



Zdravotní sebekpéče jako aktivita sociální práce – příspěvek aromaterapie k integrativnímu pohledu na zdravotně-sociální služby pro seniory

Eva Křížová

PhDr. Eva Křížová, Ph. D.,¹ je socioložkou, působící ve výuce a výzkumu na 2. LF a Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zabývá se mj. metodologií aplikovaného výzkumu pro pečující profese a předmět metodologie sociálního výzkumu také vyučuje v oboru sociální práce. Byla řešitelkou dvou výzkumných grantů na téma alternativní medicína.

ABSTRAKT

Tento článek představuje pojem medicalizace stárnutí a stárí v moderní společnosti, upozorňuje na jeho ambivalentnost a zamýšlí se nad inovativními přístupy k podpoře zdravé seniorské populace a integraci zdravotní a sociální péče. Jednou z možností, jež se otevírají, je využití komplementární a alternativní medicíny v rozvoji sebekpéče a vzájemné laické zdravotní péče seniorů. Na příkladu aromaterapie je doložen potenciál k aktivizaci seniorů, k podpoře sociálních interakcí, pozitivních emocí spojených se vzájemnou péčí nebo sebekpéčí. Uvedený příklad může být využit jak v denních centrech, tak v ústavních zařízeních.

KLÍČOVÁ SLOVA

medicalizace, stárnutí, laická péče, sebekpéče, zdravotně-sociální, aromaterapie

ABSTRACT

This article presents the concept of medicalization of ageing in modern societies and highlights its controversial consequences. Based on this the author introduces innovative approaches to health promotion in senior population and integration of health and social services. One of possible solutions is the use of complementary and alternative medicine in self care and mutual lay health care. The example of aromatherapy demonstrates the potential to boost up social activity, social interactions, positive emotions related to mutual care and self-care. The example can serve both in day-centers and in-patient institutions as an social activity and lay health care.

KEYWORDS

medicalization, ageing, lay care, self-care, health care, social care, aromatherapy

ÚVOD

K sepsání tohoto příspěvku mne inspirovaly studentky pastorační a sociální práce na naší fakultě. Diskutovaly jsme různá výzkumná témata a trénovaly schopnost rozpoznat témata relevantní pro výzkum v sociální práci. Jedno z témat se týkalo aromaterapie jako prostředku sebekpéče seniorů. Studentky hodnotily toto téma jako re-

1 Kontakt: PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Katedra pastorační a sociální práce, Evangelická teologická fakulta UK, Černá 9, 115 55 Praha 1; krizova@etf.cuni.cz



levantní pro obor sociální práce a argumentovaly v jeho prospěch: jedním z důvodů byl fakt, že sociální práce má blízko ke zdravotní péči a v případech seniorů dochází k vzájemným přesahům. Zdraví a jeho poruchy podstatně určují nejen naši kvalitu života, ale také naši soběstačnost, anebo v opačném případě, závislost na druhých. Zdravotní a sociální služby se zvláště u zranitelných populací jako jsou nesoběstační senioři a zdravotně postižení silně prolínají. Ještě silnějším argumentem ale bylo, že významnou hodnotou sociální práce je aktivizace lidí ve všech životních situacích a posilování jejich nezávislosti a soběstačnosti. Pokud by aromaterapie vedla k navenzení aktivity seniora ve vztahu k tělu a zdraví, pak je podle našich studentek toto téma v sociální práci zcela regulérní.

LIMITY RŮSTU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Všeobecná dostupnost zdravotní péče se stala samozřejmostí civilizovaného řešení v průběhu 20. století v celé Evropě. V rámci českého veřejného zdravotního pojištění existuje široký rozsah preventivní i léčebné a rehabilitační péče pro všechny skupiny populace. Principem přidělování péče je zdravotní potřeba, a ta se zpravidla s rostoucím věkem zvyšuje. Staří lidé bývají polymorbidní, užívají mnoho léků současně, celkově spotřebovávají více zdravotní péče, a ta je pro ně nepostradatelná. Je zdrojem bezpečí, komfortu, prodloužení života. Vysoký stupeň rozvoje medicíny a zdravotnictví však přináší nejen pozitiva, ale i mnohé problémy. Jedním z nich se stává z pohledu (blízké) budoucnosti trvalá neudržitelnost současného rozsahu a kvality zdravotní péče při permanentně rostoucí potřebě. Důvody jsou dobře popsány v mnoha odborných zdrojích (Zweifel, 1999; Gray, 2005). Stárnutí populace jako důsledek vysokého stupně dostupnosti i kvality zdravotní péče je jedním, nikoli však jediným důvodem rostoucích výdajů ve zdravotnictví. Dalším faktorem rostoucích výdajů je silná medicinalizace veškeré lidské existence a všech fází života.

MEDICINALIZACE ŽIVOTA A SPOLEČNOSTI

Medicinalizací rozumíme skutečnost, že problém, projevující se na úrovni tělesného či psychického zdraví, je předkládán k řešení lékařům, je definován v lékařských termínech a lékařský jazyk je použit k popsání tohoto problému. V návaznosti na to je přijat lékařský rámec k porozumění tomuto problému a následuje lékařská intervence k jeho nápravě, tj. léčba (Conrad, 1992:211). Medicinalizace představuje nejen ekonomický, ale také etický a společenský problém. Převádění přirozených okolností života, jako je např. i stárnutí, na problémy řešitelné farmakologií či technologií, vede totiž k silné společenské kontrole, jež zasahuje do nejintimnějších a nejsoukromějších sfér našich životů. Ovlivňuje to, jak se na své zdraví a zdravotní poruchy díváme, stáváme se závislími na odborném posouzení a v podstatě neschopnými řešit alespoň běžné zdravotní poruchy sami. Moderní medicína laiky diskvalifikovala z péče o zdraví a aktivní úlohu člověka vidí jen ve využívání nabídky medicinalizované prevence (očkování) a v pěstování zdravého životního způsobu. Tuto okolnost moderní medicíny kritizoval sociální filosof a teolog Ivan Illich (1975) a tendenci moderní me-



dicíny dělat lidi nemocnými (a závislími a neschopnými) nazýval kulturní a společenskou iatrogenezí.² Obdobně si sociální kontrolu moderní medicíny uvědomoval Michel Foucault (2000), který identifikoval nové zdroje moci v modernizované společnosti, jež se uplatňují v moci nad lidským tělem. To je analyzováno a rozdrobeno a stává se tak podrobeným a poslušným (docile). Disciplinace lidí je součástí poskytování zdravotní péče a moderního léčení. V posledních 40 letech se sice v důsledku hnutí práv pacientů proměnilo mnohé ve vztahu lékař pacient a pacientům je přiznáno morální i zákonné právo na spolurozhodování o léčbě včetně odmítnutí léčby, ale stále přetrvává propast mezi odborným a laickým pohledem na zdravotní problém. Zatímco pro nemocného je nemoc celostním fenoménem a prociťuje ji se všemi důsledky a okolnostmi na všech sférách své existence (tělesné, psychické, sociální i duchovní/existenciální), pro lékaře je nemoc tím, co lze vtěsnat do kategorie konkrétní diagnózy a to je vždy značně redukováný a parcializovaný obraz problému. Moderní medicína je také kritizována za to, že problémy, jež se manifestují na tělesné rovině, ale mají často (či možná vždy) kořeny psychosociální, převádí z jejich společenských kontextů na individuální problém těla či jen orgánu. Medicinalizace silně zasahuje i to, jak zvládáme stárnutí a umírání v této společnosti (Estes, 1989; Kaufman, 2004; Melzer, 2015). Pro upřesnění je dobré dodat, že medicinalizace neznamená léčení nemocí, ale děláni nemoci z toho, co nemoc není, tedy snahu léčit veškeré odchylky od normy či přirozené projevy života, mezi něž stárnutí zrovna patří. Stárnutím lze manipulovat a smrt lze oddalovat, což je zvláště ceněné ve společnostech, pěstujících rychlou změnu a kult mládí. Staří lidé jsou ceněni, když vypadají mladě, jsou aktivní a nezávislí. Nelze popřít, že medicína zde vykonává mnoho užitečného, stejně tak ale platí, že v některých případech léčby starých či umírajících lidí se prodlužuje život za cenu prodloužení bolesti, závislosti a utrpení. Je možné, že vysoké počty operací v totální narkóze mohou vést zvláště u seniorů k drobným poškozením mozku a být jednou z okolností vzestupu Alzheimerovy choroby. Nejen pro laiky, ale i pro lékaře je nesmírně složité orientovat se v této šedé zóně přirozených a odvrátitelných důsledků stárnutí. Sami uživatelé péče, senioři a jejich příbuzní medicinalizaci vyžadují a jakákoli redukce léčby s odkazem na to, že potíže jsou adekvátní věku, může být chápána jako ageistická, tj. diskriminující staré lidi v dostupnosti a kvalitě zdravotní péče. Tváří v tvář modernistickému přesvědčení o manipulovatelnosti přirozenosti, jež veřejnost sdílí, a vzhledem k silným tlakům producentů léčiv a technologií na maximálním a trvalém odbytu jsou lékaři tlačeni k medicinalizaci i tam, kde pro ni nemají silnou odbornou podporu (nebyla by nutná).

Medicinalizace je krajně ambivalentní proces — nelze ji tedy plošně odsuzovat, ale nelze ji ani nekriticky adorat. Obsahuje velmi pozitivní efekty, jako prodloužení života, odvrácení smrti, mírnění či odstranění utrpení, bolesti, dyskomfortu. Ale, jak bylo zmíněno výše, má svou cenu, a ta spočívá také v tom, že se stáváme stále více závislími na lécích a léčbě. Medicinalizace oblastí všedního života — zažívání, vyměšování, spánku, pohybu, smutků, samoty a nepohody — vede k vysoké spotřebě léků, která je nejen celkově pro společnost drahá, ale přináší i ekologickou zátěž (léky jsou vylučovány do přírody) a vybírá si svou daň v lékových závislostech. Problém

2 Iatrogeneze označuje nemoci, jež vznikají v důsledku působení lékařské péče (iatros = ve starořečtině lékař), včetně důsledků léků, invazivních zákroků apod.



lékových závislostí, jež vznikají v důsledku pečlivé lékařské péče, se ve zvýšené míře týká právě skupiny seniorů. Odborníci na geriatrii soudí, že jsou „tito rizikově křehcí lidé v ohrožení často neúčelně a nebezpečně roztáčeni v labyrintu specializované medicíny bez přiměřeného pochopení svých zdravotních problémů, ohrožení, deficitů, přání i životních kontextů, aby se dříve či později ocitli, různě iatrogenně poškozeni, v území nikoho, v území negativních kompetenčních konfliktů medicínských odborností specializovaných podle chorob a vzniklých v podmínkách a pro potřeby demograficky, zdravotně i funkčně zcela jinak utvářené společnosti“ (Kalvach et al., 2011:19). Jako naléhavé se ukazuje přemýšlet o alternativních řešeních, jež budou účinná, ale úsporná jak ve smyslu ekonomickém, tak ve smyslu ekologickém. Tato alternativní řešení mají doplňovat současný obraz medicíny a rozšiřovat naše představy péče o zdraví.

PODPORA ZDRAVÍ

Přesvědčivě inovativním konceptem konce 80. let minulého století byl pojem „podpora zdraví“,³ který měl obohatit preventivní úsilí a celkově proměnit společenské přístupy k ochraně a udržování zdraví. Jedním z těch, kdo trvale ovlivnili hnutí podpory zdraví, byl izraelský sociolog Aaron Antonovsky (1923–1994). Jeho zásadním přínosem je to, že začal klást nové otázky — nikoli jen po příčinách nemocí, ale také po okolnostech udržení zdraví. Mezi jeho hlavní teze patří, že všichni lidé jsou vystaveni působení vnějšího prostředí a musí každodenně obnovovat rovnováhu mezi svým vnitřním prostředím a vnějším světem. Někteří v tom selhávají a objevují se krize zdraví, jako by se v řece života, kde všichni plaveme, začali topit. Jiným se daří držet stále hlavu nad vodou. Díky svým výzkumům židovských žen kolem r. 1970 objevil skupinu takových, které byly zdravé,⁴ přestože prožily a přežily koncentrační tábor. Těch nemocných bylo sice více, takže koncentrační tábor ovlivnil negativně jejich zdraví, přesto ale byla skupina 29 % žen přeživších tábor, jež byly v podstatě zdravé (ve výzkumu Antonovského šlo hlavně o psychické zdraví). Antonovsky se začal ptát po zdrojích zdraví. Říkal, že nemoci nemůžeme plně pochopit, když budeme studovat jen ty nemocné, ale pouze když budeme studovat i ty zdravé. Na základě svého studia těchto odolných žen postavil svou salutogenní teorii, podle níž podporují zdraví tři faktory osobnosti a sociálního prostředí — 1) to, jak člověk rozumí svému životu a světu, zda jej chápe jako vysvětlitelný a uspořádaný (srozumitelnost-comprehensibility), 2) to, nakolik důvěřujeme tomu, že nepříznivé okolnosti můžeme vlastními silami nebo s pomocí druhých změnit (ovlivnitelnost-manageability) a 3) to, nakolik

3 Samotný pojem má delší historii a objevil se již v nacistickém Německu jako „Gesundheitsförderung“ v rámci péče o zdraví populace třetí říše. Nové hnutí na podporu zdraví je postaveno na demokratických zásadách a usiluje o podporu zdraví především ve prospěch každého jedince a rozvoje jeho životního potenciálu, byť veřejný zájem na zdravé populaci a zdravém společenství je rovněž příznán.

4 Antonovsky sledoval především psychické zdraví a soustředil se na ženy v období klimakteria, ale výsledky jeho úvah a výzkumu byly aplikovány i na problematiku tělesného zdraví. Zde není vztah mezi salutogenezí a zdravím tak prokazatelný, jako u psychického zdraví, ale lze je předpokládat, byť ne absolutizovat.



pocitově chápeme svůj život jako smysluplný a cenný, že stojí za to žít a překonávat všechny problémy (smysluplnost-meaningfulness). Souhrn těchto tří prvků nazval osobní pevností, odolností, nezdolností (sense of coherence, později hardiness), ale největší význam v něm přisuzoval právě emocionální komponentě, tj. pocitu smysluplnosti vlastní existence a vůli žít (Antonovsky, 1987).

Našemu zdraví tedy je prospěšné (i když to naše zdraví nemůže navždy garantovat), když rozumíme tomu, co se s námi děje, nejsme vystaveni chaotickým podmínkám, když nezažíváme pocit bezmoci vůči tomu, co se nám nelíbí a když máme motivaci překonávat problémy, protože jsme v pozitivních vztazích k druhým a tím pádem i k sobě. Zcela klíčový je pocit, že život stojí za to. Víra, naděje a radost pomáhají přežít v zdravotních krizích i obyčejném životě. Ve všedním životě se může jednat i o obyčejné potěšení ze všeho, co je příjemné. Posilovat zdraví znamená podporovat vše, co přispívá k nezávislosti a činorodosti a co nás „drží při životě“ či baví.

NOVÉ PŘÍSTUPY V PODPOŘE ZDRAVÍ

Novými přístupy v podpoře zdraví je stále širší zahrnutí uměleckých aktivit, jako je tančení (dle fyzických možností seniorů), arteterapie (Camic, et al., 2014; Rylatt, 2012), reminiscence (Janečková, Vacková, 2010), zpívání, ale i postupy, které revokují tradiční činnosti, jako je práce s hlínou, květinami, rostlinami (terapeutické zahradičení) nebo společné čtení a výklad biblických příběhů s terapeutickým záměrem (hagioterapie). Mnohé tyto postupy jsou dobře etablované i v české sociální či sociálně zdravotní péči a ergoterapii. Pokus o vědecké ověření účinnosti zdraví podporujících aktivit reprezentovaly v našich podmínkách projekty „Vliv taneční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích“ a „Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích“, oba podpořené Interní grantovou agenturou MZČR (č. NR 8488-3/2005 a NR 8487-3/2005). Různorodé pozitivní, ale i ambivalentní a nesnadno interpretovatelné efekty, zjištěné jak kvantitativními, tak kvalitativními výzkumnými technikami, popisuje Janečková ve svém příspěvku o dopadech projektu reminiscenční terapie (Janečková a kol., 2007). I když nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v měření např. kognitivních kapacit mezi oběma skupinami seniorů, přece jen bylo zjevné a kvalitativními postupy dobře zdokumentované, že účastníci sezení mají větší zájem o sociální interakce, navazují kontakty a komunikaci nejen s personálem, ale mezi sebou, projevují méně apatie, větší sebezájem, manifestovaný i ochotou pečovat o svůj vzhled. „Zlepšilo se také chování a denní aktivity lidí zapojených v reminiscenční skupině a naměřené hodnoty dosahovaly téměř statistické významnosti v poměru k výsledkům kontrolní skupiny“ (Janečková a kol., 2007:6). Zvyšuje se četnost sociálních kontaktů i mimo skupinová sezení. I když výsledky nejsou jednoznačné a viditelně přesvědčivé v duchu potvrzení stanovených hypotéz, přesto jsou chápány jako slibné v souladu s dalšími mnoha zjištěními a teoretickými znalostmi o lidských potřebách. Nejnovější neurologické výzkumy poukazují na zachovalé funkce mozku při výkonu činností uměleckého charakteru i při značném stupni Alzheimerovy choroby (Fornazzari, 2013). V péči o seniory se stále více zdůrazňuje orientace na příjemné stránky všedního dne (comfort centered approach).

ZNOVUVYNOŘENÍ KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY



Jedním z fenoménů posledních desetiletí je rozmach zájmu o komplementární a alternativní medicínu a obnovení užívání dávno zapomenutých směrů. Od 80. let minulého století a u nás na přelomu tisíciletí vznikly výzkumné studie (Fisher, 1994; Eisenberg, 1993, 1998; Ernst, 2000; Krížová, 1997, 2001a,b, 2004), které dokladují nejen přetrvávající existenci tradiční a i novodobé komplementární a alternativní medicíny, ale zaznamenaly i rostoucí zájem a spotřebu. Tyto trendy a změny jsou sice nesený především mladými či středními generacemi, jež si více uvědomují negativní, rizikové a zamlčené rysy moderní civilizace a potažmo i medicíny, ale mohou být velmi prospěšné i pro seniory. Další styčný bod mezi komplementární a alternativní medicínou a péčí o zdraví ve vyšším věku spočívá v tom, že se o ni daleko více zajímají ženy, jež současně převládají mezi seniory. Tento článek se zabývá tím, jak může být komplementární a alternativní medicína využita ve prospěch podpory zdraví seniorů. Nejprve je nutné zmínit, že kategorie komplementární a alternativní medicíny je nesmírně heterogenní (na rozdíl od vědecké medicíny, jež je téměř mezinárodně srovnatelná) a zahrnuje směry různé kulturní a historické provenience. Zpravidla mezi hlavní směry bývají řazeny staletými praktikované proudy tradiční čínské a indické (ajurvéda) medicíny, přírodní léčitelství včetně bylinné léčby, homeopatie (19. století, Evropa) a lékařská akupunktura jako technika separovaná od širokého zázemí tradiční čínské medicíny a provozovaná lékaři. Seznam alternativních směrů by ale byl nesmírně široký, v Evropě do něj dnes patří antroposofická medicína Rudolfa Steinera, Bachova květová terapie, taneční terapie apod. Na tomto místě je užitečné rozlišit mezi užitím komplementární a alternativní medicíny ve smyslu léčby (cure) a ve smyslu péče (care), což se úplně nekryje s dělením na komplementární a alternativní medicínu, neboť některé komplementární směry mohou být také užity pro léčbu (cure), ale v doprovodu s vědeckými postupy. Většinou se ale pod termínem komplementární objevuje užití doplňkové, podpůrné či následné péče nebo zdraví posilující a podporující (preventivní) užití. Další text tohoto článku již počítá s užitím ve smyslu péče, care, nikoli ve smyslu léčby (cure). Užití ve smyslu péče (care) je pro současný dominující systém vědecké medicíny daleko přijatelnější, neboť se předpokládá, že nemocný nadále setrvává v oficiálním systému vědecké medicíny a nevzdává se oficiálně uznané léčby. Také pro sociální pracovníky je komplementární a alternativní medicína aktuální právě jako zdroje vzájemné péče či sebepéče.

Všechny komplementární a alternativní směry předpokládají aktivního pacienta, který se buď přímo na léčbě podílí (vaří si čaje, dělá si masáže, platí si léčbu) nebo alespoň o své zdravotní situaci nově a v nečekaných souvislostech přemýšlí. Zpravidla nesázejí na jednu singulární techniku, ale kombinují různé postupy pro dosažení konečného efektu, jímž má být především posílení schopnosti organismus se s nemocí vypořádat a obnovit vlastní zdraví. U tradiční čínské medicíny se jedná např. o kombinace akupunktury, léčivých bylin v různých modalitách (vaření čajů, pilulky), cvičení typu Tai-Chi, masáže (tuina), úprava stravování a další. Podobně i ajurvéda vyzdvihuje význam tří oblastí života pro zdraví — výživy, sexuálního života a duševního prožívání.

Péče o zdraví je důležitou součástí udržování se v dobré kondici a prevencí závislosti i v sociálním slova smyslu. Mnohé komplementární a alternativní postupy lze



vhodně využít právě v oblasti sebekpěče a případně laické péče v rámci partnerství a rodiny. V Indii např. jsou to právě babičky, jež přebírají starost o pravidelné a několik týdnů trvající masáže novorozenců, jež miminku dodávají pocit bezpečí, lásky, akceptace, pohody a babičce pocit předávání, kontinuity, vyjádření lásky a obětavosti i své dceři prostřednictvím péče o její miminko. Zdraví podporující prvky mají mnohé tradiční systémy alternativní medicíny, ale v současných podmínkách nejsou služby hrazeny veřejným zdravotním pojištěním a je nutné předpokládat, že úhrada služeb terapeutů TČM může být finančně daleko nad možnostmi penzionovaných seniorů. V úvahu připadá samostudium v oblasti výživy a u mobilních seniorů účast na cvičení Tai-Chi, jež je v Číně široce provozováno právě staršími lidmi pro udržení fyzické i mentální kondice. Také homeopatie může skýtat šetrná a nechemická řešení drobných dyskomfortů (zažívání, nespavost, zácpa, nálady) a služby homeopata jsou ve výsledku patrně levnější, neboť se nemusí pravidelně opakovat, jako je tomu u sezení akupunktury. Zahraniční studie upozorňují na trend terapeutické plurality, jež integruje jak medicinalizované, tak demedicinalizované (nefarmakologické, nelékařské) prvky léčby zvláště u seniorů (Fries, 2014).

JAK LZE UVAŽOVAT O VYUŽITÍ KOMPLEMENTÁRNÍCH A ALTERNATIVNÍCH POSTUPŮ V SEBEPÉČI ČI VZÁJEMNÉ PÉČI SENIORŮ?

Výskyt zdravotních potíží, bolestí a dyskomfortu se prokazatelně zvyšuje s věkem. Nefarmakologické řešení zdravotní nepohody (bolesti, dyskomfortu) využívá lidského doteku, zájmu, komunikace, vztahu, aktivizace. Není asi přehnané říci, že populace dnešních dnů je deprivována hmatově — osobní doteky jsou provozovány obvykle jen v osobním partnerství, nebo jsou součástí zdravotní péče, ale zde jsou vytlačovány moderní zdravotnickou technologií, takže přímý fyzický kontakt mezi lékařem a pacientem je dnes vzácnější než dříve. Mnoho seniorů žije osamoceně, jsou ovdovělí, nebo i dlouho rozvedení a nemají blízký tělesný kontakt s jinou osobou, max. s vnoučaty, nebo domácím zvířátkem. Rodiny nežijí v tak fyzické blízkosti, jako tomu bylo dříve v horších bytových podmínkách. Vztahy mezi dospělými jsou poměrně dost cenzurovány v rovině tělesné blízkosti. Tato skutečnost ale vede k pocíťovanému, byť i potlačovanému vědomí frustrace a deprivace v oblasti tělesné intimity. Přitom i podle biologů je péče o kůži a srst, jak ji pozorovali např. u primátů, projevem komfortního, uklidňujícího chování, jež je součástí péče o zdraví. V naší civilizaci na toto místo nastupují kadeřnické a lázeňské služby, masáže všeho druhu, ale v úvahu připadají právě i některé postupy komplementární a alternativní medicíny, jako je např. aromaterapie.

Senioři ale netrpí jen zvýšenou tělesnou nepohodou, ale i změnami v jejich sociálních aktivitách a vztazích. Obvykle dochází k výrazné redukci sociálního světa, nižší kompenzaci samoty prostřednictvím nových známostí. Snížená mobilita rovněž drží člověka v jeho domově či jeho okolí a snižuje jeho akční rádius. Je zřejmé, že v tuto chvíli hovoříme spíše o vyšším seniorském věku, který je již poznamenám ztrátami a zátěží, případně změnou domácího prostředí za prostředí institucionální (domov seniorů, LDN). Zamyslíme-li se ještě nad tím, že ve vyšším seniorském věku (neuvádíme jednoznačnou hranici, ale jedná se spíše o věk nad 70 let) dochází k životnímu bilan-

cování a vyhodnocování smyslu vlastního života, jehož výsledkem je buď akceptace a integrace nebo pocit zoufalství (Erikson, 2015), docházíme ke zjištění, jak důležité je posilovat pozitivní prožívání života, prožívat ještě něco příjemného a smysluplného.

Mezi lidské potřeby patří sdílení a vzájemné dávání a čerpání. Staří lidé jsou často deprivováni pocitem, že už nejsou užiteční, dostávají se pasívních pozic pouhých příjemců, sami sebe chápou jako břemeno pro druhé. Aniž bychom zlehčovali to, že ve vysokém věku skutečně slábnou síly a lidé ztrácí určité dřívější dovednosti a výkonnost, přece jen může přetrvávat něco z bývalých dovedností a to hlavně ty na nejzákladnější úrovni (jak to dokazují výzkumy na zachování uměleckých dovedností z mládí). Pokud jsou institucionální služby takové, že se starají o vše, co senior potřebuje, dochází k dalšímu zapomínání a vyhasínání ještě existujících zbytků a to znovu roztáčí ono kolečko pocitů méněcennosti, izolovanosti, závislosti na druhých a především apatie. Mohou se objevit i pocity zoufalství, pokud nejsou senioři vyrovnání se svým minulým životem a chápou jej jako promarněný – tváří v tvář omezeným možnostem časovým, motorickým i finančním není divu, že se objevuje i agresivita a zloba. Zcela nepochybně mají senioři ve srovnání s jinými populačními skupinami méně haptických podnětů a méně se jich lidé dotýkají. Zatímco děcko či štěně nebo pejska si chce každý pohladit, starý člověk má před sebou bariéru vrásek a fyzického chátrání. O to víc je důležité hledat cesty a postupy, jak seniory aktivizovat jim přiměřenými aktivitami (jež by je nepřetěžovaly), které budou příjemné (např. vůně) a budou se odehrávat ve společenském prostředí (ve dvojicích, ve skupině). Lidského doteku jsou schopni i lidé s omezenou hybností.

AROMATERAPIE JAKO ZDROJ SEBEPÉČE A VZÁJEMNÉ PÉČE SENIORŮ

Aromaterapie je dnes všeobecně známá technika, využívající éterických olejů k masáží, koupelím, inhalacím, očištění prostředí. Představuje poměrně široké pole, jednak co se týče esenciálních olejů samotných s různými sensorickými vlastnostmi a účinky (stimulující, uklidňující), tak i způsobů užití (inhalace, aromalampy, masáže, koupele). O aromaterapii budeme nyní pojednávat v souvislosti s řešením či redukcí běžných problémů stáří, jako je nespavost, permanentní bolest, měnící náladu a vedoucí k nepohodě, trvalá přítomnost různých dyskomfortů (zažívání), jež může být zdroje depresivních nálad, trudnomyslnosti, smutku. Tím může být mimo jiné také aromaterapie jako součást péče o vlastní zdraví či zdraví rodinných příslušníků. Vzhledem k tomu, že ve vyšším věku je převaha žen a že jsou to v daleko větší míře ženy, jež se zajímají o komplementární a alternativní postupy, týká se myšlenka využití aromaterapii právě spíše ženské populace, ale profitovat z ní významně mohou i muži, coby partneři.

Korejská studie (Kook-Hee et. al., 2006) se zaměřila na využití aromaterapie u seniorek ve vztahu k psychickým stavům jako úzkost a nízké sebehodnocení a dále měřila vliv na krevní tlak a tep. Skupina seniorek ve věku 65–85 let byla náhodně rozdělena do experimentální a kontrolní skupiny. Intervenovaná skupina měla 3x týdně po dobu 3 týdnů dvacetiminutovou aromamasáž, především dolních končetin a břicha. Když se na závěr porovnaly změny mezi experimentální a kontrolní skupiny, byly zjištěny statisticky významné změny v redukci úzkosti a sebehodnocení, zatímco čistě tělesné a více objektivizované parametry krevního tlaku a tepové fre-





kvence byly jen nevýznamně změněny. Jako u většiny dalších výzkumů záleží na interpretaci — podle pozitivisticky orientovaných vědců mají větší platnost objektivně změřené ukazatele (u nichž tedy nedošlo ke změně nad rámec nahodilosti), podle jiných je dobré už jen to, že došlo ke zlepšení prožívání. Zde ale musíme upozornit na možnou stylizaci respondentek, aby konvenovaly potřebám výzkumníků (ve smyslu „social desirability“), a nelze vyloučit, že se za masáže odměňovaly nadhodnocením svého psychického prožívání. Učinit ale ostrou linii mezi subjektivním prožitkem a objektivně měřitelnou tělesnou reakcí je téměř nemožné. Mnohé další výzkumy efektů komplementární a alternativní medicíny přinášejí obdobně ambivalentní zjištění. Z hlediska tvrdé vědy jsou výsledky chabé (statisticky nevýznamné), i když ke zlepšení empiricky dochází. Např. pilotní studie o využití levandulového oleje (Lytle, 2014) se zaměřila na spánek hospitalizovaných pacientů. Kvalita spánku, zjišťovaná standardizovaným dotazníkem,⁵ byla o něco lepší v experimentální skupině, u které byl aplikován levandulový olej v místnosti, ale rozdíly nebyly statisticky významné. Z hlediska vědy to skutečně podporuje tezi o neúčinnosti levandulového oleje. Ale zprávu lze číst i jinak, vědecky alternativně: nejsou-li rozdíly ve spánku mezi skupinami, kde jedné byly podávány prášky na spaní a druhá měla u postele levandulový olej, statisticky významné, pak se jedná o zaměnitelné postupy a levandule může být alternativně použita. Není lepší než prášky na spaní, co se týče účinnosti, ale může mít méně negativních vedlejších účinků a je levnější. V rozhodování o tom, kdy a jak má být co užito, má velké slovo pacient, protože jeho preference má být respektována (o tom jsou vstřícné zdravotnictví a vstřícné sociální služby). Názor seniorů může být ale někdy brán na lehkou váhu.

V ústavní péči i v denních centrech je možné vyzkoušet aktivitu s využitím aromatických esenciálních a základních masážních olejů při automasáži či vzájemné masáži rukou ve dvojicích. Předpokladem je, že klienti mají o tuto aktivitu zájem, že jsou organizátorem dobře seznámeni s tím, co jsou aromatické oleje a je jim ukázán základní postup masáže – ať již automasáže nebo ve dvojicích, kdy se aktivní a pasivní úloha navzájem vystřídá. Samozřejmostí také je, aby senioři neměli porušenou kůži na rukou a byli pro sebe navzájem zcela bezpeční. Výhodou je, když se klienti znají z jiných aktivit předem, neboť lze předpokládat, že se v této aktivitě snáz navazuje na již vybudované zdroje důvěry. Optimální velikost skupiny je v obou případech, ať již se jedná o nácik automasáže nebo masáže ve dvojicích 8–12 osob. Organizátorka může zvážit spojení obou typů masáže do jedné skupiny.

Je dobré zvolit jeden dominantní účel aromaterapie — např. zlepšení nálady, povzbuzení nebo naopak uklidnění. Podle toho, jaký je hlavní účel sezení, zvolí organizátor typ oleje, který se použije. Vždy musí garantovat zdravotní nezávadnost produktu a správné užití výrobku (smí použít pouze esenciální oleje s aplikací na kůži). Dále je nutné zjistit, zda mezi účastníky není někdo s alergií na daný typ oleje — lze ověřit testem na malém kousku kůže např. v loketní jamce. V případě, že je účelem relaxace, zvolí organizátorka některý olej z řady geranium, grep, levandule, ylang ylang. V případě snahy povzbudit např. trávení a zažívání vybere některý olej ze skupiny kmín, citron, estragon, máta peprná. Masáž postupuje podle zásad aromaterapeutické masáže ruky, jak je popsána v adekvátních příručkách. Je vhodné, aby

5 Campbellovým dotazníkem

organizátorka měla specializované znalosti oblasti aromaterapie, ale lze je získat i samostudiem (Davis, 2005; Grosjean, 2003; Mojay, 2000). Aromaterapie patří mezi laické postupy a s výjimkou toho, že je nutno ohlídat alergické reakce, nepředstavuje aromamasáž ruky žádné riziko pro seniory. Pomůcky jsou poměrně jednoduché a levné: esenciální olej, masážní olej, papírové ručníky, malé misky na mísení masážního a esenciálního oleje.

ZÁVĚR

Celostní přístupy ke zdraví jsou dostatečně zdůvodněny definicí zdraví Světové zdravotnické organizace, jež zdraví chápe jako stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody. V oblasti zdravotnictví apeluje tato definice na vnímání psychosociálních stránek nemoci a léčby v průběhu zdravotní péče a ospravedlňuje širokou nabídku sociálních služeb pro pacienty nemocnic, dalších ústavních zařízení, ale i domácí péče. Stejně tak se na prolínání sociální a zdravotní problematiky můžeme dívat z opačného pohledu, tedy směrem od sociální péče k zdravotním stránkám. Tento příspěvek upozorňuje na nezbytnost hledání neotřelých řešení a přístupů v podpoře zdraví a integraci zdravotně-sociální péče. Vychází z konstatování, že profesionální zdravotní péče neřeší zcela ani zdravotní, natož sociální situaci seniorů. Protiváhou silné medicinalizace stáří je znovu se objevující zájem o tradiční přístupy, představované komplementární a alternativní medicínou. Dalším inovativním prvkem je důraz na aktivizaci, a to jak ve zdravotních, tak sociálních službách. Zdravotní sebek péče, zde reprezentovaná aromamasáží, může být projevem aktivní sebek péče, ale jak jsme na tomto příkladu ukázali, může být i prostředkem sociální aktivizace.

Cílem tohoto příspěvku nebylo uvést do aromaterapie, ale naznačit její účelné využití v sociálních službách pro seniory v daleko širším kontextu diskutované integrace zdravotně sociální péče. Ta může probíhat různými způsoby a na různých úrovních. Jak bylo řečeno v úvodu, v zájmu humanizace a udržitelnosti kvality a dostupnosti zdravotní péče je třeba rozšiřovat naše představy o sebek péči a vzájemné péči ve zdraví. Koncept podpory zdraví s využitím tradiční komplementární a alternativní medicíny může dobře posloužit k aktivizaci seniorů v denním centru i ústavním zařízení. Masáž ruky, ať již prováděná jako automasáž nebo masáž ve dvojicích, stimuluje drobnou motoriku, dodává kůži cenné látky, je zdrojem smyslového požitku (vůně, hmat, uvolnění). Aktivita s využitím aromaterapeutické masáže ruky ve dvojicích navíc poskytuje skupinovou dynamiku, sociální interakce, obsahuje vzájemný lidský dotek v bezpečném prostředí, oboustranné dávání a pečování v příjemné atmosféře. Je zdrojem sdílení, pocitu užitečnosti, dávání a braní, obyčejné radosti, na kterou se lze těšit.

POUŽITÉ ZDROJE

ANTONOVSKY, A. 1987. *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bars.
CAMIC, P. M., TISCHLER, V., PEARMAN, C. H. 2014. Viewing and Making Art

Together: a Multi-Session Art-Gallery-Based Intervention for People with Dementia and their Carer. *Aging & Mental Health*, 18(2), 161-168.





- CONRAD, P. 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Reviews of Sociology*, 18, 209–32.
- DAVIS, P. 2005. *Aromaterapie od A do Z*. (překlad Emilie Harantová) Alternativa.
- EISENBERG, D. M., DAVIS, R. B., ETTNER, S. L., et al. 1998. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990–1997. *Journal of American Medical Association*, 280, 1569–1575.
- EISENBERG, D. M., KESSLER, R. C., FOSTER, C., et al. 1993. Unconventional Medicine in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 328, 246–252.
- ERIKSON, E. 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený. Devět věků života*. Portál: Praha.
- Ernst, E. 2000. The Role of Complementary and Alternative Medicine. *British Medical Journal*, 321, 1133–35.
- ESTES, C. L. 1989. The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. *The Gerontologist*, 29 (5), 587–596.
- FISHER, P., WARD, A. 1994. Complementary Medicine in Europe. *British Medical Journal*, 309, 107–110.
- FORNAZZARI, L., RINGER, T., RINGER, L., FISCHER, C. 2013. Preserved Drawing in a Sculptor with Dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 40, 736–737.
- FOUCAULT, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Dauphin.
- FRIES, C. J. 2014. Older Adults' Use of Complementary and Alternative Medical Therapies to Resist Biomedicalization of Aging. *Journal of Aging Studies*, 28, 1–10.
- GRAY, A. 2005. Population Ageing and Health Care Expenditure. *Ageing Horizons*, 2, 15–20.
- GROSJEAN, N. 2003. *Velká kniha aromaterapie*. (překlad Kraus Ivana), Fontána.
- ILLICH, I. 1975. *Medical Nemesis – The Expropriation of Health*. London: Calder and Boyars.
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. 2010. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál.
- JANEČKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H., DRAGOMIRECKÁ, E. 2007. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů — Využití kvantitativních a kvalitativních metod. *Česká geriatrická revue*, 5(3), 149–155.
- KALVACH, Z., et al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada.
- KAUFMAN, S. R. 2004. Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges. *The Gerontologist*, 44(6), 731–738.
- KOOK-HEE, R., SUN-HEE, H., KEUM-SON, K., MYEONG, S. L. 2006. Effects of Aromatherapy Massage on Anxiety and Self-Esteem in Korean Elderly Women: a Pilot Study. *International Journal of Neuroscience*, 116, 1447–1455.
- KŘÍŽOVÁ, E. (ed). 2004. *Alternativní medicína jako problém*. Praha: Karolinum.
- KŘÍŽOVÁ, E. 2001a. Jak užívají čeští pacienti alternativní léčebné postupy a jak hodnotí jejich léčebné efekty? *Praktický Lékař*, 81(1), 32–38.
- KŘÍŽOVÁ, E., KAHLE, M., PETRŮ, K., STAŇA, J. 2001b. Nekonenční medicína očima těch, kdo ji užívají. *Medicína v praxi*, 2, 9–10.
- KŘÍŽOVÁ, E. 1997. Jaké jsou zkušenosti s alternativní medicínou u naší populace. *Sociologický časopis*, 33 (4), 509–512.
- LYTLE, J. 2014. Effect of Lavender Aromatherapy on Vital Signs and Perceived Quality of Sleep in the Intermediate Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 23 (1), 24–29.
- MELZER, D. et al. 2015. Much More Medicine for the Oldest Old: Trends in UK Electronic Clinical Records. *Age & Ageing*, 44 (1), 46–53.
- MOJAY, G. 2000. *Aromaterapie pro léčení duše* (překlad Jana Novotná). Alternativa.
- RYLATT, P. 2012. The Benefits of Creative Therapy for People with Dementia. *Nursing Standard*, 26 (33), 42–47.
- ZWEIFEL, P., FELDER, S., MEIERS, M. 1999. Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics*, 8, 485–496.