchozí příklady jasně zobrazují rozdílné pojetí aktivizace obyvatel. V prvním případě domova převažuje dojem činnosti pro činnost (cítěná povinnost aktivizovat seniory), v druhém případě lze vycítit širší uchopení aktivizace – zapojení služeb domova do komunity a snaha otevřít instituci vlivům okolního světa.

Domy s pečovatelskou službou

Dům s pečovatelskou službou je trvalým pobytové zařízením pro seniory, kteří potřebují pouze občasnou pomoc ve své domácnosti, ale v základních aktivitách denního života jsou soběstační. [14] Jedná se o nájemní byty se zajištěním pečovatelské služby (pouze na objednávku seniora) v základních úkonech, které již senior nezvládá. Aktivace zde není nijak zvláště organizována, a pokud ano, jedná se o dobrovolné aktivity často vycházející z jiných institucí v obci, kde je dům s pečovatelskou službou umístěn (např. vánoční vystoupení dětí z mateřské nebo základní školy). Aktivace je v režii každého obyvatele, kteří jsou v situaci podobné pobytu v přirozeném prostředí

městských bytů. Pokud je součástí domu s pečovatelskou službou zahrada, mnohdy o ni senioři se zájmem pečují.

Stacionář

Stacionář je zařízení pečovatelské služby, jeho klienti zde pobývají přes den. Kromě celodenního stravování a někdy také hygienické péče by měly stacionáře zajišťovat náplň času, který zde klienti stráví. Jedná se o rehabilitační a ergoterapeutické služby s pestrými škálami činností, odvíjející se podle klientů a jejich aktuálních možností. I zde je obohaceno činností dobrovolníků.

Instituce nabízející volnočasové aktivity pro seniory

Seniorská centra fungují často na komunitní úrovni. Odvíjejí se v nich nejrůznější aktivity poradenské, vzdělávací, zájmové, pečovatelské, společenské i konzultační. Z. Kalvach udává, že je tento model dobře známý i ze zahraničí (Německo, Francie). Je podle něj výhodné, „má-li takovéto centrum podporu mladšího, profesně erudovaného spolupracovníka (metodika a animátora (oživovatele) – např. „pedagoga volného času“ či sociální pracovnice). [21, str. 126] Účast v klubech či svazech důchodců je mezi seniory povětšinou oblíbenou činností, protože zde získávají příležitost k sociálnímu kontaktu, navázání nových vztahů mezi vrstevníky a diskusi o záležitostech, které se jich v podobné míře dotýkají a trápí je, a v neposlední řadě se zde mohou sami aktivně realizovat.

Svaz důchodců

Předmětem činnosti regionálních Svazů důchodců v obcích je navázání kontaktů s dalšími seniory, organizace výletů, pobytů, zájezdů na kulturní akce, fyzické aktivity (cvičení), přednášky a zájmové kroužky či bezplatné poradenství. [61] Svazy důchodců mají snahu ovlivňovat politická rozhodování v oblastech týkající se seniorů.

Komunitní centra

Komunitní centra bychom mohli rozdělit na kluby a centra s komplexnější nabídkou služeb. Předmětem činnosti klubů je zejména poskytnutí seniorům sociální kontakty (prevence izolace) a nabídku volnočasových aktivit. Jejich služby lze charakterizovat jako sociálně-aktivační (příkladem může být pražský Klub Remedium). Centra

s komplexnější nabídkou služeb poskytují kromě volnočasových aktivit ještě další typy služeb. Zde můžeme jako příklad uvést pražskou organizaci Život 90.

Univerzity 3. věku (U3V)

Základní charakteristikou U3A je, že poskytují seniorům nejvyšší možné, tedy vysokoškolské vzdělání. Přínosem je, pokud přednášky navštěvují spolu se seniory i řádní studenti fakulty. Obě skupiny tak mají možnost se při diskusích obohacovat o názory jiné generace. [64] Vzdělání má charakter osobního rozvoje a získaný diplom neopravňuje svého vlastníka k profesnímu uplatnění se. První U3V vznikly ve Francii (Toulouse), u nás první přednášky uspořádala v roce 1986 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. [21] Celoživotní vzdělávání má své opodstatnění: „přispívá k podpoře aktivity, pocitu prospěšnosti, k navázání nových kontaktů a oddálení osamělosti.“ [64, str. 53] Nabídka U3V obsahuje oblíbené kurzy dějin umění a hudby, světových i antických dějin a psychologie. Kurzy univerzit, které organizačně spadají do tzv. celoživotní formy vzdělávání jsou v současné době mezi seniory velmi oblíbené a jsou hojně navštěvovány.

Univerzity volného času

Univerzita volného času je formou mezigeneračního vzdělávání. Rozdílem od U3V je, že není vázána na akademickou obec a nevyžaduje předchozí vzdělání. Pořadatelem bývá například městská knihovna nebo domov důchodců. [19]

4. Diskuse k využití herního specialisty v oblasti gerontologie

V předešlých kapitolách jsou shrnuty způsoby přirozené i umělé aktivace seniorů. Výčet jistě není vyčerpávající, nicméně po seznámení se s ním lze konstatovat, že seniorům se obecně nabízí poměrně široké možnosti aktivit. K úvaze zůstává, které oblasti nejsou stávajícími způsoby ošetřeny či jak by mohl herní specialista přispět k jejich doplnění? Herní specialista se primárně zaměřuje na herní a obecně volnočasové aktivity. Důležitou součástí role herního specialisty je pozorování klienta, s nímž je v kontaktu v průběhu herní aktivity a komunikace, a odhalování případných zdrojů psychické nepohody. Těmito poznatky by měl přispívat při konzultacích multidisciplinárního týmu, který o pacienta pečuje, k vytvoření uceleného názoru na léčbu či další péči o klienta.

I. Holmerová, B. Juračková a K. Zikmundová fenomén sociální exkluze, který se bohužel týká také seniorů, ve své knize charakterizují takto: „Jedná se o situaci, kdy jsou lidé nezpochybnitelně nadáni stejnými občanskými právy jako všichni ostatní členové společnosti, nacházejí se však v jiné situaci, kdy vlastní silou nejsou schopni tato práva efektivně prosadit.“ [14, str. 41] Právě takto vyloučení mohou být chráněni aktivitami herního specialisty, který v první řadě aktivuje jejich společenský potenciál, což by mělo mít jako jeden z následků zvýšení sebevědomí seniora. Za druhé by se herní specialista v rámci multidisciplinárního týmu měl snažit prosazovat zájmy a potřeby pacienta a aktivně přispívat k jejich naplnění. Tato činnost by také mohla preventivně působit proti snad ojedinělým snahám o manipulaci seniora ze strany ošetrovatelského personálu. V praxi tedy může docházet u seniorů k negativnímu jevu, jakým je sociální exkluze. Ke škodě věci zatím není klientská advokacie oblastí, která by systémově spadala do povinností jednotlivých a jednoznačně určených pečujících pracovníků.

Senioři, kteří se ocitnou v institucionálním prostředí nemocnice či léčebny pro dlouhodobě nemocné, často potřebují někoho, kdo je s prostředím a situacemi, do kterých se zde v průběhu pobytu mohou dostat, detailně seznámí a bude mít čas věnovat se jim i v průběhu hospitalizace. Herní specialista by mohl plnit roli takového průvodce.

Herní specialista by se měl zajímat o osobnost člověka, jeho zájmy, potřeby a snažit se je uspokojovat tak, jak je to v jeho možnostech – tedy prostřednictvím hry a komunikace. Na tomto místě lze namítnout, že velmi podobnou činnost by měly zastávat sociální pracovníci. V praxi se ukázalo, že v současné době plní sociální pracovníci spíše administrativní funkci. Příkladem je činnost sociální pracovníce v LDN Ostravě-Radvanicích, popsaný ředitelkou léčebny A. Nerádovou. Sociální pracovníce „poskytuje informační a poradenskou službu, zajišťuje pečovatelskou službu, osobní asistenční službu, kontaktuje agentury domácí péče, spolupracuje se sociálními pracovníci městských obvodů, sepisuje žádosti o umístění v ústavech sociální péče a charitních zařízeních atd.“ [32, str. 57] Jistě samy sociální pracovníce mohou tento stav označit jako neuspokojivý, nicméně v současné době je častou realitou.

Samotná hra může hrát významnou roli při udržování nebo znovu nabytí praktické soběstačnosti a sociálních schopností seniorů, a tím zásadně přispívat ke kvalitě jejich života. Pomocí hry lze přirozeně cvičit schopnosti, které byly vlivem nemoci či dlouhodobé hospitalizace zhoršeny. V případě seniorů se může jednat až o klíčové oblasti budoucí závislosti nebo nezávislosti osoby seniora na pečujících či samotné instituci. Včasnost intervence při udržování soběstačnosti hraje velmi důležitou roli. Proto se lze domnívat, že herní specialista jako další v řadě pracovníků multidisciplinárního týmu může přispívat ke komplexnějšímu působení na rozvoj a udržení kvality života seniorů.

Praktická část

Praktická část magisterské práce se skládá ze dvou rozdílných částí. První z nich jsou rozhovory s herními specialisty, obsahem druhé je pozorování aktivit v několika typech institucí zdravotní a sociální péče, které nabízejí seniorům volnočasový program.

1. Rozhovory s herními specialisty

1.1 Cíl výzkumu

Cílem rozhovorů bylo zjistit názory herních specialistů na využití herní práce v netradičním spojení, a to ve prospěch seniorů, a zároveň získat ucelený názor o oboru herní práce v kontextu České republiky.

1.2 Hypotézy

1. Předpokládám, že prvky herní práce (playwork) jsou aplikovatelné a využitelné pro oblast seniorů.
2. Předpokládám, že prvky herní práce či přímo roli herního specialisty možné zařadit do stávající péče poskytované seniorům.
3. Předpokládám, že ve stávajícím spektru aktivace seniorů bude herní práce obohacím a přínosem, do sociální a zdravotní praxe vnese principy, které jsou zde nedostatečně rozvíjeny.

1.3 Metodologie

Vzhledem k tomu, že je herních specialistů u nás teprve o něco více než deset a jenom někteří se věnují profesně herní práci, je reálné učinit pouze kvalitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru. Zvolila jsem variantu polořízeného rozhovoru, kterou sociologie popisuje jako typ strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Herním specialistům jsem položila devět předem vypracovaných otázek. Rozhovory byly zrealizovány od ledna do března 2007. Úvodní otázky se týkají situace herní práce v českém prostředí, dále jsem se soustředila hlavně na aspekty, které se v této souvislosti dotýkají uplatnění u seniorů.

Vlastní odpovědi herních specialistů jsou uvedeny v **příloze č. 3 - 7**. V praktické části se pokusím zobecnit pohled respondentů k jednotlivým otázkám.

1.4 Soubor respondentů

Soubor respondentů tvořilo 5 herních specialistů. Dvě respondentky jsou zaměstnány přímo jako herní specialisté v nemocnici s odpovídající kvalifikací (Alice Řezníčková, Klára Ludvichová), další dva absolvovali kurz v herní práci (Radek Nohál, Lenka Lando), a některé prvky herní práce rozvíjejí ve svém povolání, ale nepracují na pozici herních specialistů. Jiří Královec je propagátor, iniciátor herní práce, který se v rámci Nadace Klíček podílí na vzdělávání herních specialistů. Všichni respondenti jsou v herní práci teoreticky vzděláni podle principů, které pocházejí z Velké Británie.

1.5 Výsledky rozhovorů

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?

Dva herní specialisté (HS) se shodují, že herní práce zatím nepřinesla do českého prostředí dostatek změn, potenciál herní práce zde není zcela využitý. Souvisí to pravděpodobně s tím, že herní práce se zatím systémově nezařadila mezi uznávané profese ve zdravotní péči. Pokud můžeme tedy pozorovat změny, jedná se spíše o změny na individuální úrovni v rámci konkrétních oddělení. Mezi změny, které se v našem prostředí uchytily, patří v zásadě pomoc při prosazování práva rodičů být hospitalizováni společně s jejich nemocnými dětmi a okruh týkající se komunikace. Pod komunikačními změnami můžeme rozumět: změna atmosféry na nemocničním oddělení, ochrana zájmů a potřeb klienta, subjektivní pocit většího bezpečí v nemocnici ve smyslu zmírnění zbytečného stresu dítěte a rodiny, dostatku informací a normálního lidského kontaktu. Na konkrétních odděleních jsou rozvíjeny nedirektivní postupy komunikace, mimo jiné i vlivem herní práce je zvyšován pocit svobody klienta v rámci instituce. Celkově tedy herní práce přinesla zkvalitnění zdravotní péče ve smyslu zlepšení komunikace klienta (nemocného dítěte a jeho rodiny) s členy ošetřovatelského personálu.

2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?

Z odpovědí HS vyplývá, že principů, které je náročné v našem prostředí zavádět, je mnoho. Souvisí to pravděpodobně s celkovou etabací oboru herní práce do českého prostředí, která si teprve své místo buduje a zákonitě se tak musí setkávat s překážkami. Jak zaznělo v jedné odpovědi: *„je těžké uznat, že i tohle je důležité.“* Důsledkem oficiální neexistence profilu herního specialisty je rozdílný přístup jednotlivých pracovníků na práci s klienty (např. nedostatečné rozvíjení individuálního přístupu k nim). V odpovědích zazněly názory, že principy herní práce se daří uplatňovat podle vlastní osobní odvahy a pevnosti HS, a proto jsou také osobnostní kvality některých HS často *„kamenem úrazu.“* Mezi těžce se prosazující principy herní práce patří: respektování autonomie klienta (respekt k soukromí, a jeho práva ptát se a být informován), princip advokacie klienta, princip práce s celou rodinou a otevřenost komunikace mezi zdravotníky a klienty. Autonomii klienta vnímají HS jako velmi důležitou, *„dítě se nesmí stát jen pasivním objektem péče.“*

3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?

Všichni respondenti se shodli, že herní práce je přenositelná i na jiné skupiny, než jsou děti. Za povšimnutí stojí jeden názor herní specialistiky, která se na věc podívala z širšího pohledu: *„Myslím, že na všechny skupiny lidí, které vznikají vytržením jednotlivce z jeho přirozeného prostředí.“* Jiná HS vyjádřila osobní zkušenost z oddělení traumatologie, kde by někoho jako herního specialistu tenkrát potřebovala: *„Zdravotnický personál si dělá svoji práci a pak vás tam prostě nechá.“* Měla pocit, že tam nikoho nezajímá. Někteří HS se rovnou rozhovořili i o oblastech, které lze uplatnit nejen u dětí. Zmínili se např. o potřebě *„komunikačního mostu“* mezi světem venku a nemocným, mírnění negativních emocí (strach, nejistota, nuda, stesk), principu advokacie. Mluvili také o nutnosti zpřístupnit prostředí – potřeby člověka (HS), který se snaží *„dívat stejnýma očima“* jako klient.

4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?

Všichni respondenti si umí představit – v různé míře konkrétnosti - herní práci se seniory. Užitečnost herní práce ve spojení se seniory vyjádřili ve třech oblastech: komunikace, klientská advokacie a *„přinášení podnětů ke smysluplnému trávení volného času.“* Komunikace ve smyslu *„být tam pro lidi a povídat si s nimi“*, rozhovor ve smyslu naslouchání, nechat člověka vypovídat a v klidu probrat se seniorem to, co jej

zajímá či je pro něj důležité a vytvořit „*kultivovaný prostor přátelské blízkosti*“, tedy navázat s klientem přátelský vztah. Klientská advokacie zdůrazňuje „*bezbrannost seniorů vůči mašinérii instituce*“ a snížení schopnosti některých seniorů „*sjednat si prostor*“ a být průbojný. Jeden z názorů vychází z domněnky, že dnešní staří lidé jsou poznamenáni „*celoživotním respektem k instituci a podřizování se autoritám*.“ Přinášení podnětů ke smysluplnému trávení volného času vychází především poskytnout takovou službu, kterou konkrétní klient právě potřebuje.

5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?

Dva respondenti uvedli, že v komunikaci se seniory lze použít všechny principy herní práce, protože například podle jednoho z nich je „*základním principem povaha přístupu*“, podle druhé respondentky „*Jde o kontakt s určitým člověkem a podle toho se to samozřejmě odvíjí*.“ Ostatní své odpovědi specifikovali a uvedli, které principy se jim zdají vhodné použít. Přesto, že se k nim částečně vyjádřili i v předchozích odpovědích, znovu shrnu, že se jedná o princip advokacie klienta a princip komunikace. U komunikace jde zejména o to „*být komunikačním mostem*“ a umět navázat otevřený lidský kontakt se seniorem. „*Provázení v nejširším pojetí toho slova*“ se objevovalo vícekrát, ve výrazech jako „*být průvodcem v nové situaci a prostředí (zejména institucionálním)*“ či zmírnění úzkosti a nejistoty z neznámého, nebo potřeba věnovat se přípravám na zákroky a vyšetření. Jeden z HS zdůraznil potřebu, aby herní specialista byl zralý a citlivý člověk (speciálně v interakci se seniory), i potřebu otevřenosti (ve smyslu nelhát).

6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (dětí a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?

Respondenti se shodli, že senioři jsou, stejně jako děti, zranitelnou a křehkou skupinou, a proto potřebují péči a ochranu. Podle jednoho z názorů záleží, o jakém seniorovi mluvíme („*V jakém je stavu a co mu je*.“) a podle toho se odvíjí jeho potřeby, které může herní práce uspokojit. V zásadě může podobnost dětí a seniorů spočívat v pocitu osamělosti, stesku, závislosti a nejistoty. „*Potřebují někoho, kdo by jim naslouchal a bude schopen pomoci k jejich řešení*.“ V odpovědích byla také vyjádřeno nebezpečí manipulace se seniory ze strany ošetřovatelského personálu a tendenci neříkat pravdu (lhát).

7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?

Respondenti uvedli, že způsob uvažování seniorů a jejich životní zkušenosti jsou hlavním důvodem k rozdílnému přístupu k nim např. při vysvětlování situací, do kterých se mohou senioři během hospitalizace dostat. Obecně však platí základní pravidla při práci s lidmi – dětmi i seniory (slušnost, nedirektivita, úcta, pravdomluvnost, partnerství). Co by se však lišilo, to jsou metody a přístup ke starým lidem. Je nutné k nim přistupovat jako k dospělým lidem, kteří „s sebou nesou svůj životní příběh“, tj. s velkou pokorou a životní zralostí.

8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?

Odpovědi na tuto otázku se lišily, takže není jednoduché shrnout. V jedné z odpovědí zaznělo, že je možné, že senioři nebudou tolik využívat hru samotnou, ale přesto herní specialista připouští, že to je záležitost individuální potřeby. V tomto duchu se vyjádřila i jiná respondentka, která ve snaze postihnout specifika seniorů jako skupiny dává přednost vystihnouti specifika jednotlivých lidí. Mezi specifika přístupu někteří HS zahrnuli zralost a ochotu herního specialisty, a nutnost nesoudit klienta a poskytnout mu dostatek zpětné vazby. Důraz kladou na trpělivost, naslouchání člověku a budování důvěry ve vzájemném vztahu („*neotevře se tak snadno jako dítě*“).

9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

V této odpovědi se jednalo o zkonkrétnění představy herních specialistů, v jakých institucích by bylo možno herní práci rozvinout. Mezi zdravotnická zařízení HS uváděli léčebny pro dlouhodobě nemocné, interní oddělení nemocnic i ordinace praktických lékařů. Uplatnění herní práce si umí také představit v zařízeních sociálního typu, kterými jsou domovy důchodců, kluby důchodců, ale i v dalších ústavech sociální péče. Zmíněny byly také vlastní domácnosti starých lidí.

1.6 Diskuse

Je zřejmé, že herní specialisté umí označit předpoklady herní práce, které by bylo užitečné rozvíjet i v komunikaci se seniory. Přesto, že problematika aktivace seniorů je jim značně vzdálená, mohou porovnat skupinu dětí i seniorů z pohledu herní práce. Odpovědi na některé otázky se částečně překrývaly.

Podle respondentů jsou senioři často zranitelní, problematické se jim jeví naplňování potřeby jejich autonomie, komunikace a nebezpeční manipulace ze strany ošetrovatelského personálu. Osamělost, stesk, závislost, nejistota, potřeba někoho, kdo by jim naslouchal.

Možnosti využití herní práce ve spojení se seniory vyjádřili herní specialisté ve třech oblastech: komunikace, klientské advokacie a přinášení podnětů ke smysluplnému trávení volného času.

Komunikací se rozumí rozhovor (s akcentací naslouchání) a vytvoření „*kultivovaného prostoru přátelské blízkosti*“, být komunikačním mostem a průvodcem v nových situacích a prostředí. Klientská advokacie zdůrazňuje potřebu podporovat prosazování práv a názoru klienta v instituci, která na tyto potřeby sama neklade dostatečný důraz. Přinášení podnětů ke smysluplnému trávení volného času vychází především z potřeby poskytnout takovou službu, kterou konkrétní klient právě potřebuje.

Herní specialista, zvláště v komunikaci se seniory, by měl být zralý a citlivý člověk, který má dostatek trpělivosti a je schopen budovat kvalitní vztah se seniorem, který má za sebou svůj celoživotní příběh. Měl by se zaměřovat na posilování důvěry klienta v jeho vlastní schopnosti a budovat otevřenou komunikaci.

Z odpovědí herních specialistů vyplývá, že místem, kde by se mohla herní práce uplatnit, mohou být některá zdravotnická i sociální zařízení. Mezi zdravotnická zařízení HS uváděli léčebny pro dlouhodobě nemocné, interní oddělení nemocnic i ordinace praktických lékařů. Mezi zařízení sociálního typu patří domovy důchodců, kluby důchodců i další ústavy sociální péče. Zmíněny byly také vlastní domácnosti starých lidí.

1.7 Závěr

Hypotéza č. 1 se potvrdila – herní specialisté jednoznačně označili možnosti uplatnění herní práce v oblasti péče o seniory.

Hypotéza č. 2 se potvrdila – herní specialisté ve svých odpovědích uvedli několik příkladů v oblasti zdravotní či sociální péče, kde by se mohla herní práce či přímo role herního specialisty uplatnit ve prospěch seniorů.

Hypotéza č. 3 se potvrdila částečně – herní specialisté upozornili na několik oblastí, které jsou v českém prostředí problematické (týkající se dětí i seniorů) a které může

herní práce pozitivně ovlivnit. Stávající spektrum aktivace seniorů není herním specialistům známo, pravděpodobně proto se k této oblasti příliš nevyjadřovali, ale hledali spíše uplatnění obecných principů herní práce.

2. Zúčastněné pozorování ve vybraných institucích

2.1 Cíl výzkumu

Cílem druhé části je podat náhled na způsoby aktivace v konkrétních institucích, které poskytují seniorům zdravotní či sociální péči anebo jim nabízejí volnočasové aktivity.

2.2 Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření je zaměřené na zmapování aktivačních metod v některých institucích, které jsem osobně navštívila. Určitých aktivit jsem se sama účastnila (např. tance v sedě), v jiných jsem měla roli pasivního pozorovatele – celkově jsem využila metody zúčastněného pozorování. Během pozorování jsem si psala poznámky, které jsem při jejich přepisování do počítače doplnila informacemi z webových stránek, letáků a vnitřních materiálů organizace.

Informace o institucích, které představuji, jsou čerpány z následujících zdrojů:

Blažková J.: Diagnostika organizace, seminární práce, FHS UK, 2006

Propagační leták Domova sv. Karla Boromejského, 2007

Výroční zpráva občanského sdružení Život 90, 2005, vydal Život 90

www.dcmotol.cz, on line, 5.února 2007

2.3 Popis institucí

Jedná se převážně o pražské instituce, výjimku tvoří mimopražský domov důchodců.

Zúčastněné pozorování jsem prováděla ve čtyřech zařízeních:

- Domov důchodců v Hranicích
- Léčebna dlouhodobě nemocných I. – Fakultní nemocnice v Motole
- Domov Sv. Karla Boromejského – lůžková oddělení, denní stacionář
- Život 90

Oslovovala jsem ředitele zařízení, manažery jednotlivých sekcí i pracovníky v přímém kontaktu s klienty (zdravotní sestry, pracovnice zabývající se aktivací, sociální pracovnice, psychologa, dobrovolníky).

2.4 Vlastní zúčastněné pozorování

2.4.1 Domov důchodců v Hranicích

Domov důchodců v Hranicích (DD) poskytuje služby 215 klientům, kteří jsou ubytováni na čtyřech ošetrovatelských odděleních. Geriatrické oddělení je jako jediné uzavřené, protože jsou zde převážně klienti s diagnózou pokročilé demence. DD nabízí i přechodné pobyty pro seniory. Domov důchodců byl založen 25. dubna 1985. V současné době má DD 123 zaměstnanců.

Úkolem **úseku sociální péče** je zejména starost o volnočasové aktivity seniorů. Tento úsek byl založen před 4 lety, skládá se z vedoucího úseku a třech pracovnic, které jsou v přímém kontaktu s klienty. Jedním z úkolů je doprovázení seniorů při pravidelných nákupech do města Hranic či nakupují na objednávku momentálně imobilním seniorům.

Uvádím v bodech činnosti, jimiž se úsek zabývá:

- trénink paměti
- pěvecký kroužek
- zájmové dílny (keramika, šití, pletení, kreslení, výroba ozdob, výroba koláží atd.)
- relaxace
- nákupy obyvatelům ve městě
- organizace výstav, zájezdů, oslav při příležitosti výročí
- společenská posezení s písničkou, u kávy
- ples, hudební zábava
- přednášky
- organizace kulturních představení – divadla, koncerty, táboráky
- organizace sportovních her
- soutěže, šachové turnaje
- spolupráce s jinými organizacemi

- individuální práce (činnosti s imobilními seniory, komunikace se seniory s demencí)

Vedení domova udává, že mají dobré vztahy s hranickou radnicí i Klubem důchodců, který funguje ve městě. Výměna informací o pořádaných akcích existuje také s Domovem s pečovatelskou službou v Hranicích – senioři odsud se mohou účastnit zájezdů, pořádaných DD.

Pravidelná aktivační činnost probíhá v ranních hodinách od 7 do 11.30 hodin. Tzv. polední klid je od oběda, tj. od 12.15 do 14.30 hodin. Přesto i v tomto čase někdy existuje nabídka činností. Podle zkušenosti pracovníků je činnost ve večerních hodinách problematická, protože lidé jsou v této době již unaveni. Když byl ve večerních hodinách například uspořádán koncert, přišlo jen málo lidí. Na základě zkušeností tedy akce začínají nejpozději v 17.00 hodin. O víkendech je nějaká činnost nabízena výjimečně. V současné době již začala fungovat místnost se dvěma počítači napojenými na internet, která má sloužit pro výuku seniorů na PC.

Pracovnice se shodly na tom, že velkou překážkou v jejich práci je celkové zhoršování se zdravotního i psychického stavu seniorů. V porovnání s minulostí vidí zřetelný posun k větší nemohoucnosti nově přijatých seniorů v současnosti, což vyžaduje i jiný způsob jejich práce. Takovými lidem je potřeba se věnovat mnohem častěji. Podle názoru vedoucí je současný personál schopen pokrýt aktivní a iniciativní seniory. Na individuální práci se seniory není dostatek času. Bylo by vhodné, aby alespoň 1 pracovník působil na uzavřeném geriatrickém oddělení, protože tam je práce náročnější. Individuální přístup je aplikován u problémových klientů a nově příchozích seniorů do DD. Důležité by bylo působení speciálního pedagoga, zdravotníka a rehabilitačního pracovníka současně. Problém se týká také imobilních seniorů, kteří potřebují častěji měnit činnost. Podle slov vedoucí úseku nejsou zapojeni do činností nabízených úsekem sociální práce:

- aktivní senioři, kteří mají dosud velmi dobré pouto k rodině a kteří si umí sami aktivně vyplnit svůj čas. Nabídky činností v DD využívají nepravidelně.
- senioři, kteří nemají zájem o nabízenou činnost – je nutné respektovat přání každého člověka,
- imobilní senioři nemají často příležitost účastnit se pravidelných aktivit, nabídka pro ně je prakticky omezená. Souvisí to s kapacitou úseku sociální péče.

Z předchozího odstavce lze vyvodit, že počet seniorů, který využívá služby úseku sociální péče, je v poměru k celkovému počtu obyvatel malý.

2.4.2 Léčebna dlouhodobě nemocných při Fakultní nemocnici v Motole

Léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) v pražské Fakultní nemocnici v Motole sídlí v samostatné budově a je organizačně rozdělena na I. a II. primariát a celkem 13 ošetrovatelských oddělení. Na každém oddělení je umístěno zhruba 30 lidí, takže v celé léčebně je přibližně 380 lůžek. Já jsem své pozorování realizovala na I. primariátu. Účastnila jsem se společných aktivit organizovaných Dobrovolnickým centrem FN v Motole, sledovala jsem průběh ergoterapie a elektroléčby, navštívila jsem několik pokojů s pacienty a sledovala komunikaci personálu s klienty, a to průběžně i na chodbách, před léčebnou apod. Mluvila jsem s hlavní sestrou, se staniční sestrou, s psychologem léčebny, který je interním zaměstnancem, s dobrovolníky a jejich koordinátorkou ve FN v Motole i s některými pacienty.

V přízemí vpravo můžeme nalézt nenápadnou malou místnost, kde probíhá elektroléčba a jedna pracovnice zde vede ergoterapii. Sestry rehabilitují běžnými způsoby s pacienty na oddělení př. nácvik chůze na tréninkovém schodišti, chůze po chodbě s chodítky apod. Pacienti mají k dispozici tzv. „cvičný panel“, kde jsou namontována běžná zařízení, které každý člověk ve svém bytě používá (klika od dveří, kohoutky s horkou a studenou vodou, telefonní ciferník atd.) Tento panel je instalován na dvou odděleních na chodbě, lidé, kteří k němu dojdou, jej mohou používat k nácviku či upevnění základních dovedností.

Aktivace seniorů (protože na oddělení se nachází převážně senioři, až na výjimky, které tvoří lidé po úrazech, či s vážným onemocněním) probíhá v několika rovinách, a to komunikací pacientů:

- s dobrovolníky individuálně nebo účastí na nabízených aktivitách
- se zdravotnickým personálem (lékaři, sestry, ošetrovatelky, pomocný personál, rehabilitační sestry a ergoterapeutka, psycholog)
- mezi sebou navzájem (na pokojích, na chodbách)
- s příbuznými, přáteli a známými, kteří je přijdou navštívit

Co se týče vlastní aktivizace pacientů, podstatná a organizovaná část aktivizace je zásluhou Dobrovolnického centra Motol. **Dobrovolnické centrum** bylo založeno v lednu 2004 a dnes je samostatnou součástí organizace, spadající pod Útvar hlavní

sestry nemocnice Motol. Na LDN dochází pravidelně 29 dobrovolníků z počtu 107 aktivních dobrovolníků (celkový počet je 220 zaregistrovaných dobrovolníků). V současné době je motolský dobrovolnický program nejrozsáhlejší v ČR jak do počtu dobrovolníků, tak ve spektru dobrovolnických činností.

Koordinátorka dobrovolníků J. Nováková, považuje za účel činnosti dobrovolníků s pacienty zpříjemnění volného času pacientů a jejich psychickou podporu. Důležité je podle ní doplnění léčby o duševní a sociální prvek tak, aby se léčba přiblížila ideálu komplexní léčby. V současné době mají dva dobrovolníky, kteří jsou schopni nabízet duchovní službu a tento typ péče je zajišťován jednak bohoslužbami, které probíhají v sobotu, jednak osobním kontaktem nemocničního kaplana s lidmi, kteří o rozhovor s ním projeví zájem. Bohoslužby jsou otevřené pro všechny pacienty nemocnice Motol. Pravidelně tam chodí asi 12 lidí, z toho přibližně 10 je pacientů z LDN.

Jaký je efekt nabízených aktivit? Podle koordinátorky jej nemůžeme sledovat na zdravotním stavu, těžko jej lze vyvodit z měřitelných ukazatelů. Činnosti mají silný bezprostřední efekt: lidé aktivity vítají, probouzí v nich zájem a emoce, které se někdy projeví například i tím, že se člověk rozpláče a tím uvolní své napětí. J. Nováková vidí smysl počínání dobrovolníků hlavně u dlouhodobě osamělých lidí, kteří po lidském kontaktu doslova prahnou. Podle jejích slov „*dobrovolníci dodávají normalnost do tohoto prostředí.*“

Podle materiálů Dobrovolnického centra FN Motol v současných aktivitách dobrovolníků převažují (www.dcmotol.cz; 5. února 2007):

- Role průvodce nebo společníka v individuálním kontaktu s jedním pacientem (hlavně povídání si, pak také čtení a procházky)
- Vedení skupinových zájmových aktivit, kroužků
- Pomoc při tvorbě a realizaci větších motivačních programů pro pacienty
- Pomoc při organizačním zajištění jednorázových kulturních a zábavných programů

Týdenní rozvrh skupinových aktivit na LDN vypadá takto:

Pondělí	Kroužek zpívání	Úterý	Výtvarná dílna (1x za 14 dní)
Středa	Tance v sedě	Čtvrtek	Trénování paměti
Sobota	Bohoslužba		

Nepravidelně probíhají koncerty – příkladem je muzicírování s Renatou, koncerty Jaroslava Uhlíře, vyprávění známých osobností např. Luďka Soboty, Stelly Zázvorkové apod. Nejstarší skupinovou aktivitou dobrovolnického centra je zpívání a výtvarná dílna. Dílnu vede dobrovolnice – bývalá ředitelka Domu dětí – dnes již sama v důchodu, která se nadšeně věnuje výtvarné tvorbě. Pro seniory připravuje materiál a šablony, které není náročné přeměnit na konečný výrobek. Trénink paměti je nabízen pacientům od listopadu 2006 třemi dvojicemi dobrovolníků – ve stejnou dobu na různých patrech budovy. Velmi oblíbenou činností je i canisterapie.

Osobně jsem měla možnost zúčastnit se pondělního zpívání a středních tanců v sedě. Myslím, že obě nabízené aktivity mají dobrou úroveň a v obou platí, že se kvalita odvíjí od lidí, kteří tyto aktivity provozují.

Zpívání zajišťuje dobrovolnice Iva, která zároveň zpívá a hraje na keyboard písničky, které jsou vzhledem k věku lidí známé např. Vyletěla holubička ze skály nebo Okolo Frýdku cestička. Doprovází ji také harmonikář – muž v seniorském věku, také dobrovolník, který na první pohled zaujímá svým hráčským uměním a živostí. V publiku je 7 zpívajících pacientů a jedna dobrovolnice, jejímž úkolem je před a po skončení aktivity doprovodit pacienty do jejich pokojů a starat se, aby nedošlo k žádnému zranění. Jedna z pacientek zpívá a současně hraje na tamburínu. Každý dostal do ruky texty písní, které se ten den zpívaly. Někteří je ani nepotřebují, někteří do nich občas nahlédnou. Písničky jsou proloženy lehkou konverzací či krátkými paměťovými cvičeními. Osvěžením byl putovní kaštan, který si postupně pacienti předávali. Kdo jej měl v ruce, určoval, jaká písnička se teď bude zpívat. Atmosféra byla velmi příjemná a bylo vidět, že si lidé s chutí zazpívali. Po skončení někteří nespěchali do svých pokojů, seděli a povídali si. Cítila jsem z nich radost a uvolnění.

Všechny skupinové aktivity se odehrávají na chodbě – ve výklencích, které spojují pravou a levou část budovy panelákového typu. Toto místo v sobě skrývá výhody i nevýhody. Kladnou stránkou je, že vše, co se zde děje, se rozléhá v obou blízkých odděleních a schodištěm i na jiná patra. Takže zpívá-li se zde, mohou se z rozléhající se hudby těšit i pacienti, kteří leží ve svých pokojích a sami se aktivně nemohou nebo nechtějí účastnit. Vzhledem k tomu, že výklenek je umístěn na spojnicí užívaných chodeb, má to i ten efekt, že příbuzní a všichni, kdo tudy jen procházejí, mohou vidět

zdejší program. A stává se také, že své příbuzné, kteří jsou zde hospitalizováni, sami nabádají k účasti v těchto aktivitách, což chápu jako jednoznačně pozitivní.

V období vánočních a velikonočních svátků jsou zde organizovaná pásma, ať už menšími dětmi ze škol, nebo studenty – mediky. Důležitá je také fyzioterapie a ergoterapie. Rehabilitační sestry působí na odděleních mezi 14.00 a 15.00 hodinou, jedná se o sedm fyzioterapeutek a dvě jejich vedoucí. Každá stanice má 1 fyzioterapeutku. Při ergoterapii se nejvíce používají kostky, puzzle, kreslicí potřeby a různý dotykový materiál, jako je například nádoba s čoučkou či speciální antibakteriální hmota, která slouží k rehabilitaci ruky a jejímu posílení. Účelem této činnosti je podle ergoterapeutky obnovení schopností, které byly nemocí poškozeny a vyplnění volného času. Jak říká: „*Problémem je nuda, obrovská nuda.*“

Účelem aktivace, tak jak to definovala staniční sestra, je vyplnění a zaměstnání času pacientů. Dělá se to proto, aby pacienti nepropadali depresím, aby se uvolnili, rozptýlili. Podle staniční sestry tedy slouží jako relaxační metoda. Účelem rehabilitace a ergoterapie je hlavně zlepšení manuální zručnosti, k čemuž slouží také panely nácviku, umístěné na chodbách.

Za důležité považuji zmínit, že aktivací by měl být běžný kontakt zdravotnického personálu s pacienty. Ke komunikaci dochází nejčastěji účelově – když zdravotník potřebuje s člověkem provést nějaký výkon nebo zjistit informace.

Působení psychologa

Psycholog J. Vaško zde považuje za svůj úkol vytváření pozitivního klima. Existují tři způsoby, jak se může pacient dostat do kontaktu s psychologem na LDN. Lékař může pacientovi napsat žádanku např. na vyšetření kvůli způsobilosti řídit elektrický vozík, psycholog oslovuje pacienty nebo k němu pacienti sami přicházejí s nějakou žádostí či přáním účastnit se aktivit.

Hlavní účel působení na pacienty vidí J. Vaško v tom, aby člověk byl v kontaktu se sebou samým. Aby si lidé uvědomovali – to jsem já, kdo je schopen zažertovat, aby se povzbudil pozitivní obraz jich samých o sobě. Jako důležitou věc pro pacienty vyzdvihuje psycholog také aktivní zdravení pacientů a jejich oslovování. Říká, že je třeba lidi znát, pravidelně navštěvovat a podněcovat.

Dokonce lze pozorovat různé důsledky jak vnímá okolí to, když někdo dochází na nějaké aktivity jako je třeba trénink paměti či tance v sedě.

Není bez zajímavosti, že na skupinové aktivity chodí méně mužů než žen. Občas se také stane, že aktivity zde někdy iniciují i sami pacienti, což je veliký úspěch. Najdou se i pacienti úzkostní, kteří odmítají aktivity i ze zcela zbytečných důvodů. Například že by nestihli večeři. Je ale spousta takových, kteří na ně prostě již nemají sílu.

Trénink paměti

Činnosti, které J. Vaško v rámci tréninku používá, jsou například úvodní cvičení pro začlenění do skupiny, aktuální přísloví a pranostiky, dotyková cvičení - pomyslné malování na zádech druhého člověka, poznávání lidí mezi sebou navzájem. Postupně cvičení paměti získalo místo v režimu léčebny mezi pacienty, kteří se jej pravidelně zúčastňují. Samozřejmě se najde hodně lidí, kteří tento typ aktivity považují za „hry pro malé děti“ a odmítají účast v jakékoli podobné záležitosti. O oblíbenosti těchto setkání ale svědčí i to, že v současné době probíhá ve třech skupinách týdně. Jak říká J. Vaško, na cvičení paměti je nejdůležitější, že: *„Lidé mají možnost se vyjádřit a ty činnosti prožít“*. Hodně záleží na přístupu lidí, kteří trénink paměti vedou. Zpočátku například některé dobrovolnice přistupovaly k seniorům jako k malým dětem, oslovovali je „babi“ a „Jarmilko“, což je zásadně špatný přístup. Důležitou součástí tréninku paměti je hra a atmosféra setkání. A právě dobrovolníci mají často hravosti dostatek. Někdy jde samozřejmě o to brát člověka vážně, jindy je právě na místě určitá uvolněnost, nadšení a spontaneita. Celý trénink paměti se vlastně děje formou hry. Ale hrou se to nenazývá. „Hravost se v tomto věku nenesí, lidé vyjadřují své emoce pohybem, výrobou nějakého výtvarného dílka, zpěvem, i psaním“ říká psycholog.

Tance v sedě

Vedoucí osobou je psycholog J. Vaško, na pomoc má dva dobrovolníky, kteří se tance také účastní, a po jeho skončení doprovází účastníky na pokoj. Jeden z dobrovolníků – muž v seniorském věku, jehož koníčkem je zřejmě předvádění kouzel - předvedl na závěr tři kouzla a sklidil údiv a potlesk.

K tanci se sešlo 11 lidí, z toho dvě pacientky jsou na vozíčku. Atmosféra byla uvolněná, lidé usměvaví, pohyb je bavil. J. Vaško pouštěl z přehrávače jednoduchou melodickou hudbu, která měla 3/4 nebo 2/4 rytmus, který je uklidňující a navozuje pozitivní reakce. Činnost spočívá v jednoduchých cvicích rukama, nohama, hlavou, procvičování kloubů, otáčení trupu a tleskání, které se prováděly v určitém tempu a pořadí. Kreativní bylo

cvičení na francouzskou romanci, kdy každý dirigoval, jak cítil hudbu, z čehož vyplývaly zajímavé pohyby. Před touto skladbou J. Vaško naladil příjemnou atmosféru – připomněl prostředí jižní Francie: moře, levandule, slunce, vůně. Prokládal jednotlivé skladby mluveným slovem, před každou něco říkal nebo se snažil zavést konverzaci s pacienty. V poslední třetině setkání psycholog „udělal docházku“, psal si na lístek jména pacientů podle abecedy. Chtěl, aby se všichni zapojili a přemýšleli, kdo je na řadě. Pak zase cvičení pokračovalo. Sem tam někdo z návštěv prošel kolem. Celé cvičení trvalo 1 hodinu 15 minut. Psycholog setkání charakterizoval jako „nový impuls do života na tento den.“ Je to určitá námaha, která působí i po psychické stránce např. proti smutku.

Komunikace mezi pacienty navzájem, s příbuznými a přáteli

Objektivně lze říci, že prostředí nemocnice je na podněty chudé. Záleží na aktivitě každého jedince – míra aktivačních impulsů je pro každého různá – jestli sám vyhledává nové podněty, či pasivně přijímá situaci, v níž se nachází. Dlouhodobý pobyt v jedné místnosti se zřídka se obměňujícími se pacienty s sebou může přinášet jak pozitivní, tak negativní aspekty.

Pokud je pacient pohyblivý či má někoho, kdo by jej doprovodil, vychází ven z pokoje a tráví určitou dobu na chodbách léčebny. Není zde žádný vhodný prostor pro posezení v příjemném prostředí, proto většina takových pacientů je nucena potkávat se na chodbách či v jejich výklencích.

Dalším způsobem aktivizace nemocných je komunikace s lidmi, kteří je přicházejí navštívit. Ani zde toho nelze mnoho zobecnit – co se týče četnosti, skladby návštěv ani jejich významu pro nemocné. Můžeme snad říci, že je to významný prvek, který zprostředkovává kontakt s venkovním světem mimo zdi, ve kterých jsou pacienti nuceni dočasně přebývat. Přinášejí informace o dění v rodině, ve společenství, které je nemocnému známo či zprávy o dění ve světě obecně. Působení příbuzných a známých je v ideálním případě významný motivační prvek, který napomáhá nemocnému překonávat stávající situaci.

2.4.3 Domov Sv. Karla Boromejského

Toto církevní zařízení je ojedinělé v tom, že v sobě spojuje čtyři světy:

- Svět starých a nemocných lidí
- Svět řeholních sester (Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského)
- Svět civilních zaměstnanců a dobrovolníků
- Svět odsouzených žen

Lůžková oddělení - přechodné sociální a zdravotní pobyty

Posláním domova je péče o staré a nemocné lidi. Při kapacitě 94 lůžek se zde za rok vystřídá asi 400 pacientů. Domov nabízí respitní péči rodinám nemocných seniorů, přechodný pobyt ze sociálních důvodů, zdravotnickou a rehabilitační péči na lůžkách pro ty, kteří již nepotřebují akutní lékařskou péči. Dbá se zde na aktivaci, klientům je nabízena možnost účasti na kulturních pořadech v domě. Nedílnou součástí domova je důraz na duchovní péči – na zprostředkování kontaktu pacientů s duchovním, na společné motlitby, rozmluvy, přijímání svátostí a vzdělávání. Klade důraz na si duchovních potřeby pacientů a jejich uspokojování – což sestry nechápou jako nástavbu, ale jako nedílnou součást péče. Domov provozuje 60 lůžek LDN, kde je poskytována zdravotní péče (hrazena pojišťovnou) a 34 lůžek sociálních (pobyt na nich je hrazen klienty či jejich rodinami). Na zdravotnická lůžka jsou většinou přijímáni imobilní pacienti, kdežto obyvatelé na sociálních lůžkách mají k dispozici pokoj s vlastním sociálním zařízením. Odborná péče se však na obou typech lůžek neliší.

Vlastní péči vykonávají zdravotničtí pracovníci (lékaři, sestry a ošetřovatelky), sociální pracovnice, řeholní sestry, dobrovolníci, odsouzené ženy a potkat se zde můžeme také se studentkami střední zdravotnické školy, které docházejí na praxi. Činnosti, které odsouzené ženy vykonávají v rámci svého zaměstnání, jsou různé: od uklízení, péči o zahradu, práci v prádelně a kuchyni, až po ošetřování nemocných. Mohou s pacienty trávit volné chvíle, což znamená především odpolední společná setkání, kdy se zpívá, hrají se hry, předčítá se nebo se jen tak povídá.

Dobrovolníků je zde poměrně hodně, avšak opravdu pravidelně aktivně činných z nich je 29. Z toho 11 vypomáhá při kulturních akcích a 18 pravidelně dochází za pacienty. Z těchto 18 osob je 80% dobrovolníků v seniorském věku a jen 20% tvoří mladí lidé. Koordinaci dobrovolníků zajišťují pracovnice z Public relation týmu Domova. Někteří dobrovolníci se věnují přímo lidem zde ležícím či docházejícím do stacionáře tím, že

s mim tráví volný čas či je ošetřují, jiní se věnují spíše zahrádce nebo jiným činnostem (např. péče o kostel).

Dalším důležitou součástí pobytu je rehabilitace a ergoterapie. Rehabilitaci se věnují 3 odborné pracovnice, pro ergoterapii je vyčleněna 1 sestra. Místnost pro ergoterapii je menší, u stolu může pohodlně pracovat asi 6 klientů. Jsou zde hry a pomůcky na procvičování jemné motoriky, běžných dovedností (viz. pracovní cvičná deska, věšení kolíčků na prádlo, stříhání nůžkami pro zlepšení obratnosti ruky), orientace, cvičení paměti i společenské hry. Pacienti zde vyrábí jednoduché výrobky, které slouží k výzdobě místností v budově. Pacienti i ergoterapeutka vnímají tento prostor především jako příležitost k setkání za účelem popovídání si a příjemného strávení dopoledne či odpoledne. Společenská interakce je zde na prvním místě. Některým klientům se ergoterapeutka věnuje přímo u lůžka.

Podobně lze hodnotit také rehabilitaci. Jak pracovnice, tak klienti, cítí strategický význam nejen v zlepšování či udržování fyzických funkcí, ale na stejnou úroveň kladou i společenský aspekt. Často je jedna místnost, kde jsou všechny rehabilitační přístroje a pomůcky, zaplněna lidmi, kteří přicházejí dříve a čekají, až se uvolní místo na přístroji, který mají lékařem předepsán. Tento čas se využívá k příjemné společenské konverzaci. Pracovnice také docházejí rehabilitovat ležící pacienty do jejich pokojů. Důležitou formou rehabilitace je nácvik chůze do schodů a ze schodů, také trénink vstávání z postele a vůbec vertikalizace.

Další z forem aktivizace jsou kulturní akce, pořádané domovem i pro veřejnost a příbuzné pacientů. Jedná se o koncerty – ať už dětí či známých umělců – či divadelní představení, které nacvičují odsouzené ženy z domova. Součástí domova je také knihovna, kde si lze vypůjčit knížku.

Už z důvodu přítomnosti řeholních sester Boromejek lze předpokládat, že je zde kladen důraz také na spirituální péči. Součástí objektu je nově zrekonstruovaný katolický kostel, kde mají všichni pacienti i veřejnost možnost účastnit se mší svatých, které jsou pořádány 4x týdně. Pokud má někdo z ležících pacientů zájem, může poslouchat přímý přenos mše díky sluchátkům umístěným v blízkosti své postele. Kněz poskytuje zájemcům denně svaté přijímání, někteří z klientů se na něj obrací s žádostí o svátost smíření či o rozhovor. Na každém patře je jeden zaměstnanec domova pověřený péčí o spirituální potřeby pacientů. Tito pracovníci denně navštěvují pacienty, kteří o jejich služby projevují zájem. Do této formy péče nelze nikoho nutit – vše se odvíjí od zájmu

klientů. Pracovníci s lidmi vedou rozhovory s různou, nejčastěji však duchovní tematikou, či o záležitostech smyslu a konce života, zprostředkovávají kontakty např. s knězi pro pacienty jiného než katolického vyznání, půjčují duchovní literaturu apod. Snaží se modlitbou a rozhovorem ulehčit poslední fázi lidského života, pokud se schyluje ke svému konci.

Denní stacionář

Je součástí Domova sv. Karla Boromejského v Praze – Řepích a nabízí celodenní pobyty pro seniory a nesoběstačné lidi, obyčejně fyzicky nebo psychicky hendikepované. Služba je poskytována ve všední dny, zpravidla od 7.00 do 16.30 hodin. Jak se píše v letáku Domova sv. Karla Boromejského: „Během pobytu ve stacionáři je o klienty všestranně postaráno nejen celodenním stravováním a hygienickou péčí, ale hlavně také ergoterapeutickým a rehabilitačním programem, pestrostí různých činností, které mohou sledovat nebo jich být účastni a zároveň je velmi dobře naplňována potřeba sociálního kontaktu ve skupině, o niž pečuje laskavý personál.“ (leták Domova sv. Karla Boromejského: Čtyři světy pod jednou střechou)

Denní kapacita stacionáře je 25 osob. Běžný den začíná snídaní, pak probíhají činnosti, které se liší svou četností. Následuje společný oběd, odpolední aktivity, svačina a kolem 16.30 si příbuzní přijíždí pro klienty. Co se týče harmonogramu činností, nedá se program naplánovat dopředu, protože náplň dne se odvíjí od typu onemocnění pacientů a náročnosti péče (odvíjí se od počtu lidí s demencí, potřeby výměny plenkových kalhotek, počtu seniorů, které je potřeba krmit apod.). Náplň dne se tak proměňuje, důležité však je, že je o všechny aktivně postaráno.

Z aktivit lze jmenovat rekondiční cvičení, předčítání spojené s rozhovorem, cvičení paměti, ruční práce, společenské hry (puzzle, člověče nezlob se atd.), televizní vysílání a muzikoterapie s aktivní účastí přítomných, kteří mohou hrát, zpívat i tančit. Přes léto je před budovou zahradní posezení, lidé chodí na procházky po zdejší poměrně rozlehlé zahradě. Ve velké místnosti, která je vlastně spojena i s jídelnou a s kuchyňkou, probíhá většina aktivit. Můžeme tu najít i klec se dvěma papoušky, o které se starají klientky.

Ruční práce každý vykonává podle svých možností a schopností, často s asistencí pracovníků stacionáře, které každého aktivně stimulují k činnosti. Mezi ruční práce patří například louskání ořechů, trhání molitanu pro výrobu látkových srdíček, navlékání korálků, pečení perníčků. Důležité je, že naprostá většina ručních prací se nedělá

bezúčelně. Lidé se často ptají: „*Proč to dělám?*“ Je pro ně důležité vidět v činnosti smysl. Většina věcí, které se zde vyrobí, se později prodávají např. na společenských akcích domova a z utržených peněz se koupí materiál na výrobu dalších věcí.

V souvislosti s tím je potřeba říci, že si stacionář za dobu své existence vybudoval zázemí pro různé druhy činností – něco jako ergoterapeutickou dílničku. Najdeme zde keramickou pec a pomůcky k výrobě a glazování keramiky, tkalcovský stav, na kterém se opravdu často pracuje – lidé zde vyrábějí krásné koberečky, vlnu a pomůcky pro pletení a háčkování, a samozřejmě běžný materiál jako lepidla, nůžky, barvy atd. Dílna je ve světlé místnosti, která je vyzdobena zde vytvořenými výrobky, což pozitivně stimuluje k tvorbě dalších.

Důležitou funkci mají ve stacionáři dvě dobrovolnice – ženy v důchodovém věku, které zde víceméně pravidelně v určitý den dochází. Jedna z dobrovolnic, která přichází každé pondělí dopoledne, se věnuje přímé práci s klienty – vede cvičení na židličkách, které probíhá v kruhu a s hudbou. Používá k tomu různých pomůcek, míčů, hudby apod. Po cvičení plynule pokračuje povídáním si s pacienty v kruhu nebo jim předčítá a vtahuje je do rozhovoru. Druhá dobrovolnice připravuje výrobky, které klienti dotvoří a později se mohou prodávat. Je to šikovná švadlena, takže zhotovuje pomůcky, sešívá různé tvary či výrobky dokončuje. Její zásluhou výsledné výrobky vypadají esteticky. Obě ženy zde působí již několikátým rokem, mohla jsem pozorovat, že je činnost stále baví. Uspokojuje je pocit, že jsou někomu užitečné i přímý kontakt s ostatními seniory.

Veškeré činnosti prostupují rozhovory pracovníků s klienty, které jsou vedeny přirozeně a lehce. Musím říci, že zdejší pracovnice obdivuji, s jakou bravurností jsou schopny denně vykonávat svou náročnou práci a zároveň si zachovat hluboce lidský, respektující přístup k lidem, kteří jsou často pozměněni svou nemocí. Častou diagnózou je nějaká z forem demence. Sejde-li se v určitý den větší množství takovýchto klientů, z nichž někteří mají značně pokročilou formu této choroby, ovlivní to program celého stacionáře. Na tomto místě je také vhodné zmínit, že pokud by neexistovalo takové zařízení, většina jeho současných klientů by byla odkázána na trvalou ústavní péči. Atmosféra zde byla opravdu v pozitivním smyslu uvolněná.

2.4.4 Život 90

Život 90 je občanské sdružení, jehož zakladateli a zároveň reprezentanty jsou J. Lorman a B. Lormanová. Hlavní sídlo organizace je na Praze 1. V roce 2005 byl počet zaměstnanců organizace 68, všechny činnosti však probíhají za velkého přispění dobrovolníků. To, že dům Portus (latinsky přístav), ve kterém jsou soustředěny téměř všechny činnosti občanského sdružení, je právě v Praze blízko Národního divadla, je výsledkem dlouhodobého úsilí manželů Lormanových.

Organizace byla založena na počátku 90. let. Hlavním iniciátorem byl současný předseda J. Lorman, který se společně se svou ženou Blankou Lormanovou pustil do objevování něčeho nového, co nejen v té době, ale i v současnosti je stále považováno za špičkovou službu, která v podstatě nemá měřitelnou konkurenci. Do domu Portus často zavítají i zahraniční návštěvy, aby se inspirovaly tím, co zde vzniklo jako unikátní instituce.

V začátcích byly aktivity spíše v duchu dobrovolnicky organizovaných činností. Poptávka však byla velká a jejich popularita stále rostla, takže již nebylo možné aktivity udržet na dobrovolné bázi, ale organizace a hlavně její členové, se museli nutně profesionalizovat.

Prostředí a atmosféra organizace je příjemná. Nad existencí Života 90 se zamyslel vedoucí public relations O. Bubrle. Charakterizoval ji jako: „*Snahu předat informaci seniorům, že se mohou sami k sobě chovat jinak.*“ Zdůrazňuje, že lidé potřebují mít kontakty a příležitost, jak se ve dnešní době ve městě zabavit.

Lidé, kteří zde pracují, jsou profesionálové zapálení pro věc. Profesionálové zde pracují v symbióze s dobrovolníky. Zvláště charismaticky působí zakladatelé organizace manželé Lormanovi. B. Lormanová je usměvavá žena, která vyznává heslo: „*Seniori nesmí zůstat sami doma a sedět za oknem. Musí málo spát a pořád něco dělat.*“

A právě o to se snaží občanské sdružení. Pěkně to vyjádřil manažer PR Oldřich Bubrle, když připodobnil jejich organizaci ke kruhu, do kterého může senior vstoupit všemi směry – podle toho, co si zrovna vybere nebo je pro něj potřebné. Je to takový kruh informací. Člověk zde přijde pro jednu aktivitu a získá tak další možnosti. Senior může z nabízených služeb čerpat to, co je pro něj zrovna aktuální. Podle mého názoru poskytuje velmi komplexní péči, a co víc, ve velmi dobré kvalitě.

Organizace nabízí široký rozsah služeb, aktivit a možností zapojení seniorů, ať už jako klientů, pracovníků či dobrovolníků. O všech z nich by se dalo dlouze vyprávět. Život

90 je také zapojen do tvorby sociální politiky, snaží se prosazovat zájmy a práva seniorů u veřejných institucí, působit na změnu legislativy a prevenci ageismu a medializovat určitá témata (projekt Internet a senioři, Stop násilí na seniorech apod.). Život 90 nabízí také krizovou pomoc a poradenství pro seniory.

Aktivační programy

- akademie seniorů
- vzdělávání, klubová činnost, pohybové aktivity, reminiscence, terapie, kultura, módní přehlídky, sešlosti seniorů
- centrum pražských dobrovolníků seniorů
- vyhledávání, nábor, zařazování, výcvik, databáze, péče o dobrovolníky
- klubová kavárnička U Elišky
- vánoční projížďky
- trénink paměti Mens Sana Seniorum
- Divadlo U Valšů
- Senior bazary

Aktivační služby jsou stěžejní činností Života 90, od celého počátku jim udává charakter B. Lormanová. Zapojuje se do nich mnoho dobrovolníků např. jako lektoři, organizační pomocníci. Bez jejich nadšení a přístupu by Život 90 ztratil své kouzlo. Jsou to lidé, kteří se rozdávají s láskou, ne z povinnosti. Často jsou to vzdělaní odborníci nebo populární osobnosti – herci a výtvarníci. Blanka Lormanová o činnosti říká: „*Aktivace je stejně důležitá jako transfúze.*“ Podle ní je důležité „*nezašnekovat se a hlavně něco dělat.*“ V této souvislosti zmiňuje „Klub osamělých žen“, do kterého přicházejí ženy, které prožily ztrátu někoho blízkého a potřebují pomoc překonat těžké období. Náplň klubu vypadá prostě: ženy například drhají, navštěvují kina a divadla, výtvarně tvoří, přichází za nimi kadeřnice a vizážista a podobně. Co je však důležité, že to vše je dokáže postavit zpět na nohy. B. Lormanová říká: „*Jdou tam zraněný ženský a vylezou lvíce.*“

Pobytové oddělení

Na tomto oddělení je klientům, kteří přicházejí z akutního lůžka, zajištěna zdravotní péče. Obvykle zde senioři pobývají po dobu 2 až 3 měsíců, které platí zdravotní

pojišťovna. Důvodem, proč v Domě Portus takováto služba vznikla, je následování idey komunitního přístupu. Pobytové oddělení zapadá do mozaiky tíšňové péče Areiónu, aktivit pro volný čas a dalších informačních a podpůrných služeb velmi přirozeně. Pobytové oddělení má charakter „penziónku s rehabilitací“, jak jej nazvala vrchní sestra oddělení. Je zde zajištěna dostatečná a hlavně včasná (což je pro seniory důležité) rehabilitace seniorů, ergoterapie. Při těchto službách se klade důraz na rozhovory – rehabilitaci duše.

Co se týče aktivace, je ctěn přístup, že pracovníci nikoho do žádných aktivit nenutí. Na druhou stranu však nedopustí, aby zde někdo jen 24 hodin ležel. Cílem je, aby se senior začal těšit na to, co ze začátku nerad dělal. Vrchní zdravotní sestra se podělila o svou zkušenost s aktivací seniorů: „*Na seniory se musí strašně pomalinku. Oni jsou rádi, když s nimi něco děláme my. Sami se bojí. Nejvíce se jim líbí sedět u kafe a povídat si. Oni jsou úplně žízniví na to, aby si s nimi někdo povídal.*“ Sestra volí přirovnání: „*Jsou jako kuřata. Často mě osloví: Haničko, vy jste mně dneska ještě nepohladila.*“ Podle vrchní sestry jsou zde lidé moc spokojeni. Na mou otázku, proč tomu tak je, odpovídá, že je zde hodně personálu. Pracoviště má dostatečné množství lidí na to, aby měli chuť, náladu a čas se klientům věnovat. „*Můžeme se jim rády věnovat. Chtějí naprosto normální slušný zacházení a když do toho člověk dá trošku vtipu nebo naopak řekne: „chovejte mě, dneska mi není dobře“, tak jsou rádi.*“

2.5 Výsledky pozorování

Z pozorování vyplývá, že ve všech organizacích, které byly předmětem výzkumu, probíhá nějaká forma aktivace seniorů. Není to překvapení, zvláště, když uvážíme, že některé z vybraných organizací poskytují ve svém oboru velmi vysokou kvalitu služeb (např. jsou inovátory ve své oblasti – Život 90, Domov sv. Karla Boromejského).

Organizace, každá podle svého zaměření, má připravenou nabídku různých aktivit, které mohou seniorovi pomoci vyplnit jeho volný čas. Můžeme tedy konstatovat, že ve stávajícím systému péče je v rozdílné míře a kvalitě pamatováno na vyplnění volného času starších klientů. Otázkou zůstává, nakolik tyto aktivity mohou uspokojit potřeby seniorů, kteří jsou dočasně nebo trvale v institucionální péči.

I zde platí, že na manažerech a pracovnících, kteří se zabývají aktivací seniorů v organizacích, závisí kvalita nabízených služeb. Společným rysem některých organizací je působení dobrovolníků, kteří např. v případě Léčebny pro dlouhodobě

nemocné v pražské Fakultní nemocnici v Motole značně přispívají k sociálnímu komfortu některých pacientů během hospitalizace a náplni jejich volného času. Dobrovolníci mají v celé řadě charakteristik (ochota navázat přátelský vztah, komunikační most se světem venku, časový prostor pro rozhovor apod.) podobnou situaci jako herní specialisté.

2.6 Závěr

Aktivace seniorů je v pozorovaných organizacích zajišťována. Prostor pro uplatnění herní práce se nabízí zejména v nedostatečně rozvíjených prvcích, mezi které v současné době patří nedirektivní způsob komunikace se seniory v rámci instituce a klientská advokacie (ochrana a pomoc při prosazování názorů klienta). Herní specialista by se mohl zapojit do stávajícího systému aktivace seniorů a obohatit ji herní prací.

Závěr

Je zřejmé, že herní práce tak, jak je představována ve Velké Británii, je svým přístupem i principy přenositelná i na jiné skupiny pacientů, než jsou děti, které jsou tradičně cílovou skupinou herních specialistů. Princip respektu k osobnosti seniora, nemanipulativnosti, facilitace komunikace, citlivosti a empatie, ale i princip advokacie klienta lze v herní práci se seniory použít. Princip nedirektivnosti se i v odborné gerontologické literatuře doporučuje jako vhodný.

Senioři jsou, stejně jako děti, specifickou skupinou, a proto musí jim být herní práce uzpůsobena. Herní specialista by měl být zralý člověk, který je schopen respektovat zkušenosti a jedinečnost osobnosti seniora s jeho celoživotním příběhem. Zdá se, že senioři budou v interakci s herním specialistou více než děti využívat slovní komunikace. Zvláště, pokud jsou senioři odkázáni na dlouhodobou institucionální péči, vyvstává u nich potřeba „komunikačního mostu“ mezi světem venku a nemocničním prostředím, a potřeba mírnění negativních emocí (strach, nejistota, nuda, stesk), které se pojí s pobytem ve zdravotnickém ale i v sociálním zařízení.

Aktivace formou hry je velmi přirozenou činností. V případě seniorů je důležité zvolit hru správně – musí být adekvátní možnostem a schopnostem člověka. Lépe je vybrat hru o něco náročnější, která seniora dokáže motivovat k dosažení určitého výsledku, než jednodušší, pod jeho úroveň schopností, která jej spíše devaluje, odradí či zhorší jeho psychický stav. Vždy se musí posuzovat s ohledem na individualitu konkrétního seniora. Hra musí být také pro seniora smysluplná. Musí v ní vidět cíl, jehož dosažení považuje za stimulující, užitečné.

Jak tedy může být v gerontologii prospěšná role herního specialisty, respektive herní práce? V zásadě se nabízí dvojí uplatnění.

1. Herní specialista jako koordinátor dobrovolníků

Herní specialista by mohl v nemocničním prostředí působit v podobné funkci jako koordinátor dobrovolníků. Na rozdíl od tradiční role koordinátorů dobrovolníků (tj. vyhledávání, administrace a podpora dobrovolníků) by měl také na starosti výcvik dobrovolníků, pomoc v konkrétní komunikaci s klienty, ve smyslu vzdělávání a zlepšování způsobu práce s klienty, která by vycházela právě z herní práce. [24] Herní

specialista jako koordinátor dobrovolníků by mohl působit v tradičním kontextu jeho role - péče o hospitalizované dítě a jeho rodinu, zároveň však i v péči o hospitalizované seniory. Herní specialista v roli koordinátora by mohl působení dobrovolníků ovlivňovat tak, aby nedocházelo k problematickým situacím komunikace, a zároveň by se podílel na kultivaci vztahu dobrovolníků s klienty (pacienty) a předávání zkušeností.

2. Herní specialista jako prostředník pro komunikaci s nemocnými seniory v institucionálním prostředí

Herní specialista se v institucích, jakými jsou nemocnice, léčebny pro dlouhodobě nemocné, alternativně i domovy důchodců, může chopit úkolu, který spočívá v přinášení podnětů ke smysluplnému trávení volného času a „komunikačního mostu“ mezi světem vně a uvnitř instituce.

Je zřejmé, že způsoby aktivace seniorů jsou v České republice široce zastoupeny a úspěšně rozvíjeny. Je ovšem také skutečností, že potřeby seniorů jsou „nekonečné“ a mohou převyšovat možnosti ošetřovatelského personálu. V tomto smyslu by měla být stále vítána každá snaha o pomoc při uspokojování potřeb seniorů, ať už ze strany dobrovolníků či zapojením herních specialistů do péče o staré a nemocné lidi.

Širším způsobem aplikované principy herní práce by mohly doplnit stávající spektrum služeb a aktivit, které v České republice zatím lze najít. Mohly by sem patřit jednak konkrétní herní aktivity podporující kreativitu, udržení a rozvíjení praktické soběstačnosti, sociální aktivity (s funkcí prevence a zvládnání důsledků osamělosti a sociální izolace), ale také celá oblast tzv. klientské advokacie, kdy herní specialista v roli jakéhosi společníka „zesiluje“ klientův hlas a pomáhá mu při řešení nejrůznějších životních situací, při kterých vstupuje v tomto případě senior do kontaktu s institucí. Role herního specialisty jako průvodce prostředím instituce by mohla přispět k psychické pohodě seniorů.

Při čistě teoretické úvaze si lze představit herního specialistu, který by se mohl pacientovi, který byl propuštěn z nemocnice či LDN, věnovat i v domácím prostředí – jak zaznělo v rozhovorech s herními specialisty v praktické části. Tam by jeho úloha spočívala ve zprostředkování kontaktů se sociálním prostředím člověka. Je zřejmé, že role takového pracovníka, kterým nemusí být nutně pouze herní specialista, by byl

v konkrétních případech zapotřebí. Uvést tuto myšlenku do praxe však nebude jednoduché, nicméně návrh je to jistě pozoruhodný.

Herní práce musí v první řadě dokázat svou prospěšnost, a to nejprve v prostředí dětských oddělení nemocnic, kam původně patří a kde se její role pomalu etabluje. Musí se stát profesí, kterou budou ostatní členové týmu uznávat a respektovat její praktický přínos – což je v současné době primární úkol herní práce v českém prostředí. V případě seniorů bude muset projít stejnou cestou. Pokud v budoucnu dokáže svou užitečnost v pomoci hospitalizovaným seniorům v rámci nemocnic, léčeben pro dlouhodobě nemocné a v ústavech sociální péče, jistě to pozitivně ovlivní stávající systém péče o seniory.

Literatura

- [1] Aktuální informace č.7/2007, vydaná 26.3.2007, www.uzis.cz, on line 15.4.2007
- [2] Axline, V. M.: Play therapy, 33. vyd., místo neuvedeno, Ballantine books 1993
- [3] Bátrlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví, Praha, Grada 2005
- [4] Blažková J.: Diagnostika organizace, seminární práce, Praha, FHS UK 2006
- [5] Campbell, S. J., Glasper, E. A.: Whaley and Wong's Children's Nursing, London, Mosby 1995
- [6] Cattanach, A.: Introduction to play therapy, Hove, Brunner – Routledge 2003
- [7] Dohnal, K.: Teoretické základy dlouhodobé ústavní péče o nemocné osoby vyššího věku - Autoreferát disertace k získání vědecké hodnosti kandidáta lékařských věd, Prostějov, Ministerstvo školství ČSR 1986
- [8] Dobříková-Porubčanová, P. a kol.: Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti – Význam paliatívnej starostlivosti, Trnava, Spolok svätého Vojtecha 2005
- [9] Haškovcová, H.: Manuálek sociální gerontologie, České ošetřovatelství 10, Brno, IDVPZ 2002
- [10] Haškovcová, H.: Thanatologie – nauka o umírání a smrti, Praha, Galén 2000
- [11] Haškovcová, H.: Z historie péče o staré lidi II., Naše beseda, roč. 2, 1991, č. 41, str. 5
- [12] Haškovcová, H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama 1990
- [13] Haškovcová, H., osobní sdělení, 7.dubna 2007
- [14] Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K.: Vybrané kapitoly z gerontologie, Praha, Česká alzheimerská společnost 2003
- [15] Charta práv dětí v nemocnici, www.klicek.org, on line, 20.3.2007,
- [16] Chvátalová, H.: Svět očima dítěte, www.family.cz, on line, 19.3.2007
- [17] Kadeřávková, B.: Způsoby využívání volného času obyvatel domova důchodců, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha 1987
- [18] Kadlec, O. a kol.: Encyklopédia medicíny, VIII. Díl, He-Ch, Bratislava, Asklepios 2000
- [19] Kalašová, M.: Volnočasové aktivity seniorů a možnosti aktivit pro seniory, bakalářská práce, Praha, FHS UK 2005
- [20] Kalvach, Z. a kol.: Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II. díl, Praha, Karolinum 1995

- [21] Kalvach, Z. a kol.: Úvod do gerontologie a geriatrie, I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná, Praha, Karolinum 1997
- [22] Kalvach, Z., Zadák, J., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P., a kol.: Geriatrie a gerontologie, 1. vydání, Grada, Praha 2004
- [23] Královec, J.: osobní sdělení, 31. ledna 2007
- [24] Královcová, M.: osobní sdělení, 15. prosince 2006
- [25] Královec, J.; Královcová, M.: osobní sdělení, 2. prosince 2006
- [26] Královec, J.; Královcová M.: Děti v nemocnici III., Děti a my, roč. 36, 2006, č. 3,
str. 35
- [27] Křivánková, M.: Aktivita dlouhodobě hospitalizovaných nemocných, Praha, LF UK 1988
- [28] Křížová, E.: Kvalita života v kontextu všedního dne, v: Payne, J. a kol.: Kvalita života a zdraví, Praha, Triton 2005
- [29] Kümpel, Q.: Mentální rehabilitace nemocných, Prakt.lék., roč. 64, 1984, č. 20, str. 744 - 745
- [30] Lansdown, R.: Children in hospital – a guide for family and carers, Oxford, Oxford University Press 1996
- [31] Mellanová, A., Kotásková, H., Neuwirth, J.: Psychoaktivační skupinová terapie u dlouhodobě nemocných, Prakt. Lék., roč. 64, 1984, č. 20, str. 750 - 751
- [32] Nerádová, A.: Léčebna dlouhodobě nemocných Ostrava – Radvanice (LDN), Česká geriatrická revue, roč. 3, 2005, č. 2, str. 56 - 57
- [33] Neuwirth, J., Topinková, E.: Geriatrie pro praktického lékaře, Praha, Grada 1995
- [34] Nováková, J., osobní sdělení, 5. února 2007
- [35] Novotný, M., Stará, I.: Dobrovolníci v nemocnicích – metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení, Praha, Hestia 2002
- [36] Opatrný, A.: Duchovní péče o nemocné, Praha, Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském 2003
- [37] Pokorný, P.: Kaplan v nemocnici, Sestra, roč. 17, 2007, č. 2, str. 25
- [38] Rheinwaldová, E.: Novodobá péče o seniory, Praha, Grada Publishing 1999
- [39] Robek, A.: Etnografické aspekty vztahu mezi městem a vesnicí, v: Město: prostor, lidé, slavnosti, Frolec, V. (ed.), Uherské Hradiště, Slováké muzeum 1990
- [40] Řezníčková, A.: osobní sdělení, 8. ledna 2007

- [41] Soukupová, H.: Význam tradičních slavností v současné vesnici – Lužná u Rakovníka, Praha, FHS UK, 2004
- [42] Stát a ústavy sociální péče, Praha, MPSV 1996
- [43] Stuart-Hamilton, I.: Psychologie stárnutí, Praha, Portál 1999
- [44] Sýkorová, D. (ed.): Senioři ve společnosti – strategie zachování osobní autonomie, Ostrava, František Šalé – ALBERT 2003
- [45] Šiklová, J.: Sociální gerontologie je disciplína s budoucností, Psychologie dnes, roč.13., 2007, č.1, str. 40 - 42
- [46] Švancar, R.: Boj o herního specialistu, www.ucitelskenoviny.cz, on line, 4.3.2007
- [47] Tučková, D.: Masarykovy domovy, Naše beseda, roč. 2, 1991, č. 41, str. 4
- [48] Valenta, M. a kol.: Herní specialista, Olomouc, Univerzita Palackého 2001
- [49] Vaculíková, Z., osobní sdělení, 12. března 2007
- [50] Veleta, P., Holmerová, I.: Úvod do taneční terapie pro seniory, Praha, Česká alzheimerská společnost 2002
- [51] Vojtěchovský, M.: Mentální aktivace v podmínkách gerontopsychiatrických léčeben, Prakt. Lék., roč. 64, 1984, č. 20, str. 746 - 749
- [52] Vokurka, M., Hugo, J.: Velký lékařský slovník, Praha, Maxdorf Jesenius 2003
- [53] Vostrovská, H.: Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby, Praha, Státní zdravotní ústav 1998
- [54] Walker, J.: The Culture of Healthcare, www.nahps.org.uk, on line, 15.1.2007
- [55] West, J.: Child centred play therapy, 2. vydání, London, Gray publishing 1996
- [56] Wilson, K.; Kendrick, P.; Ryan, V.: Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents, London, Baillière Tindall 1992
- [57] www.childlife.org, on line, 12.3.2007
- [58] www.dcmotol.cz; on line, 5.února 2007
- [59] www.nahps.org.uk, on line, 15.1.2007
- [60] www.playwork.cz, on line, 20.3.2007
- [61] www.rscr.cz, on line, 21.dubna 2007
- [62] www.sue-ryder.cz, on line 21.4.2007
- [63] Zavázalová, H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie, Praha, Karolinum 2001

- [64] Zavázalová, H., Zaremba, V., Zikmundová, K., Čeledová, L., Holmerová, I.: Má význam vzdělávat seniory?, Česká geriatrická revue, roč. 5, 2007, č. 1, str. 52 – 53

Přílohy

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 – Znění strukturovaných rozhovorů

Příloha č. 3 – Rozhovor č. 1

Příloha č. 4 – Rozhovor č. 2

Příloha č. 5 – Rozhovor č. 3

Příloha č. 6 – Rozhovor č. 4

Příloha č. 7 – Rozhovor č. 5

Příloha č. 8 – Obrazová dokumentace

Obrázek č. 1: Cvičná tabule v LDN ve Fakultní nemocnici v Motole

Obrázek č. 2: Kroužek zpívání v LDN ve Fakultní nemocnici v Motole

Obrázek č. 3: Ergoterapie v LDN ve Fakultní nemocnici v Motole

Obrázek č. 4: Oslava narozenin jedné z klientek pobytového oddělení Života 90

Obrázek č. 5, 6: Ergoterapie při lůžkovém oddělení v Domově sv. Karla Boromejského

Obrázek č. 7: Ergoterapie ve Stacionáři Domova sv. Karla Boromejského

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Projekt magisterské práce

Předběžný název magisterské práce:

Herní práce a možnosti jejího využití v komunikaci se seniory

Student: Bc. Jana Blažková

Imatrikulační ročník: 2004

Osobní číslo studentky: 10508

Vedoucí práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, Csc.

Praha, 17. května 2006

Předběžný název připravované magisterské práce:

Herní práce a možnosti jejího využití v komunikaci se seniory

1. Formulace a vstupní diskuse problému

Téma herní práce (playwork) jsem si zvolila z důvodu osobního zájmu, který ve mě vyvolal seminář v podání manželů Královcových, kteří se tímto tématem dlouhodobě zabývají a jsou iniciátory rozvoje herní práce v České republice. Ráda bych se zaměřila na uplatnění principů a hodnot herní práce v oblasti přístupu k hospitalizovaným seniorům a blíže rozprostřela jeho možnosti a limity. Téma herní práce v geriatrici není u nás dosud odborně zpracováno, jsem si tedy vědoma, že práce může sloužit jako jeden z prvních krůčků v uchopení této oblasti.

Ve své práci bych ráda představila pojem herní práce a family centred care, roli specialisty pro hru, podobu a limity herní práce. Vzhledem k tomu, že herní práce je v různých kulturách chápána a realizována specificky, považuji za důležité přiblížit ji nejen v kontextu České republiky, ale také v jiných zemích - zvláště pak ve Velké Británii, kde původně vznikla.

Kladu si za úkol kriticky zhodnotit možnosti využití herní práce v oblasti komunikace zejména s nemocnými seniory.

Chtěla bych hledat odpovědi na otázky:

Jaká jsou specifika přístupu k seniorům ve smyslu jejich účasti v procesu herní práce?

Které principy herní práce lze aplikovat v komunikaci se seniory a které principy jsou naopak problematické či nevhodné?

Jaké jsou předpoklady pro úspěšnou aplikaci účinné herní práce u seniorů?

Kde spočívají úskalí aplikace herní práce v péči o seniory?

Lze nalézt příklady dobré praxe v České republice nebo v zahraničí?

Má vůbec herní práce se seniory jako specifická činnost smysl?

Cíle práce:

- představit herní práci, zvláště v kontextu České republiky
- pokusit se charakterizovat způsoby využití herní práce v zahraničí
- nalézt možnosti využití prvků herní práce v komunikaci se seniory

2. Pracovní postup

Teoretická část:

- Na základě studia odborné literatury a zdrojů představit strategii „family centred care“, pojem a hodnoty herní práce. Dále způsoby, techniky a možnosti využití herní práce.
- Popsat roli herního specialisty a porozumět potřebám a důvodům vzniku této činnosti, stručně se seznámit s jejím historickým vývojem.
- Charakterizovat způsoby využití a specifika herní práce v zahraničí, zvláště v zemích, kde je více uplatňována (př. britský model).
- Popsat způsob, jakým jsou principy herní práce uplatňovány v České republice, pokusit se zhodnotit její specifika v národním kontextu, pojmenovat problémy a předpoklady.
- Nalézání těch prvků herní práce, které se mohou uplatnit v komunikaci se seniory.
- Pojmenování faktorů, které působí v kulturním kontextu České republiky a mohou mít na interakci herního terapeuta a seniora vliv.

Praktická část:

1. polostrukturovaný rozhovor s herním asistentem/asistentkou.

Vzhledem k tomu, že je herních specialistů u nás teprve o něco více než deset a jenom někteří se věnují profesně herní práci (cca 3), je reálné učinit pouze kvalitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru.

2. Výzkumné šetření zaměřené na zmapování aktivizačních metod, které používají pečující v geriatrii (zdravotní sestry, další ošetrovatelský personál). Důležitým aspektem tohoto šetření jsou uvědomované potřeby seniorů v institucích. Respondenti se mohou rekrutovat z více pracovišť, případně je možné zvažovat srovnání názorů pracovních týmů z různých druhů institucí pečujících o seniory.

3. Časový plán

Květen až červenec 2006

samostatné studium základní literatury k tématu

Srpen až prosinec 2006

teoretická část práce: studium dalších relevantních zdrojů, sepsání teoretické části
magisterské práce

Říjen až prosinec 2006

praktická část práce: příprava a provedení polostrukturovaných rozhovorů a
výzkumného šetření

Leden 2007

práce na diskusi, vyhodnocení výzkumného šetření

Únor až březen

dokončení diplomové práce

Duben 2007

odevzdání magisterské práce

4. Předběžná bibliografie k tématu

Cousins, N. Anatomie nemoci očima pacienta. 1. vydání. Praha: PRAGMA, 1994.

Frankl, V. E. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 1996.

Haškovcová, H. Fenomén stáří, 1. vydání, Praha: Orbis, 1992

Haškovcová, H. Manuálek sociální gerontologie. 1. vydání, Brno: IDVZP, 2002

Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. 4. vydání. Praha: Portál, 2000.

Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vydání, Praha: Grada

Kübler-Ross, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Arica Turnov & Nadace
Klíček, 1992

Kübler-Ross, E. O dětech a smrti. Ermat pro Nadační fond Klíček, Praha: 2003

Murphy, R. F. Umlčené tělo. 1. vydání, Praha: Slon, 2001

Pera, H. - Weinert, B. Nemocným na blízku. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 1996.

Stuart – Hamilton, I. Psychologie stárnutí. 1. vydání, Praha: Portál, 1999

Valenta, M. Herní specialista v somatopedii. 2. vydání. Olomouc: Univerzita
Palackého, 2003.

Zavázalová, H. a kol. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1. vydání, Praha:
Karolinum, 2001

časopisy: Děti a my, Časopis pro herní práci s dětmi v nemocnici,
elektronické zdroje: www.nahps.org.uk; www.klicek.org; www.playwork.cz

Pod odborným vedením Prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, Csc.

.....

podpis studentky

.....

podpis vedoucí práce

Příloha č. 2: Znění strukturovaného rozhovoru

Znění otázek je následující:

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?
2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?
3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?
4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?
5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?
6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (děti a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?
7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?
8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?
9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

Příloha č. 3: Rozhovor č. 1

Radek Nohál (26 let)

vzdělání: gymnázium, učitelství pro střední školy na PřF OU (8 semestrů), kurz

Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči

současná praxe: koordinátor společných projektů Energeia, o.p.s. a Nadačního fondu

Klíček, prvky herní práce příležitostně využívá v roli společníka nemocných dětí a jejich rodin (klienty Nadačního fondu Klíček) (délka praxe 1 rok)

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?

Domnívám se, že v České republice zatím herní práce není implementována na úroveň anglosaského světa, odkud vzešla. Tento stav souvisí jistě i s tím, že jako „herní specialista“ je u nás označován např. pedagogický pracovník nebo zdravotní sestra, kteří jsou „vedeni ve stavu“ nejčastěji tzv. herních terapeutů, a některé z prvků herní práce používají při své odlišné profesi. Na dětských odděleních našich nemocnic se tak trochu „smrskává“ představa herního specialisty na člověka, který vysvětluje dítěti plánované zákroky.

I proto se obávám, že herní práce v péči o děti v naší zemi ještě stále nepřinesla takové plody, jaké by mohla přinést.

2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?

Podle mého názoru je funkce herního specialisty velice silně svázána s jeho vlastní osobní odvahou a pevností. Zdravotnický institucionální systém, který i při sebelepší estetizaci prostředí stále zůstává naprosto specifickým prostředím, může i v osobě, která se s nejlepšími úmysly chce stát herním specialistou, vyvolat pocit, že být „zdravotnickým profesionálem“ pevně třímajícím otěže za svého klienta je víc, než být „normálním člověkem“.

Domnívám se tedy, že především osobnostní kvality našich herních specialistů mohou být jedním z „kamenů úrazu“, těžce se měnících a nově zaváděných principů v péči. Mezi těmito pro mne stojí na prvním místě princip „komunikačního mostu“ mezi dítětem, jeho rodinou a personálem (zdravotnickým systémem). Obávám se, že stále ještě chybí dostatek odvážných a pevných herních specialistů, stejně jako dostatek jejich osvícených a naslouchavých spolupracovníků.

Snadno se pak stává, že právě nejdůležitější principy „komunikačního mostu“, jakéhosi „advokáta“ a člověka, který se snaží „dívat stejnýma očima“ jako jeho klient jsou těmi, které v České republice herní specialisté opomíjejí.

3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?

Ano. Myslím si, že výše uvedené principy „komunikačního mostu“ a člověka, který se „snaží dívat stejnýma očima“, jsou uplatnitelné i v jiných skupinách, než jen u dětí.

4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?

Ano.

5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?

Z mého pohledu je prvním z uplatnitelných principů herní práce v kontaktu se seniory princip „být průvodcem v nové situaci a prostředí (zejména institucionálním)“.

Pro mnoho seniorů je právě vytržení a vykořenění z jejich vlastního prostředí a rituálů hlavním zdrojem obav a nejistoty. Ty mohou být ještě umocněny, zejména ve zdravotnickém systému (interní oddělení), rituály novými, souvisejícími s chodem oddělení, jiným režimem dne, zvuky, novým jazykem. Ne každý ze seniorů ví, co je to „krev na biochemku“, „cétéčko“, „sono“... Právě naopak. Mnozí ze seniorů nemusí mít s institucionální péčí žádnou zkušenost nebo mohou mít zkušenost neblahou. Být

člověkem, který může zmírnit úzkost a nejistotu z neznámého - i to je jeden z principů herní práce. V nemocničním prostředí tento princip úzce souvisí s principem přípravy na vyšetření a zákroky (vysvětlení, v čem spočívají a proč je nutné je provést).

Také již zmíněný princip „komunikačního mostu“ je dle mého názoru plně uplatnitelný. V případě seniorů však vyžaduje zralého a citlivého člověka. Provázanost jednoho života s jinými lidskými osudy, vztahy v rodině, vlastními obavami a strachy - to vše může být značně náročné.

Princip, kterého je velmi zapotřebí, je „advokacie klienta – seniora“ v systému instituce. Senioři se právě při jeho absenci mohou lehce stát obětí manipulativních sklonů, být v pozici toho, kdo musí jen pasivně přijímat, podrobit se. Herní specialista, který by tento princip měl uplatňovat, však potřebuje velmi dobrou vědomostní i osobnostní výbavu, aby jeho působení v systému instituce mohlo být účinné.

6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (dětí a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?

Podobnost spatřuji v tom, že obě zmiňované skupiny potřebují někoho, kdo by jim naslouchal. Protože často nemohou jednat z pozice síly, potřebují někoho, kdo jejich obavy a hnutí mysli nebude bagatelizovat či nějak manipulovat, ale naslouchat jim a bude schopen pomoci k jejich řešení.

7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?

V životním příběhu, který si s sebou každý nese. Nejde jen o zkušenost. Mnoho dětí, které jsou např. dlouhodobě hospitalizovány, má mnoho zkušeností s institucemi, které jim péči poskytují a dokáží je docela přesně formulovat, mnohdy mnohem lépe než dospělí či senioři.

Senioři však mají svůj dlouhý příběh, který vidíme jen v malinkém zlomku. Jsou schopni hlubokých reflexí svého života, ubíhajícího času, vztahů, víry, okamžiků štěstí i smutku, pochopení, síly lásky, přátelství, obdarovávání... I proto se domnívám, že herní specialisté, kteří by se seniorům věnovali, by měli být vybaveni velikou pokorou a jistou životní zralostí, která jim umožní mnohdy velmi palčivé otázky svých klientů přijímat.

8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?

Trpělivost, zralost, ochota poslouchat, nesoudit – naprosto specifické vlastnosti, bez kterých se člověk komunikující se seniory neobejde.

9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

Domnívám se, že zejména interní oddělení nemocnic v celé České republice jsou obrovským prostorem, kde mnohdy dochází ke zbytečným nedorozuměním, bolestem a pocitům úzkosti a strachu.

Právě zde velmi naléhavě cítím, že by metody a principy herní práce mohly v kontaktu se seniory velmi pomoci

Příloha č. 4: Rozhovor č. 2

Lenka Lando (29 let)

vzdělání: střední škola obor archivnictví; absolventka kurzu Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči

praxe: práce s lidmi s postižením v ČR i v zahraničí (Velká Británie, Německo); práce v domově důchodců, na infekčním oddělení nemocnice; (délka praxe cca 13 let)

současná praxe: koordinátorka svépomocné ubytovny pro rodiče dětí hospitalizovaných v pražské fakultní nemocnici (délka praxe 2 roky)

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?

Možnost přítomnosti rodiče celou dobu hospitalizace dítěte, zlepšení komunikace (ač tady je stále na čem pracovat) – v zásadě se podle mě jedná o to, že je na oddělení někdo, jehož přímou pracovní náplní je komunikace s malým pacientem a jeho rodiči, někdo, kdo je poblíž, pokud se potřebují na něco zeptat (třeba i několikrát) a kdo neutíká za dalšími pracovními povinnostmi. S tím samozřejmě souvisí i příprava na zákroky způsobem odpovídajícím věku.

2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?

Podle mě je nejsložitější zavést právě princip práce s celou rodinnou a vzájemné otevřenosti mezi zdravotníky a pacienty – to, že pacient a jeho doprovod mají právo ptát se na věci ohledně zdravotního stavu tak dlouho, dokud jim nejsou úplně jasné..že potřebují s předstihem vědět, co se bude dít dál..Že i v nemocnici je možno a nutno zachovat co nejvíce věcí z normálního života – jako přítomnost babičky či jiných příbuzných a přátel, pokud mají s pacientem blízké vztahy.

3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?

Určitě, myslím, že na všechny skupiny lidí, které vznikají vytržením (ať už z jakéhokoliv důvodů) jednotlivce z jeho přirozeného prostředí.

4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?

Ano, myslím, že co do bezbrannosti vůči mašinérii instituce jsou na tom úplně stejně jako děti.

5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?

V případě, že je to možné, pak určitě práci s celou rodinou – rodina je tím přirozeným prostředím člověka, ne nemocnice či domov důchodců..pokud už je opravdu nezbytné, aby daný člověk v instituci krátkodobě či dlouhodobě pobýval – pak je určitě jak pro něj tak pro jeho blízké důležité, aby s nimi byl ve styku někdo, kdo je připravený věnovat jim svůj čas. Koho je možno se ptát – a kdo nemusí znát všechny odpovědi – ale kdo je schopný a ochotný pomáhat při jejich hledání.

Dalším důležitým principem je otevřenost – senioři stejně jako děti jsou určitě schopni rozeznat nepravdy (byť to třeba vypadá že ne) a do svých trápení nebudou pouštět nikoho, kdo jim lže..(byť i z dobré vůle a ve snaze neublížit).

6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (dětí a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?

V křehkosti a zranitelnosti – v tom, že ve společnosti převládá (dle mých osobních zkušeností) názor, že ani jedné z těchto dvou skupin není žádoucí říkat pravdu o jejich vážném zdravotním stavu – protože by ji mohli neunést...ale kdo jiný jejich nemoc nakonec nese než oni sami? Samozřejmě se vše velmi úzce dotýká jejich rodin, je zde důležitá práce se všemi zúčastněnými.

7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?

Myslím si, že každý starý člověk je v zásadě stále dospělým člověkem, kterým už jednou byl (a je jedno, v jakém psychickém stavu se nachází teď) – a jako s takovým je s ním nutno zacházet při vysvětlování situace a zákroků. Budou ho pravděpodobně zajímat jiné věci než dítě, protože má daleko více zkušeností. Jeho otázky budou také jiné. Jeho svět je jiný – je hlavou rodiny, kterou vytvořil – jeho emoce jsou patrně také jiné než emoce dítěte...Stejně tak pro rodinu bude jiné, onemocněla li jim babička nebo malé dítě – to vyplývá už ze samotných pozic v rodině.

8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?

Nenapadá mě víc než odpověď na otázku 7.

9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

Domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných, Interní oddělení nemocnic, ambulance obvodních lékařů, kluby seniorů.

Příloha č. 5: Rozhovor č. 3

Jiří Královec (40 let)

vzdělání: gymnázium; FF UK obor čeština-angličtina (ukončeno na vlastní žádost před přistoupením k závěrečným zkouškám); VZŠ Plzeň – diplomovaná všeobecná sestra; jednorázové kurzy v oblasti paliativní péče a podpory pozůstalých (Velká Británie, Polsko); nestandardizovaná průprava v oblasti herní práce

praxe (s těžištěm v herní práci): dobrovolnická práce na dětském onkologickém oddělení FN Motol v Praze (6 let); cílené shromažďování informací a výukových materiálů z oblasti práce herních specialistů (zejména ve Velké Británii); navazování kontaktů s relevantními institucemi a jednotlivci; propagátor herní práce; spoluorganizátor kurzu Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči
současná praxe: koordinátor aktivit Nadačního fondu Klíček, prvky herní práce příležitostně využívá v kontaktu s klienty Nadačního fondu Klíček

délka praxe: 19 let
(kráceno)

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?

V českém prostředí, v tom zkonstatěném zdravotnickém systému, který u nás panuje, je na herní práci jako ostatně na cokoliv nového – vyvíjen obrovský tlak. A ten tlak spočívá především v tom, aby, pokud možno, nepřinášela žádné změny. Což se projevuje různým způsobem. Jaké hlavní změny tedy přinesla. Přinesla alespoň to, že se o některých věcech začalo mluvit. A ty změny bohužel příliš pořád nejsou na nějaké systémové úrovni. Ty se víceméně odehrávají na úrovni individuálních bojů jednotlivých lidí, a zároveň závisí v podstatě na tom, jak dobře jsou ti jednotliví lidé připraveni a jak moc se to jejich působení blíží nějakému ideálu herního specialisty. Já spíš mám pocit, že ty změny jsou více na té individuálnější rovině. A základní změnu,

kteřou by mělo působení herních specialistů do našich nemocnic přinášet, je to, aby se tam rodiče i děti cítili bezpečnější a míň nejistí. Aby prostě nemocnice pro ně nebyla zdrojem zbytečného stresu navíc, protože ona vždycky pochopitelně zdrojem nějakého stresu bude. A ten herní specialista může pomáhat tomu, aby dejme tomu – pakliže se něčeho z těch strachů dobere, je třeba zbavil nějakého křiklavě nadbytečného rozměru, ale nemůže ho nikdy odstranit úplně. A neměl by se ani snažit předstírat, že v té nemocnici bude „prča“.

Je to tak, že když je dobrá konstelace v nemocnici nebo na nějakém oddělení – je tam osvícené vedení a zdravý kolektiv, a do toho přijde herní specialista, který dostane adekvátní prostor a ví, jak na to, tak samozřejmě to oddělení se ohromně promění, dostane úplně jinou atmosféru a je to z něj znát. Jsou oddělení – což je častější – kde prostě nějakého herního specialistu přijmou, protože se o téhle roli hodně mluví, takže by to chtělo nějakého herního specialistu mít, ale zároveň mu nevytvoří podmínky, anebo se tím specialistou stane někdo, kdo na tom oddělení třeba je v jiný roli už leta, a teď jenom prostě změní škatulku. Tak se to příliš nezmění nebo změní jenom v nějakých kosmetických prvcích. A pak je ještě jedna varianta, kde vedení je relativně osvícené, kolektiv relativně vstřícný, a přijde člověk, který to upřímně chce dělat dobře a zároveň o tom mnoho neví. A to je stav, který taky v některých nemocnicích je, který samozřejmě je. Nebývají to oddělení, kde by se k dětem nebo k rodičům chovali nějak nepřístojně, nicméně je to často prostředí, kde ta herní práce dostává na frak a s tím souvisí i to, co vlastně děti v souvislosti s tou léčbou prožívají a co si odtamtud odnášejí. Ne, že by si odnášely nějakou bolest nebo nějaký ublížení, nicméně třeba ta příprava na zákroky, která se obvykle bere jako taková hlavní a stěžejní část práce herního specialisty, tak vlastně se stává v lepším případě takovou jakoby zvláštní formou manipulace nebo mlžení, který má větší efekt pro ty dospělé samotné, než pro nemocné dítě a nevyrůstá z respektu k tomu dítěti a k jeho blízkým.

2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?

Herní práce je založená na jedné základní věci, a tou je respekt k dítěti a k jeho blízkým – teda když mluvíme o herní práci s dětma v nemocnici. Kdybych mluvil o herní práci v tom širším pojetí, tak prostě respekt ke klientovi – i když to slovo zní dost hrozně a je dneska trochu nadužívané. A to je právě docela těžké, protože u nás je pořád ještě zavedený takový přístup, že ta instituce by měla mít vždycky navrch, a ten, kdo je jejím klientem, by se jí měl podřídít. Potom se to začalo tak jakoby víc uvolňovat, protože

přece jenom míra té drsnosti místy překračovala meze obecné tolerance, a navíc jsme se začali víc konfrontovat s jinými zeměmi, s onou „západní kulturou“, ke které přece jenom tak nějak patříme, a vstupem do Evropské Unie jsme dokonce začali být vázáni i jinýma věcmi, než jenom pocity, k tomu, aby se to drželo alespoň některých základních pravidel. A výsledek je ten, že pravidla, která jsme povinni dodržovat, různými - více či méně důmyslnými - způsoby obcházíme, a tvář té instituce nebo způsob, jakým instituce vystupuje, se sice většinou, a to říkám většinou – zdaleka ne tedy vždycky – změnila. Teda ne, že by ta instituce přestala být autoritativní a autoritářská a dominující. Ale prostě takovou tu autoritativnost a příkrost dneska řada institucí nahrazuje takovou jakoby povrchní vlídností. Což není ono. Ale pokud ta situace vypadá takhle a ubírá se takovýma postranníma stezkama, tak potom je jasné, že herní práce, která v zahraničí stojí – mluvíme-li zase o dětech – na principu péče zaměřené na celou rodinu – family centred care – která vyrůstá z respektování té autonomie a spočívá v naslouchání a v následném adekvátním reagování na to, co člověk při tom naslouchání zaslechne, tak ta se pak pochopitelně v tomhleto systému hrozně těžko prosazuje, protože se nemá jakoby na čem chytit, a protože je pochopitelně něčím, co tu zaběhanou rutinu docela komplikuje. Znamená to pro personál docela dost práce navíc nebo docela dost ohledů navíc a znamená to samozřejmě jakoby zpomalení běhu, je potřeba víc času na to, aby se provedl nějaký zákrok, aby se prostě udělalo to, co je z hlediska té léčby a péče třeba, protože je potřeba s tím pacientem více mluvit a reagovat na něj, takže je to i reálně komplikované. Člověk, který je zdravotnickým profesionálem bez nějakého vnitřního nadšení, samozřejmě tuhle dodatečnou práci navíc těžko snáší.

A pak je tu taková obrovská setrvačnost, proti které se těžce bojuje, protože když to šlo léta bez toho, tak proč bychom si tady teď měli zavádět nějaké novoty? Takže takové ty principy, které dělají herní práci samostatnou svébytnou herní prací, tak ty při svém zavádění do praxe v České republice narážejí všechny.

3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?

Určitě ano. Všude na světě také platí to, že člověk je vždycky raději tím, kdo pomáhá, než tím, komu je pomáháno. Nebo ne vždycky, ale většinou. To je jedna věc. A druhá věc je ta, že člověk se strašně rád cítí jako expert a dělá mu hrozně dobře, když se může cítit jako odborník. A to je záhuba pomáhajících profesí. A je to záhuba, která hlodá v i rámci profese herní práce, protože ten úplně první impuls byl vnést do nemocnice

někoho, kdo těm dětem bude nablízku jako soucítící citlivý člověk, a ne jako profesionál v nějakém oboru. Který tam prostě bude jako opravdu přirozený most mezi světem venku a který bude tu častokrát nečitelnou a složitou instituci nemocnice a prostředí nemocnice a oddělení a všechny ty rituály a rutiny a to všechno, co zkrátka tvoří život v té nemocnici, který to bude překládat a zpřístupňovat těm dětem. Bude mírnit všechny možné negativní emoce, které to v dětech, případně samozřejmě v jejich blízkých, zbytečně vyvolává. To zbytečně je tam důležité, protože jak jsem říkal před chvílí, některé věci prostě jsou neodpáratelné a neodmyslitelné od nemocnice. A mezi takové základní emoce samozřejmě patří strach, který lze hodně zmírnit, patří nejistota, kterou lze taky hodně zmírnit, zejména pokud jde o nejistotu, co kdo bude tomu člověku v té nemocnici dělat, a další takovou někdy podceňovanou, ale přitom někdy docela důležitou negativní emoci je nuda. Ta v kombinaci se strachem a nejistotou hospitalizované děti taky docela často přemáhá. No, a pak samozřejmě taky stesk po tom známém, co člověk v nemocnici, většinou díky bohu jenom dočasně, ztratí. A s tím souvisí samozřejmě celá řada dalších věcí a dalších důsledků, protože se už dávno ví, že jsou-li děti v nemocnici samy a zažívají-li tam něco výrazného a důležitého, že to proměňuje jejich vnitřní svět, a že zkušenost, kterou si potom odnesou, je něčím, oč se nemají s kým podělit. Protože tu zkušenost mají jenom oni a nikdo jiný jim vlastně nerozumí, pokud jde o to, co prožili.

No, takže ten herní specialista by měl být někdo jako moudrá laskavá bytost, která probouzí bezpečí a klid, ke které je možné se utéct a člověk se jí může svěřit a může se od ní dočkat nějaké rady a vnímá ji do určité míry jako takový pomyslný deštník nebo pomyslnou ochranu před lidmi, kteří jsou na oddělení v jiných rolích a kteří mu jsou z titulu těch rolí občas nuceni dělat něco nepříjemného.

Ale pochopitelně, když je ta herní práce v plenkách a přichází nesena nábojem někoho, kdo ji vidí jako důležitou věc a snaží se prostě překonat ty existující struktury, tak je to pro toho, kdo to přináší, strašně těžké a je to samozřejmě alespoň zprvu nesystémové a znamená to narážení třeba i na další členy týmu a na spoustu věcí, které se tomu průkopníkovi staví do cesty. Prostě herní specialista začne být součástí té instituce a jeho role projde tím vývojovým procesem od chaosu k řádu, Jakmile tohleto nastane, tak je to samozřejmě na jednu stranu vítězství průkopníků, a na druhou stranu oslabení jejich výchozí myšlenky. Nicméně je to asi přirozený běh věcí a tak to asi je. A je dobré snažit se o to, aby i v rámci toho posléze etablovaného zůstalo co nejvíc z původního

záměru. Ale to jsem vlastně začal říkat proto, že když si vezmeme tu výchozí myšlenku takové té blízké bytosti, která se snaží být mostem ven a takovým útočištěm a vrbou a do určité míry advokátem v tom neprávnickém slova smyslu, tak už se dotýkáme toho, co může herní specialista přinést nějakým jiným skupinám, než jen dětem, třeba seniorům.

4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?

Ano. Senioři mají většinou jednu výhodu oproti dětem, a to je to, že jsou většinou svéprávní. I když samozřejmě záleží na jejich zdravotním stavu, diagnóze, postavení, mohou být třeba zbaveni svéprávnosti – jasně, ale nenastane-li tahleta de facto patologická situace, tak jsou na rozdíl od těch dětí svéprávní. To znamená, že si teoreticky jakoby mohou některé věci vydobýt i sami. Ale praxe je taková, že starý člověk většinou tuhleto průbojnost nebo schopnost zjednat si prostor nemá. Zejména pro staré lidi dnes, kteří vyrůstali v celoživotním respektu k instituci a v celoživotním podřizování se autoritám, tak pro ně to je ohromně těžké. Ale to, co je určitě stejné u dětí i u seniorů, je možnost poskytnout jim něco, co v jejich konkrétní situaci reálně fakticky pomáhá – snaha zjistit, co ten člověk potřebuje, co ho trápí, a pokusit se to v mezích možností změnit, zesilovat jeho hlas, pokoušet se zjednat prostor jeho vůli a přání, tak to všechno tady určitě přichází v úvahu taky. Stejně tak jako ta v uvozovkách *méně vážná* část práce herního specialisty, a to je takové to přinášení podnětů ke smysluplnému trávení volného času. To je něco, co si myslím, že by herní specialista uměl zastat. Ale ohromně záleží na tom, o jaké prostředí se jedná – jiné to je na LDN, jiné to je v domově důchodců, jiné je to třeba v klubech, důchodců, kde by herní specialista teoreticky taky mohl mít uplatnění.

Jak chcete zapojit tu hru mezi seniory?

To je totiž další věc, která je někdy zdrojem nedorozumění. Většina lidí bere hru jako něco nevážného a jako něco, co prvotně slouží k rozptýlení. A pro potřebu vlastní herní práce, nebo z pohledu herní práce, je hra něčím jiným a její pojetí a význam je daleko širší. Může to být i věc, která zvenčí není jako hra vůbec vnímaná. Je to v podstatě taková „laboratoř vztahů“, nebo obecně „laboratoř, v níž lze testovat cokoli ve vztahu k okolnímu světu.“

Trošičku malinko odskočím ještě k dětem. Chtěl bych pro ilustraci uvést příklad toho, že někdy i hra, která je naprosto jednoznačně okolím vnímána pouze jako hra, jako zábava, může mít pro svého hráče význam daleko hlubší, význam, který lidé zvenčí

většinou nenahlédnou; často je ani nenapadne v obyčejné hře něco takového hledat. Při pozorování hry často zjistíte, že děti, které ji hrají, s ní častokrát spojují daleko více, než jenom tu kratochvíli, než jenom takovou tu touhu být ve vítězném družstvu nebo porazit soupeře. Strašně často se stává – to je právě ten přesah toho, co je hra do toho, co není hra – že v té hře často jakoby magicky hledají odpověď na nějakou svoji životní situaci. Je to takové to: „když se mi povede udělat tohle...“ nebo „když mi padne šestka, tak se stane to a to“, nebo „tohle dopadne takhle“. Že prostě ten vlastní životní příběh se v kombinaci s tou hrou vnitřně magicky stýká. To jsem chtěl uvést jako úvod. Když prostě člověk spojuje věci, které spolu racionálně nesouvisí a když promítá do toho dění ve hře něco, co je zřejmé jenom jemu a čemu přikládá docela velký význam, který je ale zároveň skrytý očím lidí zvenčí, tak to je něco, co se právě v té herní práci docela často může objevovat, je potřeba na to myslet a je dobré to v určité míře pokud možno rozpoznávat. Takže když mluvíme o hře, tak to nemusí být prostě krátit čas a chodit si s nima hrát karty, jakkoli i tohle může být fajn, ale může to být cokoli, s čím za těmi lidmi přicházíte a co jim nabízíte – co nějak podněcuje jejich tvořivost, jejich uvažování, jejich komunikaci s vámi nebo s jinými lidmi. A proto ostatně ten náš program se jmenuje specialista pro hru a komunikaci, protože tu komunikaci vidíme jako hodně důležitý rozměr té hry a hru jako hodně důležitý rozměr té komunikace. Je to takový propojený prostor.

A co je stejně naprosto nejdůležitější na práci herního specialisty je to, jaký je on jako člověk. A co je nejdůležitější pro jeho práci s jinými lidmi je ten vlastní kontakt. To je úplně nejpodstatnější. On s nima vlastně může dělat cokoli, může to být úplná kravina, může s nima vystříhovat pexeso nebo barvit omalovánky nebo já nevím, prostě je to úplně jedno, ale to, že je s nima, že je tam pro ně, že o ně jeví zájem, to je to, co z něj dělá tu cennou osobu, to je to, kvůli čemu tam je. Když se hraje nějaká hra, tak to, co je daleko cennější, než to, jestli ji vyhraje nebo prohraje a jestli je to zábavné nebo není zábavné, je to, že je tam někdo, kdo si s vámi povídá. Během té hry může přijít na přetřes spousta věcí. Věci, které nějakého člověka zajímají, věci, které nějakého člověka trápí... Je to prostě takový kultivovaný prostor přátelské blízkosti. To je to, co někdo v roli herního specialisty, co může dávat komukoli, ať je to dítě, nebo ať je to starý člověk. Ale zároveň je to přesně to, co se strašně těžko vtěsnává do nějakých škatulí. A to je důvod, proč je pro tu vnitřní podstatu herní práce to její etablování, tak ohrožující. Protože je velmi obtížné udělat takové škatulky, ve kterých tohle bude respektované a

chtěné. A je to trochu problém. I když tohleto „chtěné“ dáte do něčí pracovní náplně, tak je ohromně těžké zajistit, aby to tak opravdu bylo. A je velmi citlivé – je to vlastně klíčový bod všeho – najít a vybrat člověka, který toho bude schopen. Protože tady je relativně málo věcí, které do toho lze vnést nějakým technickým školením. Samozřejmě je něco, co se dá naučit. Člověk může mít repertoár her, může mít repertoár komunikačních technik, jo, člověk může mít nějaký arzenál věcí, které mu pomůžou. Ale to úplně základní, co to všechno oživuje, to je to jeho *já*. To je to, jaký je on jako člověk. Co je schopen jako člověk druhým dát. Jak je schopný a ochotný se jim přiblížit. A taky nakolik je schopný myslet více na ty lidi než na sebe a na to, jak před nima vypadá nebo před někým vypadá. Je to trochu podobný problém jako s medem v Evropské Unii, že vlastně v potravinářství by měla mít každá potravina přesně definované složení. A zároveň u toho medu se nikdy to složení žádným způsobem nedá nalajnovat, protože prostě kde úl stojí a jaký kytky kolem rostou, tak takový je nakonec med, že jo.

A je teda potřeba, aby to byla samostatná profese toho herního specialisty, když vlastně nejdůležitější je ten přístup?

Jo, protože člověk musí mít pro svou práci místo a prostor. A také, ten člověk, co tu práci dělá, musí z něčeho žít. V podstatě to může být i dobrovolník – určité rozměry práce herního specialisty to neruší, ba naopak, ale má to svá úskalí a rizika. Pozice dobrovolníka je pěkná a nosná tím, že je do určité míry živelná. A tudíž je – byť v tom dobrém slova smyslu - obtížně kontrolovatelná. Ale to je pro instituci problém, s tím instituce pracovat neumí.

V tom, aby člověk byl profesionál, je taky samozřejmě řada kladů a je to důležité z několika důvodů. První je to, že ta práce je taková pevnější, zakotvenější a do určité míry snadnější. Snazší v tom smyslu, že profesionál se řídí – ačkoli to může znít trochu jako protivmluv vůči tomu, co jsem říkal před tím – ale přece jenom řídí nějakým souborem definovaných pravidel. Řídí se i určitým kodexem, který je závazný pro výkon profese. Čili je to něco, na co lze apelovat, nebo co lze očekávat. U toho dobrovolníka tyhle věci jsou možné jenom v omezené míře. A navíc, je tam určitý – a zase to může působit trochu v rozporu s tím, co jsem říkal před chvílí – rozměr toho, že ten herní specialista je institucionalizovaný. To je strašně důležité, protože to jemu dává daleko pevnější místo a prostor. Je to důležité jak pro toho člověka samotného, že je pevnější v kramflecích a že víc ví, co může. A jednak pro toho uživatele té instituce

samotné, protože ta instituce je díky zaměstnávání herního specialisty v ideálním případě nucená vytvořit alespoň nějaký prostor pro to normální, co by z ní jinak šlo snadno vypudit anebo by to tam vůbec nebylo.

Umění je si tuhleto bezprostřednost uchovat v rámci nějaké institucionální role. A v tom je právě ta role toho herního specialisty jiná. Ale to, co já říkám, to říkám o ideálu. Ale ta praxe je samozřejmě taková, že řada herních specialistů se brzy začne cítit právě jako *ten specialista*, jako *ten odborník* a je jim bližší bílý plášť než pyžamo – když vycházím z naší zdravotnické reality.

5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?

Principy se dají použít všechny. V té úplné hloubce, tam rozdíl není. Protože tím základním principem je povaha toho přístupu. A to, co potom už se dál větví na těch vyšších vrstvách, tak tam už samozřejmě nějaké rozdíly jsou.

6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (děti a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?

Ale u těch seniorů si myslím, že ta podobnost může být třeba v té osamělosti, nebo ve stesku, v závislosti, taky v nejistotě. Ale zase, záleží na tom, o jakém seniorovi mluvíme. V jakém je stavu, co mu je a kde je. A dokonce, i když mluvíme „kde je“, tak je potřeba rozlišovat mezi tím, jakou povahu to konkrétní zařízení má. Protože jsou místa, která lze shodně nazvat jako domov důchodců nebo domy pro seniory, a přitom atmosféra v nich a způsob, jakým tam lidé soužijí – tak v tom může být propastný rozdíl. A to je zase další rys té „nevyhraněnosti“ nebo tvárnosti nebo spíše otevřenosti herního specialisty, a to je to, že vlastně v tom konkrétním, co dělá, vychází právě z toho konkrétního, s čím se setkal. Takže to, na co narazí, ovlivní to, co těm lidem může nabídnout. Není to tak, že by ta jeho nabídka byla nějak univerzální. To, co je univerzální, to je to nabízené přátelství, ta ochota k blízkosti.

7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?

Ten rozdíl, nebo to, od čeho se to odvíjí, je samozřejmě ... ty děti mají v závislosti na svém věku, a zdravotním stavu a okolnostech zpravidla jiný způsob uvažování. I když existuje přísloví, že kůň je jednou hříbětem, ale člověk dvakrát dítětem, ale myslím si, že se to nedá úplně ztotožnit. Taky je samozřejmě rozdíl, že to dítě většinou má nějakého rodiče, někoho, kdo je mu takovým blízkým člověkem, ale v jiné roli než té partnerské. Kdo prostě je tím rodičem.

8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?

Ono je taky důležité, s jakou nálepkou by ten člověk k těm seniorům přicházel. Protože přijít tam s označením herní specialista sice samozřejmě lze, ale otázka je, jestli to nebude vnímané jako něco nepatřičného nebo bez mála nedůstojného. Skoro by stálo za to, aby ten herní specialista tady měl nějaké „krycí jméno.“ Ale takové, aby v něm bylo to, co herní specialista dělá a dělat má. To označení herní specialista mi vadí v tom, že to zase klade důraz na tu odbornost. Ale ti senioři by z něj měli cítit, že on tam není jako odborník, další expert v řadě. Ale že je tam prostě jako takový přítel. Mě tam přijde úžasný právě jak v té Anglii měli tu „Ward Granny“ – což teda u těch seniorů by asi nebylo ono... - ale tenhle druh termínu.

9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

Já si třeba myslím, že v domově důchodců je naprosto ideální prostor pro herní práci. Konec konců možná i v těch důchodcovských klubech, nebo třeba v ústavech sociální péče, i když tam je to takové komplikované, protože tam se jako se seniorama zachází i s mladými. No, a pak samozřejmě LDN a takovéhle, a tam už by se to blížilo té pozici toho dítěte v nemocnici. Ale v těch domovech důchodců a v ÚSP, to mi přijde v tuhle chvíli, co mě napadá, jako nejblíže. ÚSP myslím jako ústav sociální péče, kde jsou lidi zpravidla hodně smíšeného věku a většinou je to na základě nějaké diagnózy – duševní poruchy nebo mentálního postižení.

A třeba senioři, kteří žijí sami v domácnosti?

No, to by bylo výborné. Jenom si neumím představit v tuhle chvíli, jak jakoby se dala taková služba prosadit. Já mám trošku tu optiku zdegenerovanou právě těma různýma institucema, kde je hodně lidí pohromadě. Ale pravda je, že samota někoho, kdo je uvězněný ve své domácnosti, je hrozná jiným způsobem. V tom případě by byl ten herní specialista takový společník. To slovo sice zase mívá různě zabarvený nádech, pravda, ale to je to, co by měl být. A tady je zase docela důležité to, aby to byla ustavená profese. Protože člověk, který navštěvuje seniory v domácnostech, musí být někdo, kdo je pevný v situacích, které se mu můžou naskytnout. Je to prostě opravdu takové citlivé a zodpovědné. A ten člověk, který něco takového dělá, musí být prostě v tom dobrém slova smyslu prověřený a krytý nějakou zárukou. Asi si to lze představit i u dobrovolníka, ale v takovémhle případě to lze hůře ohlídat, hůře pojistit. Já myslím, že by to nakonec mohla být i role pro dobrovolníky, ale muselo by to být opravdu hodně

dobře vymyšleno a ti lidé by museli mít navázané nějaké kontrolní vazby a nějak to mít zajištěné.

Víte co, ono totiž, já si myslím, že leckdo je schopen to, co stojí jakoby u toho ideálu herního pracovníka, že leckdo je to schopný dělat intuitivně dobře sám a že se to dokonce i leckde děje. A že nějaké další třeba školení nebo kultivování nebo zapojení do nějaké organizace, která tyhleto aktivity a schopnosti k nim bude nějak hýčkat, pěstovat, rozvíjet, tak že to je fajn, ale není to všechno. Je to nezbytné pro to, aby to byla profese, a ne pro ten vztah, který je jím základem. Jestli mi rozumíte? Je to prostě jako když si ušijete šaty sama nebo si je dáte ušít ke švadleně. Tak si myslím, že je to i s tou herní prací jako s mnoha jinými věcmi.

Ale zase u té švadleny je tam ta záruka, že mi ty šaty určitě ušije dobře. To je asi ten rozdíl.

Jasně, to je asi ten rozdíl. A v podstatě u toho herního specialisty je to úplně stejné. Ona u ní teda není záruka, že vám je ušije dobře, ale vy se toho můžete domáhat. Zatímco když vám je ušije kamarádka, tak se toho asi moc domáhat nemůžete nebo nemáte na to nárok. Samozřejmě, že s ní o tom můžete mluvit, můžete ji tlačít k tomu, ať to přešije, ale u té profesionální švadleny prostě máte právo očekávat a ona má povinnost konat – podat výkon v nějaké kvalitě. To je přesně stejné jako s tím herním specialistou. Jako určitě to lze dělat bez toho, aby člověk absolvoval, já nevím, učňák na herního specialistu. Ale to, že někdo je herním specialistou a vykonává tu profesi jako profesionál, tak mění jeho možnosti a mění jeho institucionální odpovědnost.

Jenom takový dovětek k tomu, jak je důležité to, co je v pozadí. To je třeba, jako když máte dva vegetariány. Ten jeden vegetarián je vegetariánem proto, že si hledí svého zdraví, a druhý je vegetariánem proto, že je mu líto těch zvířat a nechce, aby je někdo zabíjel kvůli tomu, aby on mohl jíst maso. A tak je to vlastně i tady. Je spousta věcí jako třeba v té aktivizaci, které se dělaly už dřív, ale je jiný ten přístup. Kdybyste si třeba srovnala tu situaci samotnou: podívala se na člověka, který přichází aktivizovat nějakého seniora. Co má ten člověk na sobě, z jakého přichází titulu, jak s tím seniorem komunikuje, jaká volí slova, jak toho člověka oslovuje, jakým hlasem s ním mluví. Jo, tohle všechno jsou věci, ve kterých by se i navenek třeba dal ten rozdíl ukázat. Samozřejmě, že to může být člověk, který by byl úplně perfektním herním specialistou a jeho vztah k seniorům i k lidem vůbec je prostě takový, že při tom svém kontaktu se

seniory může dělat to, co by dělal školený herní specialista – a možná klidně i líp. Ale není to záruka a je to v podstatě takový bonus navíc, mimo hru.

Příloha č. 6: Rozhovor č. 4

Klára Ludvichová (34 let)

vzdělání: SZŠ obor dětská zdravotní sestra; střední pedagogická škola obor předškolní a mimoškolní pedagogika; kurz Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči

současná praxe: herní specialista na dětském oddělení nemocnice (délka praxe 7 let)

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?

Větší systematičnost a zkvalitnění péče, herní specialista dělá to, co sestra dělat nemůže nebo event. nechce. Herní pracovníci mají čas se dětem věnovat více než klasický zdravotník.

2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?

Přijetí a uznání našeho oboru. Zdravotníci mají často pocit, že si tady jenom hrajem a povídáme. Je prostě těžké uznat, že i tohle je důležité. Nejen zachraňování životů.

3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?

Určitě. U nás máme klienty od novorozenců až třeba po šestadvacetileté. Nemusí to být nutně herní pracovník, ale je podle mě důležité, aby na odděleních někdo podobné profese byl. Já mám nedávnou vlastní zkušenost, kdy jsem ležela celý den na traumatologii, čekala jsem na zákrok a byla jsem tam celou dobu sama. A vím, že bych tam někoho takového (pozn. jako herního specialistu) potřebovala. Chyběl mi tam, to určitě. Zdravotnický personál si dělá svoji práci a pak vás tam prostě nechá. Jste dospělejší, tak si poradíte jak chcete. A že čekáte šest hodin na sál, to nikoho nezajímá.

4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?

Já si myslím, že je to podobné. Je důležité, aby tam byl někdo pro ty lidi a je jedno, jestli jsou tam malé děti nebo senioři. Určitě potřebují, aby si s nimi někdo povídal a byl tam pro ně.

5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?

Znovu si myslím že to je hodně podobné. Jde o kontakt s určitým člověkem a podle toho se to samozřejmě odvíjí.

6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (dětí a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?

Podle mě jsou opravdu z pohledu herní práce dost stejné.

7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?

U malých dětí používáte některé způsoby vysvětlení situací, které ho čekají, ale tomu dospělému to řeknete nějak jinak. Ale opravdu - ten princip a přístup by měl být stejný. Kamarádský, prostě na stejné úrovni, nepodbízet se, ale ani nebýt pasivní.

8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?

Senior má více zkušeností, z čehož se musí vycházet. Já jsem se seniory nikdy moc nepracovala, ale myslím si, že člověk musí být trpělivější a třeba jim víc naslouchat. Malé dítě je spíše otevřenější, někdy třeba přijde a více se svěří. Kdežto u staršího člověka musíte být trpělivější, víc mu naslouchat, získat jeho důvěru a dát mu hodně zpětné vazby, kterou je zde asi potřeba. Asi by si se mnou senioři tolik nehráli, ale povídala bych si s nimi a naslouchala jim. Musela bych zjistit, jakou mají vůbec potřebu a podle toho tu práci směřovat.

9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

Na LDN, v domovech důchodců, prostě v organizacích, kde senioři jsou.

Je potřeba s nimi mluvit, být s nimi a mít čas se těm lidem věnovat. A v dalších organizacích, které je specifické, že tam senioři jsou dlouhodobě. Třeba „x“ roků. Personál by je měl znát více do hloubky – takže by ta práce mohla být i navazující. Herní specialista by si mohl udělat už i nějaký plán. To by mohlo být trošku odlišné od práce v nemocnici.

A šlo by to třeba i doma, když starý člověk bydlí ve svém bytě?

Určitě. Mohl být ambulantní herní pracovník.

Příloha č. 7: Rozhovor č. 5

Alice Řezníčková (42 let)

vzdělání: SZŠ obor dětská zdravotní sestra; vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce; kurz Herní práce ve Velké Británii (certifikát) a "uznání kompetence praxí"

praxe: dětská sestra (délka praxe 10 let), v současnosti herní specialistka a kontaktní sestra pro rodiče na dětském oddělení v nemocnici (psychosociální péče, poradenství) (délka praxe 13 let)

1. Jaké hlavní změny podle vás přinesla herní práce do péče o děti v nemocnici v českém prostředí?

Především více svobody, informací a normálního lidského kontaktu. Herní specialista, jako reprezentant herní práce a nový člen ošetřujícího týmu má být mezioborově vyškolen, aby byl schopen fungovat jako „ochránce“ a advokát klienta. V pravý čas jej zaštitit, pomoci mu prosadit jeho zájmy a potřeby.

Proto se Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici snaží prosadit, aby herní specialista nebyl ani sestra ani pedagog. Každá tato profese má svá specifika, obě pracují s dítětem spíše direktivně. Pedagog má za úkol dítě něco nového naučit, někdy i proti jeho vůli, je zvyklý vytyčit si cíl a k němu s dítětem směřovat. Také sestra mnohdy spěchá, musí v určitém termínu splnit ordinaci a tak je donucena s pacientem manipulovat, i když v dobrém úmyslu. Herní specialista má za úkol tyto profese vyvážit, vnést do nemocnice nedirektivní postupy. Vyslechnout odmítnutí, zprostředkovat informace, třeba i odklad, pokud pacient není připravený. HS se nevzdává kontaktu s pacientem v žádné situaci, nevzdá se, vrací se k němu opakovaně, hledá různé možnosti komunikace, nabízí různé formy pomoci a dialogu. Měl by vnášet do nemocnice prvek svobody, normálnosti, ... prostě možnost se nadechnout, v klidu se rozhodnout, rozumět tomu, co se děje, nemít pocit mašinérie, která vás semele.

Dále se jedná o změny v přístupu k dětem v nemocnici. Dítě je již na většině pracovišť chápáno jako neoddělitelná součást vlastní rodiny, a proto se klientem herního specialisty, ale i ostatních pracovníků ve zdravotnictví, stává celá rodina, ne pouze samotné dítě. Situace není rozhodně bez problémů, mnoho rodičů má připomínky a stížnosti, ale často již rodiče své děti v nemocnici doprovázejí a pomáhají jim úspěšně absolvovat náročnou léčbu. Toto dříve nepřicházelo v úvahu a odloučením od rodičů v době nemoci strádalo nejen dítě, ale i jeho rodina. Je ovšem nutné, aby HS společně se zdravotníky vytvořil prostředí, ve kterém se dítě/rodina „nebudou bát“, budou se v něm orientovat, najdou to, co zrovna potřebují. A dále je nutné, aby nemocnice vytvořila alespoň základní technické podmínky pro přítomnost rodičů (židle popř. lůžko, možnost umýt se, najíst se, odpočinout si...).

2. Které principy herní práce se těžce zavádějí do praxe v ČR?

Já si myslím, že opravdu základní věcí jsou slušné mezilidské vztahy. Zaměstnanci nemocnice si často neuvědomují, jak důležité je každé jejich slovo a každý čin, že slovo opravdu léčí. Nebo může hodně ublížit. V tomto nelze oddělovat herní práci od ostatních služeb poskytovaných v nemocnici. Důležité je také prosazovat svébytnost každého pacienta, jeho právo na názor, vlastní interpretaci konkrétní situace. I velmi malé děti potřebují mít možnost volby a jistého soukromí. Potřebují ovládat situaci a mít ji pod kontrolou. Musí mít možnost občas o něčem svobodně rozhodnout, něco drobného ovlivnit - jakou barvu má mít hrneček, ve které postýlce chtějí spát, z jaké ruky jim sestřička odebere krev, apod. Dítě se nesmí stát jen pasivním objektem péče. Je mnoho situací, kdy můžeme dětem vyhovět a vyjít jim vstříc. Mnoho zdravotníků však volí pro ně snadnější cestu – děti jsou občas doslova „přeprány“ a donuceny podvolit se vůli dospělých.

Dalším problémem je rozdílné pojetí herní práce v praxi. Mezi samotnými HS panují rozdílné názory na práci s klienty. Herní práce je zásadním způsobem nedirektivní, vychází individuálně z potřeb každé rodiny, každého dítěte a chápe, že konkrétní potřeby se samozřejmě v čase mění. Proto je nezbytné pracovat s rodinami/děťmi individuálně. Někteří pedagogové tuto zásadu nectí, pracují s dětmi kolektivně, jak jsou zvyklí z vyučovacího procesu. Nemůžeme předpokládat, že děti stejného věku jsou ve všem stejné, že potřebují obdobný přístup, způsob komunikace či množství informací.

Významným problémem je vlastní vymezení profese a vzdělanostní požadavky na herní pracovníky/specialisty. Zatím je situace taková, že profese vlastně neexistuje a každý pracovník pracující na pozici HS se řídí pouze vlastním instinktem a zkušeností, a v teorii vychází ze svého původního vzdělání (sestra, pedagog, apod.). Málokdo má specializační studium a tím pádem také oprávnění nazývat svoji profesi herní prací. Většinou tito lidé pouze vnášejí do své práce s dětmi prvky herní práce a nelze je považovat za „pravé“ herní specialisty. Hlavním cílem odborné společnosti HS je proto legalizace oboru, příslušného akreditovaného vzdělávacího programu a zařazení HS do katalogu prací.

3. Je podle vašeho názoru herní práce přenositelná i na jiné skupiny než jsou děti?

Určitě. Ale jako vždy při práci s lidmi záleží na konkrétním člověku, který pracuje jako herní specialista, jak kvalitně a v jakém rozsahu službu poskytuje.

4. Dovedete si představit herní práci, která se zabývá/týká seniorů?

Celý svůj profesní život pracuji s dětmi a jejich rodiči (již 23 let), mohu se proto jen pokusit představit si herní práci se seniory. Jistě by bylo vhodné použití různých výtvarných technik, hudby, divadla, fotografie, společenských her a podobných volnočasových aktivit. Dále práce se zvířaty (ve Velké Británii mají výborné zkušenosti se zvířaty na dětském oddělení – rybičky, králíci, morčata). Vhodná by byla také messy play – nestrukturovaná hra s materiálem (voda, písek, hlína, těsto). Tato hra nemá žádný konkrétní cíl, dítě, v tomto případě senior si pouze užívá příjemné pocity z kontaktu s materiálem. Probírá se jím, boří do něj ruce, patlá, hněte, válí, kreslí do něj prstem apod. Velmi potřebný a účinný se mi zdá v práci se seniory rozhovor. Dát prostor pro vyprávění se, naslouchat, v klidu si člověkem popovídat o tom, co ho zajímá, tíží, je pro něj důležité. Mnoho z těchto aktivit již poskytují pobytová zařízení nebo denní stacionáře. Takže potřebnější jsou, dle mého názoru, konkrétní senioři žijící sami ve vlastní domácnosti.

5. Které principy herní práce lze použít v komunikaci se seniory?

Především nedirektivní forma komunikace. Není správné naplánovat konkrétní činnost a pak tvrdohlavě, bez ohledu na náladu, zdravotní stav či představy klienta trvat na svém: „Dnes budeme dělat toto, protože já to mám naplánované“. V herní práci vycházíme vždy z přání a představ konkrétního člověka, improvizujeme, hledáme s každým pro něj přijatelnou cestu. Mnohem vhodnější je říci: „Tak co byste si vy představovali? Co vy potřebujete?“ A jeho poptávce přizpůsobit denní nabídku kontaktu nebo nějakého dlouhodobějšího plánu spolupráce.

Stále je nutné zjišťovat, co konkrétní člověk chce, jak se proměnila jeho aktuální životní situace a podle toho se snažit, dle svých možností, znalostí a schopností nabízet či hledat společný postup. U seniorů bych praktickou herní práci vnímala nejspíš jako provázení, v nejširším pojetí toho slova: „Jsem tady pro vás, mám čas, abych tu s vámi strávila kvalitní dobu, mohu vám nabídnout to a to.“ Dalo by se také vymyslet dlouhodobější plán péče nebo činností a pracovat s klientem systematictěji. Prostě otevřený lidský kontakt.

6. V čem vidíte podobnost těchto dvou skupin (dětí a seniorů) v souvislosti s působením herní práce?

Možná ve větší zranitelnosti těchto skupin, větší potřebě péče a ochrany.

7. V čem vidíte největší rozdíly v přístupu herní práce k seniorům ve srovnání s dětmi?

Opravdu si mohu jen představit, jak bych pracovala se seniory, moje zkušenost s dospělými pacienty je nulová. Stále si však myslím, že platí obecná pravidla práce s lidmi, bez ohledu na věk (slušnost, nedirektivita, úcta, pravdomluvnost, partnerství). Lišily by se asi metody a techniky práce. U malých dětí by vedla hra, tvořivé činnosti, pohybové aktivity, u starších rozhovor a techničtější činnosti – např. fotografování, počítač, společenské hry. U seniorů předpokládám největší zájem o povídání, vzpomínání na minulost, prohlížení fotografií, poslech hudby či předčítání.

8. Jaká jsou podle vás specifika přístupu k seniorům?

Momentálně nejsem schopná vyjmenovat jednotlivá specifika. Já si myslím, že vůbec nezáleží na tom, koho mám jako pomáhající pracovník před sebou. Já jsem se dříve snažila přečíst si o konkrétním dítěti a jeho rodině co nejvíce informací než jsem s nimi začala pracovat. Postupně jsem ale zjistila, že je to v podstatě hrozně nevýhodné, zavádějící, že mě to hrozně ovlivní a sváže. Převezmu automaticky názory jiného člověka, udělám si předem představu a může mě to negativně ovlivnit ještě dříve, než s nimi vstoupím do kontaktu. Třeba že maminka nechodila během těhotenství do poradny, že si dovolila rodit doma, že mají deset dětí, že oba jsou nezaměstnaní...Mě se mnohem víc osvědčilo tohle vůbec neřešit, přistoupit k rodině nezaujatá, nezátížená, udělat si vlastní názor, slyšet příběh přímo od klientů. Samozřejmě, že budu přihlížet např. k handicapu seniora, budu mluvit nahlas, lépe artikulovat, pokud to bude potřeba. Možná to zní neprofesionálně, ale čím delší dobu tuhle práci dělám, tím víc dávám přednost prostému, lidskému přístupu. Snažím se netlačit, dát kontaktu s klientem čas, opakovaně se k němu vracet, budovat vzájemnou důvěru...Počkat, jak se to vyvine. Samozřejmě, když půjde o krizovou situaci a klient bude nějak ohrožen, budu postupovat jinak, třeba i direktivně, ale od toho jsem profesionál, abych takovou situaci poznala.

Při práci se seniory bych asi vycházela nejen z jejich sociální situace, ale i ze zdravotního stavu. Čím je člověk postiženější, nemocnější, tím déle mi bude trvat navázat s ním kontakt, zjistit, co si přeje, potřebuje. A někdy může můj kontakt s klientem vypadat tak, že za ním budu chodit co nejčastěji, aby si mě zapamatoval podle hlasu nebo podle toho, že jej vždycky pohladím po ruce a třeba mu budu předčítat.

9. Kde by mohl být podle vašeho názoru v České republice pro herní práci se seniory prostor?

Jak jsem již řekla, nejen v ústavní péči, ale především ve vlastní domácnosti. Formou domácí péče, v návaznosti a ve spolupráci s ostatními profesionály – pečovatelkami, sociálními pracovníky, knězem a především vlastní rodinou seniora. Aby poskytovaná péče byla komplexní. Ideální by byl stav, kdy dobře fungující jednotlivé pomáhající profese budou spolupracovat, poskytovat si informace a také budou v určitém směru zastupitelné.

V současnosti se mnoho profesí svojí náplní práce dubluje, překrývá, někdy nabízejí služby, o které není zájem a naopak služby, které by byly potřeba neexistují, protože pomáhající sektor, respektive stát, je nepovažuje za důležité.

O hře a o profesi herního specialisty

Hra je v názvu profese schválně, i když je trošku zavádějící. Nejedná se jen o hraní s dětmi, ale o komplexní škálu činností. A také má být hned jasné, že herní specialista není edukátor, nechce jen poučovat, ale naopak komunikuje s dětmi jejich jazykem – hrou. Hra symbolizuje svobodu, možnost vyjádřit svůj názor, odžít si negativní prožitky, seberealizovat se i v ohrožujícím prostředí. Pro děti je hra po dlouhou dobu nejvhodnějším komunikačním prostředkem a možností, jak poznávat a učit se nové věci či dovednosti. Zároveň je nejvhodnějším prostředkem navázání kontaktu, vtažení dítěte do cílené hry, která mu může ve svém důsledku pomoci pochopit realitu kolem. Proto je velmi důležité, aby i sestry, které o děti v nemocnici pečují, používaly co nejvíce hru a společně s rodiči umožňovaly dětem i v těžkých stavech jednoduché herní činnosti. Bohužel se obávám, že nemůžeme v nejbližších letech očekávat herní specialisty na všech dětských odděleních a tak dobrá dětská sestra si musí umět hrát. Důležité je si uvědomit, že v Čechách je profese HS specificky nastavená. Náš systém v nemocnici zná vlastně jen sestry a lékaře, tedy zdravotníky. Úplně zde chybí jiné pomáhající profese. Proto herní práce je u nás mnohem širší, oproti třeba Velké Británii, zabývá se i jinou problematikou než jen hrou a psychickou pohodou dětí. Mnohem více dbá na práva a potřeby rodičů, v mnohém částečně přebírá role jiných profesí. Musí však být odborník v tom nejlepší slova smyslu a znát své hranice a možnosti – pokud narazí na problém, který neumí řešit a pokládá jej za důležitý, musí umět klienta či rodinu nasměrovat na kolegu, předat je dále vhodnému odborníkovi. Další informace k profesi jsem již, myslím, zmiňovala dříve.

Příloha č. 8: Obrazová dokumentace



Obrázek č. 1: Cvičná tabule v LDN ve Fakultní nemocnici v Motole



Obrázek č. 2: Kroužek zpívání v LDN ve Fakultní nemocnici v Motole



Obrázek č. 3: Ergoterapie v LDN ve Fakultní nemocnici v Motole



Obrázek č. 4: Oslava narozenin jedné z klientek pobytového oddělení Života 90



Obrázek č. 5, 6: Ergoterapie při lůžkovém oddělení
v Domově sv. Karla Boromejského



Obrázek č. 7: Ergoterapie ve Stacionáři Domova sv. Karla Boromejského

