

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**MICHAELA ČTVRTNÍČKOVÁ**

III. ročník – kombinované studium

**Obor : Speciálněpedagogická andragogika**

**MOŽNOSTI PŮSOBENÍ ANDRAGOGA V RÁMCI LDN**

**(zaměření na působení speciálněpedagogického andragoga)**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller Phd.

OLOMOUC 2012

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně, pod vedením pana Mgr. Oldřicha Müllera Phd. a uvedla v seznamu literatury a pramenů všechny použité literární a odborné zdroje.

V Letovicích 21.5.2012

.....

Michaela Čtvrtníčková

## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Oldřichu Müllerovi Phd. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícnost při zpracování mé bakalářské práce. Rovněž děkuji doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové Ph.D a paní Paedr. Karle Hrabčíkové za odborné konzultace a důležité rady z praxe speciálního pedagoga.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
------------	---

## TEORETICKÁ ČÁST

1 Speciálněpedagogicko andragogická péče o nemocného seniora	
1.1 Oblasti působení speciálněpedagogického andragoga.....	9
1.2 Specifika osob seniorského věku závislých na péči .....	11
1.3 Speciálněpedagogicko andragogická podpora seniorů závislých na péči.....	13
2 Péče o osoby seniorského věku v LDN	
2.1 Charakteristika LDN.....	16
2.2 Základní charakteristika pobytu v léčebnách .....	18
2.3 Nezdravotnická péče o seniory v LDN .....	20
3 Speciálněpedagogicko andragogické postupy v LDN	
3.1 Senioři v LDN a jejich potřeby .....	22
3.2 Postavení speciálněpedagogického andragoga v systému péče o seniory v LDN.....	24
3.3 Využití služeb speciálněpedagogického andragoga seniory v LDN .....	25

## PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodika výzkumného šetření	
4.1 Cíl .....	28
4.2 Výzkumné otázky.....	28
4.3 Kvalitativní výzkum .....	28

4.4 Polostrukturovaný rozhovor.....	29
4.5 Výzkumný vzorek.....	31
4.6 Analýza získaných dat.....	34
4.7 Interpretace výsledků výzkumného šetření.....	50
ZÁVĚR .....	53
LITERATURA.....	57
PŘÍLOHY .....	61
TABULKY.....	70
ANOTACE .....	74

## ÚVOD

*Mors misera non est, aditus ad mortem est miser.*

*Smrt není zlá, zlá je pouze cesta k ní.*

*Publilius Syrus*

Cílem mé bakalářské práce je zjistit možnosti působení speciálněpedagogického andragoga a jeho začlenění do komplexní péče o nemocné seniory v léčebně dlouhodobě nemocných. Ráda bych v rámci oboru, který studuji, pomáhala pacientům v LDN jejich hospitalizaci naplnit tím, co jim bude užitečné, ku prospěchu a ke zmírnění obtíží. Jsem sice na vozíku a jezdím na hemodialýzu, ale snad se mi to v rámci mých možností, schopností podaří.

\*

Úvod začnu asi poněkud sebestředně, tedy víceméně o sobě a tím, co mě přimělo k napsání této práce. Byla to především zvědavost a touha nějak přispět ke zlepšení života seniorů, respektive nemocných seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných.

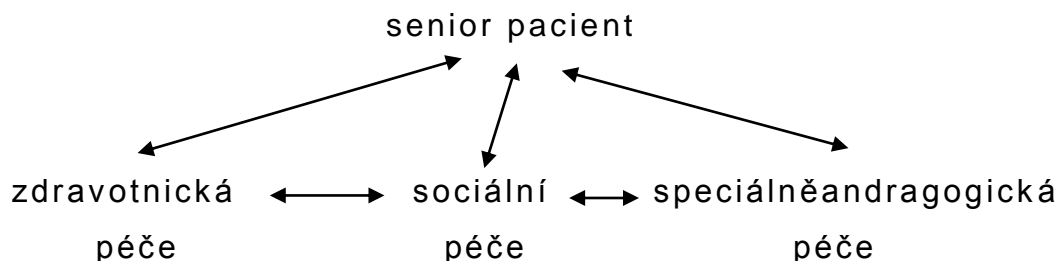
Když jsem dospěla a ve dvaceti letech jsem se dostala jako pacient na hemodialýzu, tak mne překvapilo, že zdravotníci, úředníci a vůbec mé okolí automaticky předpokládalo, že se budu chovat uvědoměle a vědět, co mám v té či oné situaci dělat a zcela samozřejmě přijmu fakt, že musím každý druhý den do nemocničního zařízení, kde trávím čas, s kým nechci, po dobu, která je někdy neúměrně dlouhá - až celý den.

Protože je můj život poněkud specifický, na vozíku a při hemodialýze, začala jsem si klást otázky: Co se mnou bude, až zestárnu, resp. budu ještě starší, když už teď mám pocit, že se mnou nikdo z odborníků nechce komunikovat a každý mne jen buď utěšuje, nebo mi říká, že mám být ráda, že to není ještě horší. Kde mám vzít všechny informace o tom, jak zlepšit svůj psychofyzický stav? Jako odpověď se mi vždy dostávalo: Musíte se snažit sama. Žádná další nezdravotnická péče, či terapie není. Chápu, že se

člověk musí začít snažit sám, ale ne vždy to jde, např. pacienti s psychiatrickou chorobou v nepříznivé situaci, jakmile se jejich stav stabilizuje, nemají se najednou kam obrátit, stejně tak senioři s tímtož problémem. Jakoby tady byla nouze o nezdravotnické služby klientovi šité na míru, neméně o člověka, který by tuto službu organizoval a poradil, na koho se obrátit a kde.

To by mohla být šance pro speciální pedagogiku, andragogiku. Do popředí se tedy dostává andragog a speciálněpedagogická péče o seniory.

Jedním z motivů proč zrovna senioři v LDN, je ten, že těmto lidem se nevěnuje dostatečná péče a pozornost, jako např. dětem. Speciálněpedagogická andragogika by měla být součástí komplexní péče o nemocné v LDN.



Pro doplnění komplexnosti péče by bylo žádoucí do ní zařadit psychologické, psychoterapeutické a pastorační služby.

V první kapitole mé bakalářské práce se chci zaměřit na speciálněpedagogickou péči nemocných seniorů, dále potom oblasti působení speciálněpedagogického andragoga, následně také speciálněandragogickou podporu seniorů závislých na péči.

Ve druhé kapitole se chci zabývat nezdravotnickou péčí o osoby seniorského věku v léčebně dlouhodobě nemocných. Předložit charakteristiku LDN a pobytu v ní.

Třetí kapitolu jsem nazvala Speciálněpedagogicko andragogické

postupy v LDN. Chci zjistit a poukázat na potřeby seniorů v LDN, využití služeb speciálněpedagogického andragoga seniory v LDN a jeho postavení v systému péče o nemocné seniory v LDN.

Nedílnou součástí mé práce je také praktická část, věnovaná kvalitativnímu výzkumu zaměřenému na zjištění reálné možnosti využití speciálněpedagogického andragoga v péči o pacienty seniory v LDN a dále jaké je povědomí u odborné i laické veřejnosti o jeho působení v LDN.



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **1 SPECIÁLNĚPEDAGOGICKO ANDRAGOGICKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO SENIORA**

#### **1.1 Oblasti působení speciálněpedagogického andragoga**

Než se dostanu ke konkrétním oblastem působení, je nutné se dotknout definování speciální pedagogiky, andragogiky a speciálněpedagogické andragogiky.

Jednu z definic speciální pedagogiky uvádí J. Slowík: „Speciální pedagogika je disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.“ (22, s. 15)

Speciální pedagogika se tedy zaměřuje na znevýhodněného člověka a jeho potřeby. „Předmětem speciální pedagogiky a objektem jejich cílů jsou jedinci, kteří mají vzhledem ke svému znevýhodnění specifické (speciální) potřeby v oblasti fyzické, psychické či sociální. Jedná se o potřeby edukační, potřebu společenské seberealizace a rozvoje. K uspokojování těchto specifických potřeb je třeba stanovovat a aplikovat speciální metody a postupy.“ (4, s. 14)

Andragogika je jedním z oborů pedagogiky. Je to „Věda o výchově dospělých a o péči o dospělé, respektující všestranné zvláštnosti dospělé populace a zabývající se její personalizací, socializací a enkulturací.“ (1, s. 10). Jinak řečeno znamená andragogika „doprovázení člověka při jeho cestě za vzděláváním, poznáváním a pochopením světa.“ (3, s. 11)

Součástí speciální pedagogiky je rovněž speciálněpedagogická andragogika, která se „Od klasické andragogiky intaktních (nepostižených) dospělých osob liší zejména v nutnosti přizpůsobit klasické andragogické i pedagogické metody a postupy potřebám lidí s postižením. V některých případech se tak může stávat, že dospělý člověk, jehož postižení zapříčinilo zpoždění nebo omezení ve vývoji osobnosti, bude vzděláván podle principů vzdělávání osob nižšího nebo dokonce dětského věku. I v těchto případech se ovšem konkrétní realizace speciálněpedagogické péče bude od vzdělávání dětí s postižením odlišovat.“ (13, s. 80)

Na speciálněpedagogickou andragogiku, která je určena dospělým handicapovaným, navazuje a vychází z ní edukace zdravotně postižených seniorů. J. Jesenský uvádí: „Edukace handicapovaných gerontů jako praktický jev kontinuálně navazuje na edukaci dospělých handicapovaných jedinců a má s ní mnoho společného.“ (10, s. 272)

Vymezení oblastí působení speciálněpedagogického andragoga vychází z cílů speciálněpedagogické andragogiky, respektive gerontagogiky, jak uvádí J. Langer: „Jedním z hlavních cílů speciálněpedagogické gerontagogiky je udržení odpovídající důstojné kvality života, přičemž mezi nejdůležitější patří tyto oblasti:

- prevence negativních jevů v životě seniora s postižením
- udržení a případné formování stávající hodnotové orientace
- edukace
- léčení a rehabilitace
- předcházení izolaci a osamocení
- vyrovnávání se se statusem důchodce, pacienta, klienta, umírajícího
- užívání pečovatelských služeb a osobní asistence
- psychologická intervence
- sociálně právní ochrana a důchodové zabezpečení

- pokračování pracovního uplatnění
- rekondiční cvičení a rekreace
- klubová činnost, zájmové kroužky aj.“ (14, s. 82-83)

## 1.2 Specifika osob seniorského věku závislých na péči

Období seniorského věku vymezuje P. Mühlpachr v knize Gerontopedagogika (16, s. 21)

- 65-74 let - mladí senioři
- 75-84 let - staří senioři
- 85 let a více - velmi staří senioři

Do obecných představ o stáří patří i nemoc a její delší léčení, zvýšené riziko úrazů atd. „Stárnutí přináší řadu involučních změn, které se promítají do zdravotního stavu starých lidí i do klinického obrazu a průběhu jejich chorob.“ (11, s. 39). „Stárnutí zkrátka zvyšuje riziko onemocnění, ale i zde platí, že tato záležitost je čistě individuální. Zůstává však faktem, že mnohá onemocnění se projeví teprve ve vysokém věku. Pro tyto nemoci tedy představuje přibývajícím stáří rizikový faktor, a protože populace neustále stárne, je stále více lidí ohroženo nástupem různých onemocnění.“ (7, s. 95)

Mezi specifika osob seniorského věku závislých na péči patří:

- polymorbidita
- snížená adaptabilita na nové prostředí
- zvýšená možnost úrazů
- zhoršená mobilita
- snížená sebeobslužnost
- vzhled

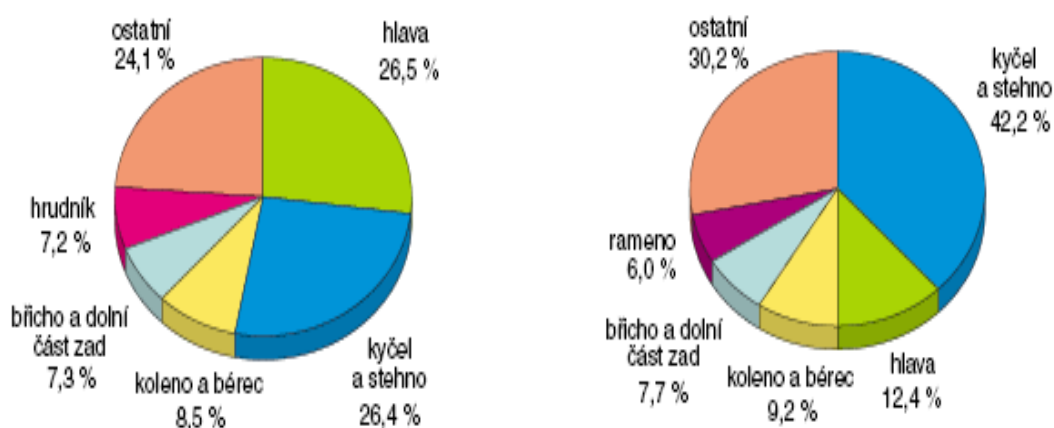
Polymorbidita - lidé v seniorském věku bývají více nemocní a

nemoci se kumulují, dochází k polymorbiditě. K tomu se vyjadřuje H. Haškovcová: „Pro nemocné staré lidi je charakteristická polymorbidita, tedy výskyt více nemocí současně. Nezřídka se uplatňuje tzv. sumační efekt, kdy jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob.“ (5, s. 29). Léčení bývá dlouhodobé, pobyty ve zdravotnických zařízeních mají časově náročnější charakter.

Snížená adaptabilita na nové prostředí - nemocní senioři se hůře adaptují na nová prostředí a také na změnu svého zdravotního stavu. Z toho vyplývají různé komplikace. H. Haškovcová v Manuálku sociální gerontologie píše, že může docházet ke zhoršení fyzického i psychického stavu, celkové dekompenzaci sociální situace apod. (5, s. 31)

Zvýšená možnost úrazů - ve stáří dochází ke snížení mobility a zvýšení možnosti úrazu.

Nejčastější následky úrazů u mužů seniorů a u žen seniorek



Zdroj: <http://www.zubrno.cz/studie/kap09.htm>

Snížená sebeobslužnost - nemoci i snížená mobilita vedou ke ztrátě sebeobslužnosti a odkázání na péči druhých osob. Významnou úlohu v tomto hraje sociální zázemí, tedy např. rodina, nebo pobyt ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Problém péče

nastává u osamocených seniorů. „U seniorů dlouhodobě upoutaných na lůžko nastávají velmi rychle změny v celém organismu...Úkolem zdravotníků a pečujících osob je vést nemocného seniora ke zvládnutí soběstačnosti s využitím jeho vlastních schopností i kompenzačních pomůcek.“ (12, s. 142)

Vzhled - se stářím dochází ke změně fyzického vzhledu. V mnohých případech také dochází k zanedbávání péče o svůj zevnějšek.

Nemocní senioři mívají specifické zdravotní i sociální potřeby. Nutné jsou např. zdravotnické pomůcky, dietní potraviny apod. Nemocní senioři si nemohou přivydělat a jsou odkázáni na výši svého důchodu a sociální dávky.

Přes všechna negativa však senioři velmi často neztrácejí schopnost seberozhodování a je nutné brát respekt k jejich potřebám a rozhodnutím. „Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se tak velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích. 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 nejzažšího věku především sami sebou, a pak teprve starými lidmi.“ (16, s. 37)

### **1.3 Speciálněpedagogicko andragogická podpora seniorů závislých na péči**

Speciálněpedagogická podpora se neobejde bez poznání osoby, kterou má speciální andragog před sebou, tedy jaké je její postižení a potřeby. Proto je důležitá diagnostika a speciální diagnostika, nejen pro speciálněandragogickou podporu, ale i v širším kontextu. Teprve na základě správně poznání postižení a potřeb daného jedince může docházet k individuální podpoře.

Diagnostika je nedílnou součástí speciální pedagogiky a je nutná ke stanovení diagnózy, na jejímž základě dochází k určení konkrétní podpory, jak uvádí E. Rádlová: „Proto je nedílnou součástí speciální pedagogiky také činnost, jejímž cílem je co nejdokonalejší poznávání jedince se zdravotním postižením v uvedených oblastech, diagnostika.“ (20, s. 4). Podle J. Slowíka: „Diagnostika handicapovaných (jejich schopností, vědomostí, dovedností, možností komunikace, sociability, přizpůsobivosti atd.) by měla být vždy orientována pozitivně, měla by tedy vyhledávat schopnosti, dovednosti a kompetence, tj. všechny využitelné možnosti dalšího rozvoje, ze kterých lze vycházet při vytváření individuálních vzdělávacích plánů apod. To je jedním z nejdůležitějších principů moderní speciálněpedagogické diagnostiky.“ (22, s. 51)

Speciálněpedagogická podpora seniora závislého na péči by měla vést ke zlepšení kvality jeho života, k jeho osobnostnímu rozvoji, jeho sociální integraci a reintegraci.

O. Müller „Speciálně pedagogická péče o handicapované osoby dospělého a seniorského věku se děje napříč výchovně-vzdělávací, pracovní a sociální oblastí tzv. komplexní rehabilitační péčí (čili v rámci jakéhosi souhrnu aktivit multidisciplinárního charakteru, zaměřených na předcházení, zmírnění či odstranění nepříznivých společenských důsledků postižení, potíží atp.). Má především podobu podpory realizace dalšího rozvoje jejich lidského potenciálu (čili souboru dispozic a předpokladů k výkonu různých činností) – přičemž v úvahu zde obecně připadají tyto možnosti rozvoje:

- ve výchovně-vzdělávací oblasti – např. vzdělávací kurzy, individuální doučování, zájmové činnosti
- v pracovní oblasti – např. běžná zaměstnání, podporovaná zaměstnání, přechodné pracovní programy, chráněná zaměstnání

- v sociální oblasti – např. chráněná bydlení, podporovaná bydlení, osobní asistence, komunitní služby, denní centra atp.“ (17, s. 54)

V citaci nejsou zmíněni pacienti senioři v LDN, ale podstata podpory platná i pro ně je nastíněna. Jedná se o podporu výchovně vzdělávací, v pracovní a sociální oblasti s cílem dosáhnout rozvoje jejich lidského potenciálu s přihlédnutím na jejich postižení.

Speciálněpedagogický andragog poskytující podporu využívá svých profesních znalostí ze speciálněpedagogické andragogiky a zaměření vyplývajícího z oborů speciální pedagogiky.

Velmi důležitá je speciálněpedagogická podpora v závažných případech nemocí (např. cévní mozkové příhody), nebo úrazů, kdy senior začíná tak říkajíc od nuly. Učí se znovu mluvit, komunikovat, pohybovat se, zvládat jemnou motoriku atd.

## **2 PÉČE O PACIENTY SENIORSKÉHO VĚKU V LDN**

### **2.1 Charakteristika LDN**

Ve vyhlášce č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi v § 15 v odst. 1 je napsáno: „Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déle trvajících nemocemi.“

Charakteristika vybraných LDN viz Příloha č. 1.

Poskytovaná péče a služby v LDN :

- doléčování a rehabilitace pacientů s chronickými chorobami, dále polymorbidních pacientů po stabilizaci akutních onemocnění
- léčení dlouhodobě nemocných pacientů a to bez omezení věku
- léčba těžko hojitelných ran, např. dekubitů (proleženin)
- odborné geriatrické ošetrovatelství a péče zahrnující všechny činnosti k udržení a ke zlepšení kvality života
- paliativní péče
- lůžka sociální péče, pro pacienty, kteří se nemohou léčit v domácím prostředí
- sociální a pastorační služba

Přijímání pacientů je plánované, děje se na základě doporučení obvodním, ošetrojícím nebo geriatrickým lékařem, nebo přeložením z nemocničních oddělení po stabilizaci akutního zdravotního stavu.

O. Motejl píše ve Zprávě z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných: „LDN jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajících nemocemi. Vedle



léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče se jako nezbytná v těchto zařízeních jeví i resocializace a péče psychosociální. Vzhledem ke komplexní nedořešenosti systému následné péče jsou zařízení typu LDN rovněž vystavena celé řadě případů nutné paliativní a gerontopsychiatrické péče. Jedná se o zařízení, kde dochází nejen k léčení a vyléčení, ale i k umírání a úmrtí pacientů. Na poskytování náležité péče v tomto ohledu nejsou LDN dostatečně vybaveny; nejen personálně, ale ani organizačně.“ (28)

Nejen z této citované části je zřejmé, že LDN mají velice široký rádius činností, který s sebou přináší spoustu problémů. Přispívá k tomu nedořešení systému následné péče, což má zásadní dopady na fungování LDN. Není ujasněná komplexní péče o pacienty v LDN, schází speciálně vyškolený zdravotnický personál, nejsou vytvořeny pracovní posty pro speciální andragogy, psychoterapeuty a další.

Tak jako v celém zdravotnictví i v LDN schází finance na zlepšení provozních podmínek, obnovu a lepší vybavení a v neposlední řadě na adekvátní zaplacení všeho personálu, který v LDN vykonává namáhavou činnost.

LDN se nachází na hranici, kde se prolínají obory zdravotnické, sociální, speciálně pedagogické a duchovní. LDN nemají jednoduchou úlohu – na jedné straně se musí postarat o zdravotní péči dlouhodobě nemocného pacienta a na straně druhé mu pomoci s přechodem a návratem do jeho domácího prostředí. Z. Kalvach: „Involuční deteriorace, zdravotní labilita a vulnerabilita starého člověka a výsledná porucha jeho soběstačnosti, mnohdy i sebeobsluhy představují závažné problémy a organizačně i ekonomicky náročné výzvy pro odbornou i obecnou intervenci a podporu.“ (11, s. 111)

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení následné péče hlavně geriatrického typu poskytující lůžkovou

léčebnu, rehabilitační a ošetrovatelskou péči chronicky a dlouhodobě nemocným v rozsahu, který nelze zabezpečit ambulantně. Součástí je i sociální poradenství, pastorační péče.

## **2.2 Základní charakteristika pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných**

Společnost z dřívějších zkušeností chápe LDN jako „odkladiště“ starých lidí, čekajících na konec života. Avšak důležitost následné péče v LDN roste s tím, jak se zvyšuje počet lidí dožívajících se vyššího věku a potřeba péče o ně.

K tomu H. Haškovcová uvádí: „V druhé polovině 20. století byly vybudovány jednak zdravotnické, jednak sociální systémy. Péče o staré nemocné lidi byla základně rozdělena na péči zdravotní a sociální. Ve zdravotnictví našli pomoc staří nemocní lidé, do domovů důchodců odcházeli staří a prakticky zdraví lidé. Ukázalo se, že je třeba budovat také ošetrovatelská lůžka, která by sloužila nesoběstačným nemocným lidem. I u nás postupně vznikala zdravotnická oddělení uvedeného typu, zpravidla však s neblahou pověstí: „odkladové interny“, „ležárny“, „umírárny“, „poslední stanice“ apod. Teprve pozdější vznik léčeben pro dlouhodobě nemocné, specializovaných doléčovacích a rehabilitačních oddělení situaci kvalitativně zlepšil.“ (5, s. 33-34)

Charakteristika pobytu v LDN se dá rozdělit na dvě části podle toho, co tento pobyt pacientům přináší a jak na ně působí - na kladný přínos a záporný vliv hospitalizace v LDN.

Pozitivní přínos:

- lékařská péče (zahrnující geriatrickou péči)
- dlouhodobá odborná ošetrovatelská péče
- doléčování a rehabilitace,

## ● paliativní péče

Kladný přínos je ve specializaci na geriatrické a chronické pacienty. Se stoupajícím počtem seniorů ve společnosti se zvyšují požadavky na geriatrickou péči. V LDN by tato péče měla být samozřejmostí. H. Haškovcová uvádí: „Lékaři i zdravotníci musejí být vzděláni v geriatrii. To proto, že dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. Podstatou tohoto jevu je, že se pacienti senioři majoritně „objevují“ v každém lékařském oboru.“ (5, s. 9)

Nejenom lékaři, ale i zdravotní personál musí mít dostatečné odborné znalosti v péči o nemocného seniora. D. Jarošová: „Odborná ošetrovatelská péče zahrnuje všechny odborné aktivity sester ošetřujících starého a nemocného člověka...Jejím cílem je uspokojit potřeby a vyřešit problémy seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění.“ (9, s. 76)

Negativní vlivy:

- hospitalizmus
- stereotyp
- ztráta soukromí a osobnosti
- omezení podnětů a s tím spojené psychické i sociální potíže např. ztráta zájmu o návrat do společnosti

K problematice těchto negativních vlivů se vyjadřuje P. Mühlpachr v knize Gerontopedagogika v kapitole Rizika ústavní péče. „Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalizmus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život. V ústavu má klient úplné zaopatření, o to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobytel a nepočteným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukováném světě, než v komplexním,

nepřehledném vnějším světě.“ (16, s. 103)

Dlouhodobá hospitalizace přivádí pacienty do velkého psychického a sociálního tlaku. Z výše popsaného vyplývají následky, jako je ztráta zájmu o lidi, společnost, o svět jako takový, zhoršená komunikace, otupělost, hledání nějakého uspokojení např. v kouření, jídle, atd. Lidé se uzavírají do sebe, mění se jejich chování. Přispívá k tomu i každodenní monotónnost, ztráta soukromí, často i pocit, že pobyt v LDN je „konečná“ v jejich životě.

Všechny tyto negativní vlivy jsou potlačitelné působením psychologů, psychoterapeutů, pastoračních pracovníků a speciálních pedagogů. Často však pro ně nejsou vůbec vytvořena pracovní místa a to z finančních i organizačních důvodů, nebo zkrátka z nechuti ke změnám a nepochopením geriatrické péče.

### **2.3 Nezdravotnická péče o seniory v LDN**

Mezi nezdravotnickou péčí poskytovanou seniorům v LDN patří:

- sociální služby
- psychologická a psychoterapeutická péče
- pastorační péče
- speciálně pedagogická činnost

Všechny tyto služby však rozhodně nejsou souběžně poskytovány ve všech LDN.

Sociální služby poskytují všechny LDN. „Služby sociální pracovnice nelze ničím nahradit a vždy jich bude v LDN zapotřebí.“(28)

Sociální služby v LDN je možno rozdělit na Služby sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče – to jsou tzv. sociální lůžka pro pacienty, kteří již léčbu ukončili, ale nemají kam odejít, nemají

sociální zázemí. Dále jsou to služby sociálních pracovníků, kteří se věnují posuzování životní a sociální situaci a vyhodnocování potřeb hospitalizovaných pacientů

Psychologická, psychoterapeutická a pastorační péče je nezbytným předpokladem pro zvládnání nepříznivých vlivů dlouhodobého pobytu v LDN a nemocí jako takových. „V léčebnách citelně chybí služby psychologa, psychoterapeuta či pastoračního pracovníka. V zařízeních, kde tyto služby chybí, není prostor na hlubší sociální, spirituální a také psychologicko-resocializační práci.“ (28)

Tato péče je nezbytná také pro zvládnání pacientova návratu zpět do jeho přirozeného sociálního prostředí.

Jedním z úkolů andragoga v rámci speciálněpedagogické činnosti v LDN, je příprava a organizování dobrovolnických programů, vyhledávání schopných lidí pro dobrovolnickou činnost. O. Motejl: „Z celkového přínosu práce dobrovolníků v léčebnách lze jmenovat například ulehčení práce ošetrovatelského personálu, větší civilnost prostředí léčebny, možnost získávání nových informací o potřebách pacientů apod.“ (28)

### 3 SPECIÁLNĚPEDAGOGICKO ANDRAGOGICKÉ POSTUPY V LDN

#### 3.1 Senioři v LDN a jejich potřeby

„Problematika potřeb ve vyšším věku je motivována dvěma otázkami: zaprvé, jaké potřeby má starší člověk a zdali se tyto liší od jeho potřeb v předchozích životních fázích, a zadruhé, jak, kdo a kdy dané potřeby ve vyšším věku uspokojuje.“ (19, s. 26)

Z. Kalvach ve své Geriatrické mozaice uvádí: „Co pacient (v LDN) nejčastěji potřebuje a dnes často nemá?

- geriatrické pochopení situace (i deliria)
- nemocniční lůžko kam patří, kde ho chtějí
- antibiotikum, možná krátce heparin
- vodu
- výživu – udržení příjmu potravy (bílkoviny)
- pohyb – zabránění imobilizaci, křeslo
- netraumatizaci – moč. cévky, kurty, sedacee
- rychle zpět domů (časný propouštěcí proces)“ (25)

V LDN je na prvním místě naplňování zdravotních potřeb. LDN je zdravotnickým zařízením. Naprosto primárním je zajištění základních lidských potřeb (viz Tabulka č. 1). Tzn. hygieny, výživy, pohybu, duševních a duchovních záležitostí. Bez zajištění těchto základních biologických potřeb není možné přejít k saturování dalších potřeb. Naplňování potřeb seniorů v LDN by mělo být komplexní záležitostí.

V publikaci Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru uvádějí autorky O. Nešporová, K. Svobodová, L. Vidovičová: „O potřebách seniorů jsme uvedli, že představa o tom, že staří lidé mají odlišnou strukturu potřeb od ostatních, je mylným a stereotypním vzorcem, který je v české společnosti značně rozšířen [Kubalčíková 2007b]...Dalším důvodem je fakt, že i

když potřeby seniorů nejsou specifické samy o sobě, jsou potřebami obecně lidskými, dochází v této skupině obyvatel ke změně významu a důležitosti jednotlivých potřeb. V důsledku fyzických, sociálních, psychických i ekonomických změn, které stárnutí doprovázejí, se totiž naplňování některých běžných potřeb může stát obtížnějším.“ (19, s. 58)

Dále ve stejné publikaci: „Při práci v oblasti služeb pro seniory se dále jako klíčové ukázaly být další potřeby, a to především pocit bezpečí, důstojnosti a respektu. To jsou potřeby, které samozřejmě provází život člověka obecně, ovšem právě ve stáří a při určité ztrátě soběstačnosti mohou být z vnějšku narušovány.“, a také „Vedoucí osoby zkoumaných organizací reflektovaly rozličné potřeby starých lidí. Nejčastěji zmiňovaly potřeby sociální, potřeby komunikace a vztahů s dalšími lidmi, potřeby bezpečí, důstojnosti, vážnosti, respektu, ale i základní potřeby biologické, jako je zajištění jídla a hygieny.“ (19, s. 59)

Ze své odbornosti se speciálněpedagogický andragog zaobírá nezdravotními potřebami pacientů seniorů v LDN, jako jsou mimo jiné:

- potřeba pochopení, porozumění, úcty, důstojnosti
- potřeba soukromí
- potřeba nebýt sám
- potřeba být užitečný
- potřeba samostatnosti
- potřeba kontaktu s okolním světem
- potřeba osobnostního růstu
- potřeba smysluplného vyplnění volného času
- potřeba zlepšení, nebo alespoň zachování psychického stavu

Velmi častou tíživou potřebou pacientů v LDN je smysluplné vyplnění volného času. Po zdravotních procedurách, ošetřeních a vyšetřeních, které zabírají průměrně menší část dne, se otevírá

velké časové pásmo plné prázdnoty. Bývá malá možnost jeho smysluplného využití. Právě sem (nejen) by měla být směřována činnost speciálního andragoga. Nabízí se pro něj široké pole působnosti.

### **3.2 Postavení speciálněpedagogického andragoga v systému péče o seniory v LDN**

Postavení andragoga je v nezdravotnické sféře péče o pacienta seniora v LDN. Toto postavení má blízko k psychologovi, nebo sociálnímu pracovníkovi. Tvoří s nimi celek pečujících, kteří doplňují zdravotnickou a ošetrovatelskou činnost, tzn. multidisciplinární tým.

J. Jansová píše ve svém článku o doléčování pacientů v LDN po mozkové příhodě: „Na uzdravení pacienta se podílí mnoho zdravotníků různých oborů. V první řadě lékaři, sestry, fyzioterapeuti, logopedi, psychologové, sociální pracovníci, ošetrovatelky, zřízenci. Všichni dohromady tvoří tým a každý v něm má svou nezastupitelnou úlohu. Pro nás všechny je zadostiučiněním, pokud se podaří nemocného vyléčit nebo je alespoň v rámci možností soběstačný a vrací se mezi své nejbližší.“ (24)

E. Weinfurterová ve svém článku o práci sociálního pracovníka ve zdravotnictví potvrzuje týmovou péči o pacienta seniora: „Při péči o „rizikového“ seniora hraje významnou roli týmová práce. Je nezbytné, aby odborníci z řad nelékařských zdravotnických pracovníků usilovali o emancipované postavení v těchto týmech. V týmu má každý své kompetence, které by měly být ostatními členy respektovány.“ (30)

Postavení andragoga při péči o pacienta seniora v LDN je v jedné linii společně s ostatními nezdravotnickými pracovníky a doplňuje



spektrum činností vedoucích ke zlepšení mimo zdravotních specifík ošetřovaného.

### **3.3 Využití služeb speciálněpedagogického andragoga seniory v LDN**

Při dlouhodobém pobytu v LDN vzniká mnoho volného, hluchého času. Právě v něm se nabízí možnost využívání služeb andragoga. Spektrum nabízených služeb může být široké a vyplývá i z toho co uvádí L. Palán v Základech andragogiky (29) : „Podle výkladového slovníku *Výchova a vzdelavanie dospelých* plní vzdělávání seniorů následující funkce:

- všeobecně vzdělávací (získávání poznatků, informací, dovedností)
- kulturně – umělecké (kultivace osobnosti prostřednictvím umění a kultury)
- poradenské (sociálně psychologické – zaměřené na uchování přiměřené kvality života v oblasti sociálních vztahů a psychického rozvoje)
- zdravotní (zaměřené na aktivity, směřující k udržení relativního zdraví a předcházení a oddalování omezení, která vyplývají ze stárnutí)
- právní a jiné poradenství

Jedná se tedy o funkce preventivní, rehabilitační, anticipační, adaptační, relaxační, mezigeneračního působení a kultivační.“

Služby poskytované speciálněpedagogickým andragogem vychází z nabídky speciální pedagogiky. „Speciálněpedagogických prostředků směřujících ke specifické aktivizaci osob ve stáří je celá řada. Může se jednat o:

- trénink paměti, orientace, vnímání
- nácvik základních a instrumentálních dovedností

- reedukaci a kompenzaci poruch kognitivních funkcí
- speciálněpedagogické terapie (například arteterapii, psychomotorickou terapii, zooterapii atp.)
- preventivně zaměřené zájmové činnosti
- reminiscenční terapii
- validaci atd.“ (18, s. 67)

Jednou z využívaných terapií speciálněpedagogického andragoga může být canisterapie. „Pes napomáhá v navozování vzájemného kontaktu mezi klientem a terapeutem, k celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci klienta ... Pozitivní účinky canisterapie tedy můžeme pozorovat jak u kontaktu psa s klienty zdravotně postiženými nebo jinak znevýhodněnými, tak i u klientů intaktních.“ (23, s. 288). Není vhodná pro všechny, musí se citlivě posoudit, zda pacient má či nemá vztah k psům.

Speciálně pedagogický andragog může nabízet pomoc při výběru kompenzačních pomůcek (viz Tabulka č. 2), které slouží ke zlepšení praktických činností důležitých pro sebeobslužnost a samostatnost a nabízet pomoc při nácviku jejich používání. „Speciální rehabilitační, resp. kompenzační pomůcky umožní nebo usnadní provádění základních všedních činností v domácnosti seniora po propuštění z nemocnice. Jejich preskripce vychází z typu postižení, individuálních schopností klienta i znalosti uspořádání jeho domácnosti.“ (30)

Dalšími pomůckami jsou rehabilitační prostředky pomáhající zvládat různá postižení, např. zhoršenou mobilitu, sluchové, zrakové postižení. Vše pro zvýšení komfortu sebeobslužnosti. „Rehabilitační prostředky mají v intervenci osob s poruchou hybnosti své nezastupitelné místo. Nejen, že mají tyto prostředky sloužit k výše zmíněné podpoře prevence vzniku komplikací a sekundárních změn zapříčiněných imobilitou, ale mají také podporovat maximálně možnou míru soběstačnosti a samostatnosti osob s poruchou hybnosti v běžném denním životě. Mají také zvyšovat předpoklad

optimálního průběhu socializačního a edukačního procesu, jakož i jejich úspěšnou společenskou integraci a inkluzi.“ (1, s. 17)

Důležitý je nácvik alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Např. u pacientů po cévně mozkových příhodách dochází k narušení komunikačních schopností. „Cílem AAK je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání, to je zprostředkování, usnadnění a rozšíření komunikace těm osobám, jejichž řeč je jen málo srozumitelná nebo je jim znemožněna.“ (18, s. 16)

Speciálněpedagogický andragog může také organizovat dobrovolnické hnutí.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

#### **4.1 CÍL**

Cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí kvalitativního výzkumu zjistit reálné možnosti využití speciálněpedagogického andragoga v péči o pacienty seniory v LDN a dále jaké je povědomí u odborné i laické veřejnosti o jeho působení v LDN.

Za stanovením tohoto cíle stojí myšlenka, že pacientům a zvláště seniorům v LDN není věnována dostatečná pedagogická péče. Že vůbec tato podpora není začleňována do komplexního léčebného procesu. Hlavně o ty, kteří vyžadují zvýšenou péči ne ani tak po stránce zdravotnické, jako spíše speciálněpedagogické. Např. pacienti po cévní mozkové příhodě, kteří se potřebují znovu naučit sebeobslužnosti, nebo zlepšit dovednost psaní, čtení, mluvení a komunikaci s okolím. Dále samostatnost i soběstačnost o vlastní osobu v celém spektru potřeb.

#### **4.2 Výzkumné otázky**

- Jaký vliv má přítomnost andragoga v ošetřujícím týmu na kvalitu péče o pacienty v LDN ?
- Jaký je pohled odborné i laické veřejnosti na přítomnost andragoga v ošetřujícím týmu v péči o pacienty LDN ?

#### **4.3 Kvalitativní výzkum**

Metodou výzkumného šetření v praktické části byl zvolen kvalitativní výzkum, který podle J. Reichela „nelze chápat jako jednoduší, homogenní celek, nýbrž se jedná o paletu rozdílných postupů, které

však vycházejí z jednoho základního principu – zkoumat určitý prvek, proces, fenomén atd. v přirozených podmínkách, snažit se mu porozumět a vytvořit pokud možno jeho komplexní obraz.“(21, s. 62)

O výhodách kvalitativního výzkumu píše J. Hendl na s. 53. „Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy.“ (6, s. 53)

K osobě výzkumníka J. Hendl uvádí: „V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky“ (6, s. 50). A dále „Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, kde se něco děje.“ (6, s. 50)

#### **4.4 Polostrukturovaný rozhovor**

Základní metody sběru dat v kvalitativním výzkumu uvádí J. Hendl (6, s. 162):

- pozorování
- interview
- dokumenty

Data do kvalitativního výzkumu v bakalářské práci byla získávána pomocí polostrukturovaného interview s otevřenými otázkami, aby byl dán respondentům větší prostor k vyjádření na dané téma. „Základním účelem tohoto typu interview je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru.“ (6, s. 173)

L. Kozlová uvádí: „Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání

mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě.“ (26)

Polostrukturovaný rozhovor se podle J. Reichela „ vyznačuje tím, že má připraven soubor témat/otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí.“ (21 s. 111)

Soubor otázek polostrukturovaného rozhovoru v kvalitativním výzkumu pro bakalářskou práci, byl připraven dopředu. „Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměňovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview.“ (15, s. 159). Takto připravené otázky doplňovaly dotazy vycházející z konkrétně vedeného rozhovoru s daným respondentem.

Při rozhovorech bylo důležité, jestli je dobře rozumět respondentově odpovědi, aby nedocházelo ke zkreslení informací. „Při polostrukturovaném interview je vhodné následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka. Znamená to, že si necháváme například vysvětlit, jak danou věc myslí“ (15, s. 160). Důležité bylo také získat důvěru respondentů a vzbudit u nich zájem na spolupráci, pro relevantnější odpovědi.

Jádro polostrukturovaného rozhovoru tvořily následující otázky, pokládané všem respondentům:

- 1) Proč by měl být andragog součástí ošetřujícího personálu ?
- 2) Jaký přínos by mohl mít andragog, tedy pedagogický pracovník, pro pacienty LDN ?
- 3) V jakých terapeutických činnostech by mohl být andragog užitečný pro pacienty LDN ?
- 4) V čem dalším by měl být andragog prospěšný pro pacienty LDN?

5) Odkud máte povědomí o práci andragoga nebo speciálního pedagoga?

6) Jaké by měl/mohl mít kompetence andragog ?

Podmínky rozhovoru:

- kontaktování vytypovaných respondentů a dohodnutí termínu a místa setkání
- místo konání rozhovoru bylo vybíráno po vzájemné dohodě, s přihlédnutím k požadavkům respondentů. jednalo se např. o kavárnu, přímo pracoviště daného respondenta, společenskou místnost v ldn apod.
- začátek rozhovoru – představení se a objasnění důvodu oslovení, co se od respondenta očekává, k čemu rozhovor bude sloužit, ujištění o anonymitě
- prosba o svolení rozhovor zaznamenávat na diktafon
- na začátku rozhovoru pokládání obecnějších dotazů, snaha o získání důvěry respondentů
- snaha nevytvářet časový přes, ale rozhovor zbytečně neprotahovat
- předem zvolené otázky flexibilně prokládat doplňujícími dotazy, podle toho s kým je interview vedeno a jak se vyvíjelo
- na konci rozhovoru poděkování respondentovi a předání vlastního kontaktu, aby měl možnost eventuálně rozhovor doplnit

Rozhovory probíhaly od dubna 2011 do února 2012. S ošetřujícím personálem a pacienty byly rozhovory vedeny v prostorách LDN. S ostatními dle domluvy. Všechny rozhovory byly zaznamenávány na diktafon pro pozdější využití a ke snížení zkreslení.

#### 4.5 Výzkumný vzorek

Respondenty výzkumného vzorku tvořilo 20 zvolených respondentů,

rozdělených do čtyř skupin po pěti členech.

Skupiny a označení respondentů do nich zařazených:

● Andragogové

**A1** - žena, 35 let, vystudovala prezenčně andragogiku, pracuje v charitním zařízení převážně s tělesně postiženými klienty

**A2** – žena, 30 let, vystudovala dálkově speciálněpedagogickou andragogiku, pracuje v Diakonii

**A3** – žena, 28 let, vystudovala dálkově andragogiku, působí jako osobní asistent u handicapovaného dítěte

**A4** – žena, 35 let, vystudovala dálkově andragogiku, pracovala v domově pro osoby se zdravotním postižením, v současné době na mateřské dovolené

**A5** – žena, 30 let, vystudovala dálkově andragogiku, pracuje v zařízení pro uprchlíky

● Speciální pedagogové

**SP1** – žena, 43 let, vystudovala speciální pedagogiku, pracuje jako vedoucí Denního centra služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením

**SP2** – žena, 49 let, vystudovala speciální pedagogiku, vyučuje v základní praktické škole

**SP3** – žena, 52 let, původním povoláním zdravotní sestra, vystudovala dálkově nadstavbový obor na střední pedagogické škole, v současné době působí jako asistent dospělého muže po DMO

**SP4** – žena, 24 let, vystudovala dálkově speciální pedagogiku, pracovala v Denním centru služeb pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením, v současné době na mateřské dovolené

**SP5** – žena, 25 let, vystudovala dálkově speciální pedagogiku, byla zaměstnána v sociální rehabilitaci v rámci Denního stacionáře

● Ošetřující personál (lékaři a zdravotní sestry)

**OP1** – žena, 50 let, lékařka, praxe v hemodialyzačním centru



**OP2** – muž, 40 let, lékař internista v LDN

**OP3** – muž, 55 let, lékař neurolog v LDN

**OP4** – žena, 45 let, zdravotní sestra s dlouholetou praxí v LDN

**OP5** – žena, 42 let, zdravotní sestra v LDN

● **Pacienti senioři LDN**

**P1** – muž, 70 let, pracoval v zemědělství

**P2** – žena, 72 let, bývalá zdravotní sestra

**P3** – žena, 60 let, pracovala jako úřednice

**P4** – žena, 75 let, bývalá zdravotní sestra

**P5** – žena, 65 let, pracovala jako prodavačka

Andragogové byli zvoleni pro zjištění, jak oni sami vnímají zmíněnou problematiku. Co považují za důležité, jaké mají zkušenosti s prací v LDN. Kontaktováni byli respondenti, kteří andragogiku studovali, i když v současné době v tomto oboru nepracují.

Speciální pedagogové byli voleni takoví, kteří pracují s dospělými klienty např. v denním i pobytovém stacionáři pro postižené děti a dospělé. Nebo mají speciálně pedagogické znalosti a starají se jako osobní asistenti o mentálně i somaticky postižené. Někteří z nich měli osobní nebo zprostředkovanou zkušenost s pacienty z LDN.

Všichni dotazovaní ze skupiny ošetřujícího personálu, tedy lékaři a zdravotní sestry pracovali v LDN. Jednalo se o dvě léčebny - LDN Milosrdných bratří v Letovicích a LDN, která je součástí nemocnice Milosrdných bratří v Brně.

Poslední skupinou respondentů byli pacienti senioři v obou léčebnách. Byli to pacienti s rozdílnými nemocemi i postižením. S různým vzděláním a samozřejmě různými potřebami. Z různého sociálního prostředí.

#### 4.6 Analýza získaných dat

Pokud se jedná o metody vyhodnocování, uvádí J.Hendl: „Kvalitativní data nemají strukturovanou podobu dat v kvantitativním výzkumu, což komplikuje jejich vyhodnocování...Kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou otázku.“ (6, s. 223)

Analýza kvalitativního výzkumu v praktické části je provedena tak, že jednotlivé odpovědi byly analyzovány postupně a to u každé skupiny respondentů.

Před vlastní analýzou byla nutná příprava a zpracování získaných informací. Polostrukturované rozhovory byly nahrávány na diktafon. K této technice fixování dat, tedy o zvukovém záznamu uvádí M. Miovský, že „zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlk, různé doprovodné zvuky či řečové vady atd. ... Záznam je zcela nestranný a je na něm vše tak, jak se odehrálo.“ (15, s. 197)

Pro analýzu byla provedena doslovná transkripce. Transkripci definuje J. Hendl jako „proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby“. (s. 208). Důležité části rozhovorů, tedy především odpovědi na předem připravené otázky, byly podtrženy barevně a mezi sebou porovnávány. Důležité informace byly pro přehlednost zaznamenány do tabulek. J. Hendl: „Zobrazení dat slouží k názorné organizaci a kompresi informací.“ (6, s. 207)

**Analýza odpovědí na otázku č. 1** - Proč by měl být andragog součástí ošetřujícího personálu?

skupina	odpovědi respondentů				
	1	2	3	4	5
<b>A</b> andragogové	Získání důvěry pacientů v andragoga	Koordinace péče	Zdravotní sestry by se nemusely věnovat speciálním rehabilitacím	Podpora v nelehké životní situaci	Snad pro doplnění ošetřovatelského týmu
<b>SP</b> speciální pedagogové	Péče o pacientovu duševní stránku pro zvládnutí pobytu v LDN	Komplexní péče o pacienta	Doplnění ošetřovatelského týmu o pedagogické zkušenosti	Zvýšení účinnosti léčebných prostředků	Zvýšení úrovně péče o pacienty
<b>OP</b> ošetřující personál	Zlepšení psychické kondice	Rozšíření speciální péče	Neměl	Přinášet pohled zvenčí	Zlepšení kvality života
<b>P</b> pacienti	Zlepšení celkové péče, konzultace nezdravotnických problémů	Zpříjemnění volného času	Smysluplné naplnění volného času	Mohl by to být někdo, kdo by měl čas pro pacienty	Nevím přesně

Z odpovědí andragogických respondentů bylo patrné, že nemají jasnou představu o tom, jakou roli by měl andragog v péči o pacienta seniora v LDN zastávat. Této skutečnosti nasvědčuje např. formulace odpovědi respondenta andragoga A1 : „*Andragog by neměl vykonávat fyzickou péči o pacienty, a tím bude vnímán "jinak" než ostatní ošetřující personál. To mu umožní větší získání důvěry pacientů, kteří si mu poté budou na zbytek ošetřujícího personálu stěžovat.*“

Respondent A5, který pracuje v zařízení pro uprchlíky, nikdy se seniory nepracoval. Jeho představa o působení andragoga v LDN byla velmi nejasná. Vyplývá to rovněž z jeho nezájmu o tuto problematiku.

Respondenti pracující v charitě měli sice zkušenosti s dospělými postiženými klienty, avšak neseniorského věku. Respondent A3 působil jako osobní asistent, avšak u handicapovaného dítěte.

U skupiny respondentů speciálních pedagogů se do odpovědí dostávalo více pedagogických prvků s ohledem na jejich vzdělání a praktické zkušenosti

Speciální pedagogové kladli důraz na duševní stránku péče. Být psychicky i mentálně orientován, což by mohl andragog podpořit skrze nabídku např. osobní asistence a různých terapií.

Ošetřující personál - tato otázka nevyvolávala u této skupiny kladnou odezvu. Z odpovědí spíše vyplývala nedůvěra k zařazení někoho dalšího do ošetrovatelského personálu. U této skupiny se v odpovědích neobjevovala komplexnost péče o pacienty seniory, protože tato skupina respondentů chápala LDN především jako nemocniční, zdravotnické zařízení. Lze to přičítat z jejich strany striktnímu jednocestnému (zdravotnímu) řešení péče o seniora pacienta v LDN. Odpověď lékařky respondenta OP1 ze skupiny ošetřujícího personálu: *„Andragog jako učitel eventuelně jako vychovatel ovlivňuje psychickou kondici pacienta, a tím má zpětně vliv na jeho somatické zdraví.“*

Respondent ze skupiny ošetřujícího personálu, lékař OP3 se vyjadřoval velmi negativně. Vliv na jeho rozhodování měl jeho názor, že v týmu, který pečuje o pacienty, by měl být pouze a jen zdravotní personál. Neuznával, že by andragog mohl mít vliv na zlepšení pacientova stavu. Z rozhovoru vyplývalo jeho úzké profesní zaměření. Jeho odpovědi byly krátké, úsečné.

Všichni dotazovaní pacienti uváděli jako důvod zařazení andragoga do ošetrovatelského týmu, pro vyplnění jejich volného času při pobytu v LDN. Pacienti by uvítali pracovníka, který by měl čas na jejich nezdravotní potíže. Z odpovědí pacientů vyplývalo, že nedostatek náplně volného času je dán maximálním vytížením ošetřujícího personálu a jeho zaměřením na zdravotní problematiku. Z odpovědí byla zřejmá neznalost, kdo to andragog je a co je jeho profesí.

*Odpověď pacientky P2 : „Domnívám se ze zkušenosti, že na takových pracovištích jako je LDN opravdu chybí člen ošetřujícího týmu, který by uměl zpříjemnit pacientům často dlouhý pobyt v takovémto zařízení. Jsem bývalá zdravotní sestra a i přes to, že jsme se na škole učili, že sestra se stará o pacienta ne jen po stránce fyzické, ale i psychické a sociální, praxe je bohužel jiná. Převládá péče o fyzickou pohodu pacienta a ty ostatní zaostávají. Myslím si, že pedagogický pracovník - andragog by byl velkým přínosem pro pacienty v LDN.“*

Celkově se v odpovědích na otázku číslo 1 objevovalo, že by mohl mít andragog vliv na zlepšení psychického stavu pacientů seniorů v LDN. Tento jev prolínal i ostatními otázkami.

Dalším častým prvkem v odpovědích u pacientů bylo nenaplnění volného času během pobytu v LDN.

**Analýza odpovědí na otázku č. 2** - Jaký přínos by mohl mít andragog, tedy pedagogický pracovník, pro pacienty LDN?

skupina	odpovědi respondentů				
	1	2	3	4	5
<b>A</b> andragogové	Čas a trpělivost pro pacientovy potřeby	Vyrovňování se se svou situací, zvyšování sebevědomí, zlepšení sebeobsluhy a soběstačnosti	Zlepšení sebeobsluhy, samostatnosti	Doprovázení v nemoci	Podpora pacienta v jeho těžkostech
<b>SP</b> speciální pedagogové	Rozvíjení oblastí, na které nejsou zdravotnické kolony	Zlepšení komunikace pacient-okolní svět	Zkvalitnění péče v psychické oblasti	Koordinace péče o pacienta	Zlepšení psychické odolnosti
<b>OP</b> ošetřující personál	Integrace do společnosti, znovunalezení smyslu života	Naučit pacienty základní životní dovednosti	Žádný	Pomoc při řešení osobních problémů	Učení novým dovednostem, rozvoj duševních schopností
<b>P</b> pacienti	Podpora zájmu o duševní a jiné aktivity, pomoc při zvládnutí stresu	Aktivizace pacientů dle jejich osobních potřeb	Motivace pacientů k léčbě, nabízení významu proč žít	Lidský přístup	Snad zlepšení základních vědomostí, ztracených vlivem nemoci

U andragogů, i když tento obor vystudovali, bylo evidentní neodborné vyjadřování. Problematika seniorů, zvláště ve zdravotnickém zařízení, jim byla vzdálená. Jejich zaměření bylo převážně na dospělé, ale ve věku 20-ti až 30-ti let. Ani jejich nejbližší příbuzní nebyli hospitalizováni v LDN. Tento aspekt měl rovněž vliv na jejich odpovědi. Odpověď respondenta andragoga A1: „Přínos pro kolektiv personálu, může odhalit provozní problémy,

*kteřé pacientům vadí, ale lékařům či sestřám se je bojí říct. Přínos pro pacienty-bude mít na ně čas a trpělivost!*“ Vliv na odpověď měla zkušenost respondenta A1 s nemocničním prostředím, nikoliv však s LDN.

Speciální pedagogové - odpovědi těchto respondentů na druhou otázku se dotýkaly individuálních potřeb pacientů seniorů. Opět se objevovalo zlepšení psychiky. Ze zaměřování se na psychickou stránku, lze odvodit jejich předpoklad, že dlouhodobý pobyt v LDN má především negativní dopad na duševní stránku osobnosti pacientů seniorů. Odpověď respondenta speciálního pedagoga SP2: *„Konkrétně: věnovat čas rozhovorům, zájmům, pomáhat smysluplně vyplnit čas, motivovat pacienty ke spolupráci s lékaři a terapeuty, udržovat dobrou náladu, zprostředkovávat další kontakty.“*

Ošetřující personál – přínosem andragoga by podle ošetřujícího personálu mohlo být využití jeho profesního pedagogického zaměření. V souhrnu celková aktivace pacientů seniorů. V odpovědích se objevovalo zaměření andragoga na zlepšení vědomostí, dovedností ztracených vlivem nemoci. Zdravotní sestry i lékaři viděli v andragogovi při této otázce především pedagoga. U některých však byla vyjadřována skepse k přínosu andragoga v rámci péče o pacienty seniory v LDN. Jak již bylo naznačeno u otázky číslo 1. Ukazovalo se, že úzké profesní zaměření je překážkou komplexnějšímu vnímání péče o pacienta. Vliv na odpovědi mělo, zvláště u zdravotních sester, dlouhodobé stereotypní vykonávání zdravotní péče a rezignace na získávání nových vědomostí.

Odpověď lékařky L1 ze skupiny ošetřujícího personálu: *„Pacienti díky němu mohou nabývat nové vědomosti, sociální znalosti, rekvalifikace. To pomáhá jejich zpětnému začlenění do společnosti po uzdravení, znovunalezení smyslu života.“*

V odpovědích pacientů se objevovalo, aby přínosem andragoga byl

lidštější léčebný přístup k nim. Zlidštění péče. Důvod opět tkví ve vytížení zdravotníků, kteří nemají dostatek času věnovat se pacientům. Za odpověďmi lze také vidět osamělost pacientů seniorů v LDN, zvláště u těch, kteří i ve svém domácím prostředí žili osamoceně.

Odpověď pacientky P2 : *„Pedagogický pracovník v LDN by měl umět uspokojovat individuální potřeby pacientů a pacienty v rámci jejich možností aktivizovat. Někteřímu pacientovy stačí, když s ním budeme v tichosti sedět u lůžka a držet ho za ruku, jiný je rád, když může dělat nějakou tvůrčí činnost v kolektivu ostatních pacientů.“*



**Analýza odpovědí na otázku č. 3** - V jakých terapeutických činnostech by mohl být andragog užitečný pro pacienty LDN?

skupina	odpovědi respondentů				
	1	2	3	4	5
<b>A</b> andragogové	Psychoterapie, etikoterapie, čínská medicína, bazální stimulace, náboženství	Muzikoterapie, animoterapie, arteterapie	Pedagogická rehabilitace	Speciální pedagogická rehabilitace	V těch co nenabízí ošetřující personál
<b>SP</b> speciální pedagogové	Individuální pedagogická terapie	Biblioterapie, arteterapie, canissterapie	Bazální stimulace	Animoterapie, ergoterapie	Asi podle svého odborného zaměření
<b>OP</b> ošetřující personál	Rehabilitace-zlepšení manuální zručnosti, řeči, paměti, schopnosti učení se ztraceným dovednostem	Rozvoj kognitivních funkcí po CMP	V žádných	Ergoterapie, logoterapie	Rehabilitace
<b>P</b> pacienti	Doplnění rehabilitace	Muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie	Posilování paměti	Drobná rehabilitace, procházky	Psychoterapie, předčítání časopisů a knih

Odpoověď respondenta andragoga A1: „*Psychoterapie. Jakákoliv. Andragog by měl mít i základní přehled o víře a náboženstvích, protože na sklonku života se k bohu utíkají i zarytí bezvěrci. Etikoterapie, ta zajímá mě, by myslím taky byla využitelná. Základy čínské medicíny, princip souladu a harmonie, barvy .... každému bude vyhovovat něco jiného. Byla bych i pro "lehké" masáže-*

*chodidla, hlava, ale ono nakonec stačí jen docela obyčejně držet za ruku, nebo pohládit po vlasech.*“ V této odpovědi se objevilo náboženské založení respondenta.

Jaký má vliv profesní zaměření na odpovědi, bylo zřejmé z odpovědi respondenta A5, který pracuje v zařízení pro uprchlíky. Tento respondent nezmínil ani jednu konkrétní terapii, nikdy se o tuto problematiku nezajímal.

Skupina lékařů a ošetřujícího personálu uváděla spíše obecně rehabilitaci. Objevovala se neznalost pedagogických terapeutických činností. Výjimku tvoří logopedie, důvodem jsou praktické zkušenosti s logopedy docházejícími za pacienty do LDN a význam jaký je přikládán slovní komunikaci.

Pacienti mají osobní zkušenosti s léčebnou rehabilitací a terapeutické činnosti by mohly být podle nich doplňkem zmíněné rehabilitace. Bylo to dáno mimo jiné osobní kladnou zkušeností s canisterapií, bazální stimulací, biblioterapií, logopedií atd.

Odpověď pacienta P3: *„Je důležité např. posilovat paměť, dále je dobré navazovat a využívat profesního zaměření, které měl pacient v aktivním životě.“*

Bylo v rozhovorech jasně patrné, kdo z dotazovaných respondentů pacientů měl, nebo naopak neměl praktické zkušenosti s terapeutickými činnostmi.

**Analýza odpovědí na otázku č. 4** - Odkud máte povědomí o práci andragoga nebo speciálního pedagoga?

skupina	odpovědi respondentů				
	1	2	3	4	5
<b>A</b> andragogové	Od své sestry	Z vlastní praxe	Ze studia	Ze studia	Ze školy
<b>SP</b> speciální pedagogové	Vlastní praxe	Ze školy	Ze školy	Vlastní zkušenosti	Krátká praxe v LDN
<b>OP</b> ošetřující personál	Z literatury	Z osobního kontaktu	Z USA	Z literatury	Z literatury, médií
<b>P</b> pacienti	Z televize	Jen z literatury	Z literatury	Mám jen nejasné povědomí	Nemám povědomí

Nejčastěji uváděnou odpovědí na otázku číslo 4, bylo teoretické povědomí. Jen málo respondentů uvádělo praktické zkušenosti. Důvodem vyplývajícím z odpovědí, je minimální působení nejen andragogů, ale pedagogických pracovníků v LDN. Dalším důvodem je nezájem zdravotnického personálu o prohlubování vědomostí.

Odpověď respondenta andragoga A1: „*Speciální pedagog je moje vlastní sestra a znám i pár dalších, vesměs jsou moc prima!*.“

Odpověď pacientky P3 : „*Někde jsem četla, že speciální pedagog je*

*něco jako učitel, který se zabývá vzděláváním lidí s určitým postižením, třeba zrakovým, tělesným, duševním. A také se zabývá vzděláváním dospělých lidí.“*

Respondenti pacienti poukazovali na to, že v dřívější době, hlavně před rokem 1989, nebylo povědomí o těchto profesích. Pamatují si LDN, kde bylo na pokojích 10-15 pacientů, nedostatečnou zdravotní péči, nevyhovující hygienické podmínky atd.

**Analýza odpovědí na otázku č. 5** - V čem by měl být andragog prospěšný pro pacienty LDN?

skupina	odpovědi respondentů				
	1	2	3	4	5
<b>A</b> andragogové	Získání pacientova zájmu o jemu prospěšné pedagogické činnosti	Zlepšení psychiky a zvýšení zájmu o sebe i své okolí	Vyplnění volného času	Pomoci zvládat pacientovi jeho životní situaci	V dostatku času na pacientovy nezdravotnické potřeby
<b>SP</b> speciální pedagogové	Zlepšení pacientovy psychické kondice pro návrat do domácího prostředí	V pomoci a podpoře překonávat určité období života s jeho těžkostmi a problémy	Ve zvýšení pacientovy důstojnosti	Speciálními pedagogickými terapiemi zvýšit úroveň soběstačnosti	Léčebně-pedagogickém přístupu zaměřeném na pacientovy potřeby
<b>OP</b> ošetřující personál	Působení proti pacientově pasivitě	Podpora soběstačnosti, příprava na přechod do domova důchodců, nebo domů	Nevím	Zlepšení pacientovy psychiky	Zlepšení komunikace
<b>P</b> pacienti	Styk s vnějším světem, podpora zájmu o dění mimo LDN	Vypracování programu pro volný čas	Smysluplná náplň volného času, informace o světě mimo LDN	Zpříjemnění pobytu v LDN	Kontakt s vnějším světem

Z odpovědí andragogů lze vyvodit, že vidí prospěšnost andragoga opět v psychické podpoře, lidském přístupu k potřebám pacientů seniorů. Odpověď respondenta andragoga A2 : „*Za největší přínos osobně považuji samotnou přítomnost andragoga, která dává klientovi i rodinným příslušníkům signál, že LDN není odkladiště pacientů. Že je to zařízení, kde se očekává pozitivní vývoj nejen*

*zdravotního stavu klienta, ale je zde i snaha o jeho maximální možnou socializaci. Z osobní zkušenosti mám pocit, že pacienti v LDN žijí v určité izolaci, kterou by měl andragog svou prací prolomit.“*

Speciální pedagogové – odpovídali např. ve zlepšení životní situace, soběstačnosti, zvýšení lidské důstojnosti pacientů seniorů v LDN. Důvodem takových odpovědí je osobní nebo zprostředkovaná zkušenost s případy, kdy zachování lidské důstojnosti v LDN nebylo na dostatečné výši. Odpověď respondenta speciálního pedagoga SP2: *„Ve vnímání pacientů jako jednotlivců s vlastním osudem a v pomoci a podpoře překonávat určité období života s jeho těžkostmi a problémy.“*

Odpovědi ošetřujícího personálu byly velice rozdílné, opět se ukazuje malá zkušenost s pedagogickým působením v LDN.

Pacienty bylo často zmiňováno vyplnění volného času velmi. Stále zřetelněji se ukazovala potřeba pacientů seniorů po někom, kdo by měl čas si s nimi povídat, věnovat se jejich individuálním potřebám. Do popředí vystupovala absence obyčejné lidské komunikace mezi pacienty seniory a ošetřujícím personálem a někým dalším. Během dlouhodobé hospitalizace v LDN dochází k absenci kontaktu pacientů s vnějším světem mimo léčebnu. Odpověď pacienta P4: *„Myslím, že bohužel někteří pacienti v LDN ani neví, který je den v týdnu. A každý den strávený v LDN má stejný ráz - ranní hygiena - snídaně - léky - vizita- oběd - svačina- večeře- večerní hygiena. Domnívám se, že pedagog, nebo jak říkáte andragog by měl umět vymyslet pro pacienty odpovídající program, který by jim zpříjemnil pomalu plynoucí čas v LDN.“* V odpovědích se stále opakovala neznalost činností, které by mohl poskytovat andragog.

Na doplňující otázku proč nemá povědomí o působení andragoga v LDN, odpověděl respondent P4, že neměl vůbec tušení o tom, že by mohl v LDN pracovat pedagog pro dospělé. Ukazovalo se, že

pacienti považují LDN za zdravotní zařízení a v jako takovém neočekávají pedagogickou péči. Příčinu tohoto stavu viděli pacienti v malé propagaci vzdělávání dospělých osob, zvláště pak v seniorském věku.

**Analýza odpovědí na otázku č. 6** - Jaké by měl/mohl mít kompetence andragog ?

skupina	odpovědi respondentů				
	1	2	3	4	5
<b>A</b> andragogové	Nevím	Nevím	Nevím přesně	Vymezené vedením léčebny	Dle vnitřního řádu léčebny
<b>SP</b> speciální pedagogové	Nevím	Nevím	Dle pokynů lékařů a ošetřujícího personálu s přihlédnutím k pacientovým přáním a právům	Nevím	Dle směrnic LDN
<b>OP</b> ošetřující personál	Samostatná práce s pacienty	Jako odborný poradce	Žádné	Jako běžný laik	Bez zvláštních kompetencí
<b>P</b> pacienti	Jako poradce konzultant	Podobné jako ostatní v ošetřujícím týmu	Volné kompetence k uspokojování individuálních potřeb	zajistit kontakt mezi pacientem a personálem	nevím

Tato otázka neměla za cíl zkoumat právní znalosti respondentů o kompetencích andragoga. Spíš směřovala ke zjištění, jakou mají respondenti představu o postavení andragoga v ošetřujícím týmu. I z náhledu na kompetence, se dá odvodit, jestli dotazovaný respondent vidí perspektivní zařazení andragoga do ošetřovatelského týmu.

Respondenti ze všech skupin odpovídali jen mlhavě, neměli představu o kompetencích andragoga v ošetřovatelském týmu. Opět



to bylo absencí praktických zkušeností s činností pedagogického pracovníka v LDN. Také v nezájmu o problematiku nemocných seniorů. Odpověď respondenta andragoga A2 : *„Kompetence vidím na jedné straně limitované přáními klienta, jehož zástupcem v pozici jistého koordinátora péče andragog bude. Pokud jde o hledisko rozdělení kompetencí mezi pracovníky LDN, nemám žádnou zkušenost s prací v LDN a neznám její personální obsazení.“*

Odpověď respondenta speciálního pedagoga SP2: *„Kompetence k učení něčeho podle situace a potřeb, znalosti ze základů psychologie.“*

Odpověď lékařky L1 ze skupiny ošetřujícího personálu: *„Možnost samostatně pracovat s pacienty ve spolupráci s ostatním ošetřujícím personálem.“*

Odpověď pacienta P2: *„V praxi by měl být andragog součástí ošetřujícího týmu. Měl by být přítomen u předávání služeb mezi sestrami, aby o každém pacientovi věděl, jak se ten den cítí a podle toho by s ním mohl provádět dané aktivity.“*

#### **4.7 Interpretace výsledků výzkumného šetření**

Praktická část bakalářské práce byla věnována kvalitativnímu výzkumu, jehož cílem bylo zjistit reálné možnosti využití andragoga v péči o pacienty seniory v LDN a dále jaké je povědomí u odborné i laické veřejnosti o jeho působení v LDN.

Je nutné vyjít z teoretického předpokladu popsaného v první části bakalářské práce, tedy že speciálněpedagogický andragog využívá prostředků speciální pedagogiky a aplikuje je na handicapované dospělé klienty. Tomuto předpokladu pacienti senioři v LDN odpovídají. Tzn., že speciálně pedagogický andragog by v LDN našel uplatnění v celé šíři svého profesního zaměření, v oblasti speciálněpedagogické (např. alternativní a augmentativní komunikace), sociální (integrace), osobnostního rozvoje (zvyšování soběstačnosti), volnočasových aktivit, terapeutické (canisterapie, biblioterapie atd.)

Kvalitativní výzkum ukázal jen minimální praktické využití speciálněpedagogického andragoga v péči o pacienty seniory v LDN. Z rozhovorů vyplynulo velmi malé povědomí o možnostech působení speciálněpedagogického andragoga.

Z rozhovorů nebylo možné odvodit jaký vliv má přítomnost speciálněpedagogického andragoga na pacienty seniory, protože ani v LDN Letovice ani v LDN v areálu nemocnice Milosrdných bratří andragog nepracoval a žádný s respondentů neměl konkrétní zkušenost s působením speciálněpedagogického andragoga v LDN.

Patrný byl rozdíl mezi ošetřujícími personálem v brněnské a letovické LDN, co se týká zkušeností alespoň s pedagogickými pracovníky. Do brněnské LDN dochází na praxi studentky speciální pedagogiky a na základě těchto zkušeností má ošetřující personál příznivější pohled na nezdravotnické pracovníky. Má mnohem větší povědomí o jejich možnostech. V letovické LDN tomu tak není, schází kontakt

s pedagogy a tím i zkušenosti s nimi.

Dalším jevem bylo ze strany odborníků deklarování oficiálního stanoviska, které se od nich očekává. Ošetřující personál v LDN má jisté znalosti o tom, kdo je to andragog, co by mohl pro pacienty vykonávat.

Avšak pod tímto oficiálním prohlašováním je více či méně skrytá skepse začleňovat někoho dalšího mezi lékaře, zdravotní sestry atd. Tyto informace vyplývaly při navození méně oficiálnějšího rázu rozhovoru a při častějším kontaktu. Dalo by se to shrnout: my zdravotníci nejlépe pečujeme o pacienty a nikoho dalšího k tomu nepotřebujeme. Andragog nám tady bude zavazet atd. Neplatí to samozřejmě pro všechny.

U pedagogických respondentů je skryté stanovisko, že v LDN pro ně nemají místo, nestojí o ně, systém péče o pacienty v léčebnách těmto změnám nepřeje atd.

U pacientů seniorů je povědomí o andragozích malé. Vyjadřují absenci nezdravotnického pracovníka, který by jim pomohl saturovat potřeby vzniklé dlouhodobým pobytem v LDN a také s nimi pracovat na zlepšení jejich samostatnosti, soběstačnosti, komunikace.

Zvýšit povědomí o činnosti speciálněpedagogického andragoga by bylo možné přes nabízení pedagogických terapií. Např. canisterapie. Ta je vedením LDN (v letovické i brněnské) za určitých podmínek tolerována. Samozřejmě jen pro pacienty, kterým psi nevadí. Samotní senioři pacienti si tuto terapii pochvalovali. Další terapií by mohla být bazální stimulace, v současné době velice populární a pacienty dobře přijímaná. Také organizování dobrovolnického hnutí.

Je samozřejmé, že speciálněpedagogický andragog není terapeut. Ale pomocí těchto terapií by mohl nabídnout své vědomosti a znalosti vedení LDN a přesvědčit o důležitosti svého zařazení do

ošetřujícího týmu a následné využívání jeho dalších speciálněpedagogických znalostí a dovedností. Jde o zvýšení povědomí a prolomení hranice nezájmu o pedagogického pracovníka v péči o pacienty seniory v LDN.

Jasně se tedy ukazuje potřeba, že kromě sociálního pracovníka, je nutné zařazení nezdravotnických odborníků do pečujícího týmu. Psychologa, speciálního pedagoga, andragoga, duchovního zástupce.

Cesta k tomu je možná změnou systému péče o pacienty v LDN. V navýšení počtu ošetřujícího personálu, nejen tedy zdravotnického. Hlavně ve skutečném pochopení, ne jenom deklarovaném, že i tito lidé potřebují komplexní péči. To zejména ze strany zřizovatelů léčeben dlouhodobě nemocných.

## ZÁVĚR

„Lidský život je konečný. Jedinec stárne od okamžiku početí. Procesy stárnutí lze ovlivnit řadou odborných intervencí a komplexní a cílenou péčí, podporou a pomocí jedinci na jeho životní dráze. Všechny tyto intervence povedou ke skutečnosti, že většina z nás se seniorského věku dožije. Lidský život se prodlužuje, prodlužuje se právě v etapě postproduktivní. To je základní premisa vzniku nového sociálního problému – stárnutí populace. Před společností jako takovou, ale i před společenskými vědami se otevírá široké akční pole působnosti.“ (16, s. 180)

Ve své práci jsem se věnovala možnostem působení speciálněpedagogického andragoga v léčebně dlouhodobě nemocných a to u pacientů v seniorském věku. Myslím si, že tato problematika je velmi závažná. Neustále roste počet lidí v seniorském věku (viz Tabulka č. 3) a bude nutná nejen zdravotnická, ale i nezdravotnická péče o ně.

Se stářím stále častěji přicházejí nemoci. Tito lidé také budou sami vyžadovat komplexní péči o svoji osobu. Nebude stačit je zabezpečit po základní stránce zdravotní, rehabilitační, ošetřovatelské, sociální. Senioři budou chtít žít plnohodnotným životem do poslední možné chvíle i ve zdravotnických zařízeních. Vzdělávat se, pečovat o svůj osobnostní růst, zvyšovat svoji samostatnost, zvyšovat svoje uplatnění ve společnosti atd. Nebudou chtít chápat léčebny jako odkladiště, jako konečnou stanici. Pomalu odchází generace, které si pamatují pokoje v LDN po dvaceti lůžkách, nepříjemné hygienické podmínky atd.

V teoretické části jsem se snažila vymezit pojem andragogika, speciálněpedagogická andragogika a také charakterizovat léčebnu dlouhodobě nemocných. Věnovala jsem se tomu, jaké mají potřeby hospitalizovaní pacienti. Jaká negativa přináší dlouhodobý pobyt v LDN a jak je možné tomu čelit, nebo ještě lépe předcházet.

Zkušenosti a informace o pečování pacientů seniorů jsem získávala ve dvou léčebnách a to v LDN Letovice a LDN v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně. Hodně jsem se vyptávala, vedoucí pracovníci léčeben mi poskytli rozhovory a v nich spoustu informací. Hlavně jsem mluvila s pacienty. Ptala se na jejich potřeby, spokojenost v léčebně, na to, co by jim pomohlo při zvládání obtíží dlouhé hospitalizace. Četla jsem jim nebo prováděla jednoduchou bazální stimulaci. Povzbuzovala je, pokud měli chuť vyprávět o svém životě.

V rámci své školní praxe jsem pobývala v Domově pro seniory Naděje ve Vysokém Mýtě. Zaujala mne velmi dobrá zkušenost s tzv. čajovnou, kterou si klienti vedli sami. Bylo to spíše společenské místo pro vzájemná setkávání u čaje nebo kávy. Možná na to není v nemocnicích, léčebnách místo, nebo možnosti. Mohl by to však být námět právě pro andragoga. Udělat např. čajový dýchánek pro pacienty a příchozí. Naplnit tak v praxi splývání zdravotnické a nezdravotnické péče.

V praktické části bakalářské práce jsem se zaměřila na hypotézu, formulovanou ve výzkumných otázkách. Tyto otázky zněly:

- Jaký vliv má přítomnost andragoga v ošetřujícím týmu na kvalitu péče o pacienty v LDN ?
- Jaký je pohled odborné i laické veřejnosti na přítomnost andragoga v ošetřujícím týmu v péči o pacienty LDN ?

Jak vyplývalo z odpovědí pacientů seniorů v rámci výzkumu, je nezbytné zapojit do ošetřujícího týmu dalšího člena, který by měl za úkol nezdravotnické potřeby pacientů seniorů v LDN. Pacientům schází kontakt se světem mimo léčebnu, mají potřebu se svěřovat se svými životními zážitky, zkušenostmi. Velmi dobře je přijímaná např. canisterapie. Je nutné vyplnit volný čas pacientů smysluplnou činností, směřující např. ke zlepšení samostatnosti, sebeobsluhy.

Vliv pedagogického pracovníka, andragoga v ošetřujícím týmu by mohl mít příznivý vliv na kvalitu péče o pacienta seniora v LDN. Andragog by mohl dát této péči lidštitější charakter. Péče by mohla být více komplexní a více zaměřená na pacienta. Mohlo by dojít ke zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty.

Speciálněpedagogický andragog by neměl suplovat psychologa a jiné needukativní činnosti. Měl by se podílet na celkové aktivizaci pacientů seniorů v LDN a to speciálněpedagogickými metodami (reedukace, kompenzace, rehabilitace). Přispět ke zlepšení kvality života pacientů seniorů v LDN.

K důležitosti zvýšení aktivity seniorů se vyjadřuje O. Müller: „V pedagogice je její (aktivity) pojetí zase spjato s takovými činnostmi, při nichž musí člověk projevit vyšší úroveň iniciativy, samostatnosti, musí vynaložit větší úsilí, postupovat energičtější, být celkově výkonnější a efektnější. V našem případě budeme aktivitu pojímat jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů.“ (13, s. 36)

V LDN, která je součástí nemocnice Milosrdných bratří v Brně, bylo při rozhovorech s pacienty zřejmé, že jejich kladné zkušenosti s praktikujícími studenty (spíše studentkami) speciální pedagogiky, přispívají ke zlepšení jejich psychického stavu a celkové aktivizaci. Těšili se na jejich návštěvy, znamenalo to pro ně vytržení ze stereotypního prožívání dne. Také kontakt s vnějším světem mimo LDN. Pocit, že nejsou zbyteční.

Samozřejmě pacienti senioři nejsou homogenní skupinou. Byli mezi nimi pacienti, kteří spíše preferovali klid a nevytrhování z každodenního rytmu. Nebo naopak takoví, kteří měli velký zájem o nabízenou činnost.

Ředitelka LDN Letovice paní MUDr. D. Královcová i primářka LDN v nemocnici Milosrdných bratří v Brně paní MUDr. B. Vepřeková

deklarovaly potřebu začlenění speciálního pedagoga – andragoga do týmu pečujícího o pacienty v léčebnách. Brání tomu nedostatek financí, nezáměr a nepochopení komplexní péče o geriatrické pacienty ze strany nadřízených orgánů, nebo zřizovatelů léčeben. Také není vytvořena celková koncepce následné ošetrovatelské péče, která by tlačila na vytváření speciálně pedagogických postů v LDN. Viz Z. Kalvach Geriatrická mozaika (25).

Jestliže pojem andragog vychází z pradávnej podstaty doprovázení, mohl by se v léčebnách dlouhodobě nemocných stát tím, kdo nejen doprovází pacienta v procesu léčení, ale pomáhá mu překonávat strasti hlubin samoty a bezcílného času, pomáhá mu poznávat a překonávat sama sebe a svět kolem. Není to proces jednosměrný, ale vzájemně obohacující. Andragog by mohl dokázat, že cesta ke smrti, kterou jsme nastoupili my všichni, nemusí být zlá ani v podmínkách léčebny dlouhodobě nemocných.



## LITERATURA

1. BEDNAŘÍKOVÁ, Iveta. Kapitoly z andragogiky 1. Dotisk 1. vydání z roku 2006. Olomouc:Univerzita Palackého Olomouc, 2008. 78 s. ISBN 80-244-1192-X
2. BENDO VÁ, Petra; JEŘÁBKOVÁ, Kateřina; RŮŽIČKOVÁ, Veronika. Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami. 1. Olomouc:Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 104 s. ISBN 80-244-1436-8
3. BENEŠ, Milan. Andragogika. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s., 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2
4. FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. Speciální pedagogika:Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. 1. vyd. Praha:Triton, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7387-014-0
5. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. 1. vydání – dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně. 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
6. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
7. HOLSBOER, Florian. Stařecká onemocnění. In GRUSS (ED.), Peter. Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje. Lucie Simonová. 1. vyd. Praha:Portál s.r.o., 2009. 224 s. ISBN 978-80-7367-608-6
8. JANOVCOVÁ, Zora. Alternativní a augmentativní komunikace. 1. vyd. Brno:Masarykova univerzita Brno Katedra speciální pedagogiky, 2004. 52 s. ISBN 80-210-3204-9

9. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Mgr. Ivana Podmolíková. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-247-2150-7
10. JESENSKÝ, Ján. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. 1. vyd. Praha:Karolinum, 2000, 354 s. ISBN 80-7184-823-9
11. KALVACH, Zdeněk, et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
12. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-2472469-9
13. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1. vyd. Olomouc:Univerzita Palackého, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6
14. LANGER, Jiří, et al. Základy speciální pedagogiky. 1. vyd. Lucie Mádrová. Olomouc:Univerzita Palackého Olomouc, 2006. Skripta. ISBN 80-244-1479-1. Speciálněpedagogická andragogika a gerontoandragogika, s. 79-83
15. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
16. MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 1. vyd - dotisk. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2
17. MÜLLER, Oldřich. Služby osobám se specifickými potřebami v dospělosti a stáří. In VAŠŤATKOVÁ, Jana; VYHNÁLKOVÁ, Pavla. Moderní trendy ve speciální pedagogice s přesahem do sociální sféry. 1. vyd. Olomouc:Hanex, 2008. 61 s. ISBN 978-80-7409-014-1

18. MÜLLER, Oldřich. Speciálně pedagogická gerontagogika: výsledek změn paradigmatu speciální pedagogiky. E-pedagogium. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2008, roč. 2008, č. 2. ISSN 1213-7499

19. NEŠPOROVÁ, Olga; SVOBODOVÁ, Kamila; VIDOVIČOVÁ, Lucie. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. 1. vyd. Praha:Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i., 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9

20. RÁDLOVÁ, Eva a kol. Speciálně pedagogická diagnostika. 1. vyd. Ostrava-Mariánské Hory:Montanex a.s., 2004. 78 s. ISBN 80-7225-114-7

21. REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s, 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6

22. SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha:Grada Publishing a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-17-33-3

23. VRBOVÁ, Jana. Canisterapie. In MÜLLER, Oldřich, et al. Terapie ve speciální pedagogice. 1. vyd. Olomouc:Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 294 s. ISBN 80-244-1075-3

#### ELEKTRONICKÉ ZDROJE

24. JANSOVÁ, Jana. Rescue 112:První pomoc a zdravotnictví [online]. 2010 [cit. 2011-03-03]. Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po mozkových příhodách. Dostupné z:WWW:<[http://www.rescue112.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=892:vyznam-spoluprace-ldn-oddleni-s-rehabilitani-sestrou&catid=34:odborne&Itemid=96](http://www.rescue112.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=892:vyznam-spoluprace-ldn-oddleni-s-rehabilitani-sestrou&catid=34:odborne&Itemid=96)>

25. KALVACH, Zdeněk. Geriatrická mozaika [online]. 2010 [cit. 2012-04-25]. Dostupné z: [http://www.sdruzeniobcan.cz/files/kalvach\\_cerge\\_2010\\_04.pdf](http://www.sdruzeniobcan.cz/files/kalvach_cerge_2010_04.pdf)

26. KOZLOVÁ, Lucie. Metody výzkumu v sociální práci. In: [Http://www.zsf.jcu.cz/](http://www.zsf.jcu.cz/) [online]. České Budějovice, 2007 [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/spvs/metody-vyzkumu-v-socialni-praci/view>

27. MACHÁČKOVÁ. Pečující on-line : Staráte se o starší osobu a nevíte si rady? [online]. c2008 [cit. 2009-11-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=200271>>

28. MOTEJL, Otakar. Zpráva z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných. Veřejný ochránce práv Brno 18. července 2006 [cit. 22. května 2008]. Dostupné z <<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=489>>

29. PALÁN, Zdeněk. Základy andragogiky. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského, 2002, 207 s. Dostupné z [http://sstanleys.sweb.cz/Zaklady\\_andragogiky.pdf](http://sstanleys.sweb.cz/Zaklady_andragogiky.pdf)

30. WEINFURTEROVÁ, Eva. Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení. Multidisciplinární péče [online]. 2007, 2, 2, [cit. 2011-03-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpece.com/modules>>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č.1 Charakteristika vybraných LDN

Příloha č 2. Rozhovor s MUDr. Blankou Vepřekovou

Příloha č 3. Kazuistika s klientkou LDN

## **Příloha č. 1 Charakteristika vybraných LDN**

### ● Geriatrické centrum Počátky

Součástí geriatrického centra je 120 lůžek následné péče. Zde je poskytováno doléčování a rehabilitace pacientů s chronickými chorobami a po stabilizaci akutních onemocnění. Zdravotní stav pacientů na lůžku následné péče nedovoluje propuštění do domácího ošetřování, ale nevyžaduje pobyt na akutním lůžku. Léčebna je zařízena potřebným vybavením (antidekubitní matrace, polohovací lůžka, EKG, defibrilátor, oxygenerátory, elektroléčba, infralampa, ultrazvuk, motodlahy,..) a využívá moderních ošetrovatelských metod (kognitivní trénink, rehabilitace, konziliární služby v širokém spektru zdravotních odborností).

Těžiště zdravotní péče spočívá v odborném ošetrovatelství, které je zabezpečováno sedmi lékaři (se specializací převážně v oborech geriatric, interna a všeobecné lékařství), 38 zdravotními sestrami a 21 pracovníky nižšího zdravotního personálu. Ošetrovatelská péče zahrnuje mimo nezbytnou zdravotní péči i zajištění hygieny, příjem potravy, polohování, rehabilitační péči aj. činnosti nutné k dosažení maximální soběstačnosti nemocného. Cílem je udržení a zlepšení kvality života většinou geriatrických pacientů a zajištění možnosti následného pobytu v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb.

*Zdroj: <http://www.ldn-pocatky.cz/ldn.htm>*

### ● Nemocnice Milosrdných bratří Brno, Léčebna dlouhodobě nemocných

Charakteristika oddělení: Léčebna poskytuje péči chronicky nemocným občanům města Brna s cílem zlepšení jejich zdravotního stavu a dosažení úplné či částečné soběstačnosti tak, aby se mohli vrátit do domácího prostředí.

Jsou přijímáni k hospitalizaci na základě doporučení ošetřujícího lékaře po odeznění akutního onemocnění nebo na základě doporučení praktického lékaře v případě postupného zhoršování zdravotního stavu v domácím prostředí. Nemocní jsou k hospitalizaci objednaní na základě žádosti. Tyto formuláře jsou k dispozici na sociálním oddělení léčebny.

Poskytujeme péči:

- a. léčebně ošetrovatelskou a rehabilitační, k obnovení nebo udržení mobility, stavy po úrazech, operacích, amputacích
- b. dlouhodobou odbornou ošetrovatelskou péči, převážně nemocní s chronickým onemocněním a stanovené diagnóze, například léčba ran
- c. paliativní péči – léčba bolesti a zmírňování příznaků nevyléčitelných nemocí, například onkologických onemocnění
- d. gerontopsychiatrickou péči

*Zdroj: <http://www.nmbrno.cz/index.php?clanek=18>*

## ● Fakultní nemocnice Motol Praha

### Specializace

Komplexní léčebná péče - lékařská, ošetrovatelská a rehabilitační pro polymorbidní nemocné, špatně léčitelné, vyžadující zvláštní ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Většinou jde o geriatrické pacienty nebo dlouhodobě, někdy i celoživotně závislé nemocné na nemocniční péči bez ohledu na věk. Úspěchů jsme dosáhli v prevenci dekubitů a v léčbě ran a kožních defektů, včetně chronických, a to zavedením moderních metod hojení ran. Rozšířili jsme rehabilitaci o tělocvičnu a místnost pro fyzikální léčbu a ergoterapii. O sociální problémy nemocných se starají dvě vyčleněné sociální pracovnice. K uspokojování duchovních potřeb našich nemocných se pořádá jedenkrát týdně v sobotu v 1. patře budovy LDN ekumenická mše. Na oddělení docházejí dobrovolníci

z organizace KID (Klub interaktivního domu). Na oddělení jsme léčili řadu herců a jiných známých osobností. Spolupracujeme s 2. lékařskou fakultou UK při výuce ošetřovatelství pro 1. a 2. ročník, pro 5. ročník při výuce geriatry. Podílíme se na výuce studentů FTVS oboru fyziatrie a rehabilitační školy MILS. Každoročně se podílíme na výuce účastníků celoustavního Kurzu sanitářů FN Motol.

*Zdroj: <http://www.fnmotol.cz/o-ldn.html?pracoviste=36>*

### ● Nemocnice Milosrdných bratří Letovice

Léčebna pro dlouhodobě nemocné je umístěna v památkově chráněné historické budově bývalého kláštera Řádu Milosrdných bratří, je příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje. Po technické a odborné stránce splňuje požadavky na zdravotnická zařízení pro následnou péči pro 21. století.

Péče o pacienty a modernizace

Kvalita péče o pacienty má vzrůstající úroveň, protože zde neustále probíhá modernizace a dovybavování nemocničních pokojů a lékařských pracovišť.

Příjem pacientů

Pacienti jsou přijímáni na doporučení praktických lékařů pro dospělé a odborných ambulancí nebo z nemocnic po telefonické domluvě či na základě písemné žádosti.

*Zdroj: <http://www.nmbletovice.cz/zdravotni.html>*



## **Příloha č. 2 Rozhovor s MUDr. Blankou Vepřekovou**

Rozhovor ze dne 1. února 2011 s MUDr. Blankou Vepřekovou, primářkou léčebny dlouhodobě nemocných v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně.

**Otázka:** Jak byste charakterizovala LDN v Nemocnici Milosrdných bratří Brno ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Fungující zařízení, které přináší pomoc pacientům jak po stránce odborné, tzn. zlepši jejich stav, uleví od bolesti, posune je k lepšímu, tak po stránce lidského přístupu k pacientům. Ale hlavně to není jen o léčebně. Snažíme se spolupracovat s praktickými lékaři, vytvořit návaznost. Což ovšem nefunguje úplně dobře, je to naprosto individuální ze strany praktiků. Nemají zájem převzít pacienta a komunikovat s námi. Vůbec to není o široké spolupráci. My jsme se tuto širokou spolupráci snažili navázat. Před lety jsme dělávali sezení pro praktické lékaře, o spolupráci s nimi jsem hodně stála. Chodila jsem na jejich schůze, snažila se jim léčebnu prezentovat. V nezájmu praktických lékařů o spolupráci s námi vidím velký problém.*

*Nicméně si myslím, že poskytujeme pacientům slušnou péči, snažíme se jim vytvořit prostředí takové, aby když sem přijdou z různých jiných zařízení, bylo o ně dobře postaráno a cítili se u nás dobře. Máme zde sedmdesátiletou paní, která tvrdí, že je zde jako v ráji po tom všem čím prošla při léčení luxace kyčelního kloubu. Já ji to trochu nevěřím, myslím si však, že asi na tom něco bude. Když u nás má být člověk dlouhou dobu a my mu vytvoříme, alespoň se o to snažíme, pokud možno rodinné prostředí, dojde u něho ke zlepšení a on se cítí dobře. Smyslem je přiblížit se k rodinnému prostředí, což není možné v nemocničních zařízeních. A také zohlednit pacientovu individualitu. Mám samozřejmě problémy s personálem, výchova personálu, obměna personálu. Vychovat personál vyžaduje čas.*

*Jak tedy stručně charakterizovat léčebnu? Léčebna přátelská na*

*slušné odborné úrovni se zájmem o pacienta.*

**Otázka:** Jaké mají nezdravotnické potřeby pacienti senioři při léčení ve vaší léčebně?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Vyplnění volného času. Je tady spousta volného času a ten čas je prázdný. Pacienti se potřebují zabavit. Je zde trošku dobrovolnická činnost, ale ta nepodchytí potřeby všech pacientů. Je to velký problém. Canisterapii máme nárazově 2 x do měsíce.*

**Otázka:** Vyplnění volného času by mohlo být tedy náplní mé práce ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Ano, je zde pro to velký prostor.*

**Otázka:** Dochází k vám logopedka ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *S logopedickou péčí je to velmi složité. Nikdy jsem nedokázala u vedení nemocnice prosadit logopeda do našeho ošetřujícího týmu. Dochází k nám studentky speciální pedagogiky. Alespoň se po této stránce pacientům někdo věnuje. Vnímám to pozitivně pro pacienta, i když to není tak, jak by to mělo být, a vnímám to pozitivně i u těch studentek, protože mají možnost pracovat a dostat se k seniorům. Pochopit je. Když se seniory nebudete mluvit a přibližovat se k nim, tak je nepochopíte.*

**Otázka:** Nejčastější problémy pacientů v léčebně po stránce společenské, rodinné apod. ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Izolace, osamělost. Vnímám velké rozčarování u nemocných z důvodů nemožnosti návratu domů, protože je doma nechtějí z různých důvodů. Vztahy se zde obnaží. Není to u každého, ale stává se to. Zkrátka pacienty tíží situace po propuštění.*

**Otázka:** Máte zkušenosti s působením speciálních pedagogů ve vaší LDN ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Jak jsem již vyjmenovala. Například s psychology, logopedkami. Role psychologa je v LDN*

*nezastupitelná. Nedovedu si představit, že bychom ho dlouhodobě neměli. Pomocí psychologa se dá vyřešit široká problematika, která se odráží na psychosomatickém stavu pacienta. Potřebovala bych pro pacienty i psychoterapeuta. Za 17 let praxe jsem nedokázala nikoho přesvědčit, že psychoterapeut je pro léčebnu tak důležitý, aby ho někdo zaplatil. Samozřejmě bych v léčebně speciálního pedagoga uvítala.*

**Otázka:** Našel by tedy v léčebně uplatnění ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Ano, našel. Já vnímám rozpor v současném stavu uplatňování ekonomického přístupu k řešení věcí, tedy řešení pouze z pohledu ekonomie a nenaplňování skutečných potřeb pacientů z pohledu celkové péče. Člověk nezainteresovaný nepochopí pacientovu potřebu.*

**Otázka:** Co brání ve vytvoření podmínek pro činnost speciálního andragoga v léčebně ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Nezájem ze strany vedení a nepochopení problematiky péče o seniory.*

**Otázka:** V čem by podle Vás mohl speciální pedagog-andragog pomoci pacientům ve vaší léčebně ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Přinesl by jim náplň do života, naučil by je, aby je život ještě bavil. Je to návrat k životu. Jednoznačně. Protože se tito lidé cítí neužiteční, překážející a tím, že je speciální pedagog přiměje k určitým činnostem, tak najdou sami pro sebe uspokojení z toho, že život není jen koukání z okna.*

**Otázka:** Jakou máte zkušenost s dobrovolnickou činností ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Dobrou. Od roku 2003, kdy jsme ji založili, tak si myslím, že je to velkým přínosem pro pacienty a nejen pacienty osamělé. Když vytestujeme dobrovolníky a správně vyhodnotíme, kdo má pro tuto práci předpoklady a kdo to jde dělat s entuziasmem, tak nemáme problém.*

**Otázka:** Bylo by možné v LDN Milosrdných bratří provádět canisterapii?

**MUDr. B. Vepřeková:** *My ji děláme za pomoci canisterapeutky.*

**Otázka:** Úspěšně ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Myslím že ano. Samozřejmě ji nemůžu doporučit apriori pacientovi, který má odpor k pejskům. Musí se vytestovat jaký má pacient vztah k pejskům, protože jsou lidé, pro které je pes nepřijatelný. Tam kde pacienti mají rádi zvířata, je to obrovský benefit. Kontakt se zvířátkem je pro ně vítaná změna.*

**Otázka:** Máte u vás zkušenosti s bazální stimulací ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Máme. Také jsme ji dělali tak, že jsme na to měli specializovanou pracovníci, která zde již nepracuje. Bylo období, kdy jsme bazální stimulaci dělali u pacientů po těžkých mozkových úrazech a dementních. Řekněme, že se ti pacienti posunuli, Teď ji děláme, když přijde pacient ve špatném stavu. Nemáme prostory pro její výkon u dementních pacientů a také pro bazální stimulaci nemáme pracovníky ani čas.*

**Otázka:** Jak řešíte konflikty ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Konflikty jsou, kde by nebyly. Čas od času je pacient, který má jiné představy např. o léčení, nebo jeho rodina. Snažíme se, aby se to vyřešilo na úrovni staniční sestra, ošetřující lékař. Pokud hrozí nějaký větší problém, tak do toho vstupují.*

**Otázka:** A agresivní pacienti ?

**MUDr. B. Vepřeková:** *Musíme rozlišit zda se jedná o dementní pacienty, kteří mají agresi. To pak není konflikt, ale choroba. Zdravotní problém. Máme farmakologické i nefarmakologické přístupy zvládnání agrese.*

Děkuji za rozhovor.

### **Příloha č. 3 Kazuistika s klientkou LDN**

**Božena K.** - pacientka v LDN v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně (NMB). Ročník narození 1932. Vychovala 3 děti. Manžel již zemřel, proto pociťuje občas pocity samoty. V LDN NMB je již potřetí – léčba bércových vředů. Při minulé hospitalizaci strávila v LDN půl roku. V současné době došlo ke zhoršení tohoto onemocnění, a proto byla opět přijata. Jinak nemá vážnější zdravotní problémy. Celý život učila matematiku na nižším stupni základní školy. Zažila válku, ale nechce na tuto dobu vzpomínat. Ve volném čase se věnovala ručním pracím, jako např. pletení, háčkování apod. Ráda četla a čtení ji stále baví, hlavně historické romány. Zkušenosti s jinými LDN nemá. Vůbec se jí poprvé do LDN nechtělo, bránila se tomu. Považovala LDN za odkladiště, kde není kvalitní péče. Byla však pozitivně překvapena prostředím a přístupem zdravotního personálu LDN v NMB. Vyjadřuje se o útulné LDN. Problémy se soukromím nepociťuje, na pokoji by sama být nechtěla. Zažila i hospitalizaci, kdy byla na 20-ti lůžkovém pokoji (v jiné nemocnici) a to jí naprosto nevyhovovalo. Prostředí hodnotí jako velmi čisté, v celém pavilonu LDN není zápach. Stravy a pití je dostatek. Jen personál by mohl mít více času na pacienty. Žije u syna, kde má své soukromí, rodina se o ni velmi dobře stará.

Z nezdravotnických služeb využívá duchovní podporu, za nemocnými dochází katolický kněz. Přivítala by pro vyplnění volného času zprostředkování např. ergoterapie, stále má chuť tvořit rukama i přes handicap slábnoucího zraku. Velice vítá canisterapii, která v LDN NMB probíhá. Osobní asistenci nepotřebuje, pohybuje se s pomocí hole, nebo jí pomůže snacha. Jinak za ní dochází rehabilitační sestra a procvičují chůzi pomocí chodítka po chodbě. Na televizi se příliš nedívá, spíše poslouchá rádio, má ráda lidovou hudbu ze Slovácka. Luští křížovky. Nebránila by se doprovodu andragoga při procházkách po venku, nebo při vyřizování některých záležitostí. S poskytovanou péčí a se službami je v LDN NMB velmi spokojena, pokud má potíže se zhoršováním bércového vředu, vrací se sem.

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Základní lidské potřeby - dělení dle Max-Neef

Tabulka č. 2 Kompenzační pomůcky

Tabulka č. 3 Vývoj počtu seniorů v ČR

**Tabulka č. 1 Základní lidské potřeby - dělení dle Max-Neef**

základní lidské potřeby	formy uspokojení (satisfiers)			
	bytí (kvality)	vlastnictví (věci)	dělání (jednání)	interakce prostředí
bytí/přežití	fyzické a mentální zdraví	jídlo, přístřeší, práce	jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat	životní prostředí, sociální okolí
ochrana	péče, adaptabilita, autonomie	sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce	spolupracovat, plánovat, pečovat, pomáhat	sociální prostředí, bydliště/bydli
city	respekt, smysl pro humor, štědrost, smyslnost	přátelství, rodina, vztahy s přírodou	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce	soukromí, intimní místa pro sdílení
porozumění	kritická kapacita, zvědavost, intuice	literatura, učitelé, politiky, vzdělání	analyzovat, studovat, meditovat, zkoumat	školy, rodiny, univerzity, komunity
participace	vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor	odpovědnost, povinnosti, práce, práva	spolupracovat, vyjadřovat myšlení, nesouhlasit	asociace, strany, církve, sousedství
volný čas	imaginace, klid, spontánnost	hry, zábavy, pokojná mysl	denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se	krajina, intimní prostory, místo, kde lze být sám
kreace	imaginace, smělost, vynalézavost, zvědavost	schopnosti, vlohy, práce, techniky	vynalézat, budovat, designovat, pracovat, skládat, interpretovat	místa pro vyjádření, workshopy/dílny, obecnostvo
identita	pocit sounáležitosti, sebeúcta, zásadovost	jazyk, náboženství, práce, zvyky, hodnoty, normy	poznat sám sebe, růst, odevzdat se	místa, kam patřím, prostředí každodennosti
svoboda	autonomie, vášně, sebeúcta/hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, rozvinout uvědomění	kdekoliv

*Zdroj: NEŠPOROVÁ, Olga; SVOBODOVÁ, Kamila; VIDOVIČOVÁ, Lucie. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i., 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9. Str. 26*

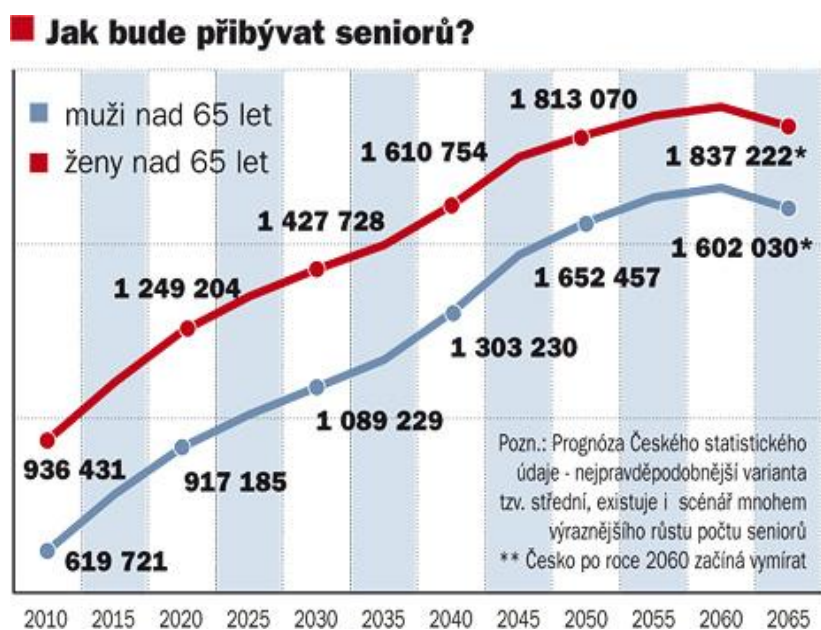
**Tabulka č. 2 Kompenzační pomůcky**

<b>AKTIVITA</b>	<b>VHODNÁ POMŮCKA</b>
<b>Najedení</b>	upravené příbory a talíře (rukojeti příborů, vysoké okraje, přísavná plocha, termotalíř)
<b>Oblékání</b>	zapínač knoflíků, podavač, zouvák, suché zipy
<b>WC</b>	nástavec na WC, WC křeslo
<b>Hygiena</b>	stolička, protiskluzová podložka, madla, přísavný kartáček
<b>Chůze</b>	ortopedická obuv, hole, berle, chodítka, invalidní vozíky
<b>Komunikace</b>	brýle, naslouchadla, upravený telefon
<b>Vaření</b>	nastavitelná výška dřezu, kráječ, otevírač konzerv

*Zdroj: WEINFURTEROVÁ, Eva. Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení. Multidisciplinární péče [online]. 2007, 2, 2, [cit. 2011-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119>>. ISSN 1801-0199*



Tabulka č. 3 Vývoj počtu seniorů v ČR



Zdroj:[http://zpravy.idnes.cz/stale-vic-lidi-se-boji-ze-ve-stari-skonci-v-holobyste-bez-kvalitni-pece1i9/domaci.aspx?c=A090729\\_0918\\_10\\_domaci\\_lpo](http://zpravy.idnes.cz/stale-vic-lidi-se-boji-ze-ve-stari-skonci-v-holobyste-bez-kvalitni-pece1i9/domaci.aspx?c=A090729_0918_10_domaci_lpo)

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Michaela Čtvrtníčková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller Phd.
<b>Rok obhajoby:</b>	2012

<b>Název práce:</b>	Možnosti působení andragoga v rámci LDN
<b>Název v angličtině:</b>	Possibilities of an andragogue working in the framework of nursing homes and hospices
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce se zabývá využitím služeb andragoga seniorskými pacienty v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN). Zda je po těchto službách poptávka a je-li vytvořen prostor pro působení speciálního pedagoga andragoga. Praktické zkušenosti a informace byly získávány formou rozhovorů a praktických činností se seniory pacienty v LDN Letovice a LDN v nemocnici Milosrdných bratří v Brně. Dále potom rozhovory s lékaři, vedoucími pracovníky, sociálními pracovníky a ošetřujícím personálem v těchto zařízeních.
<b>Klíčová slova:</b>	Andragog, pacient senior, léčebna dlouhodobě nemocných
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis is dealing with the possibilities of using an andragogue for elderly patients in nursing homes and hospices. The thesis presents research on the needs of these services and describes the use of an andragogue within these services. Practical experiences and information were sourced through the help of interviews and practical activities with elderly patients in a hospice in Letovice and the hospital Milosrdných bratří in Brno. Further information was acquired by interviewing doctors, nursing home and hospice workers, nurses and carers in these facilities.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Andragogue, elderly patients, nursing homes and hospices
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Charakteristika vybraných LDN</li> <li>2. Rozhovor s MUDr. Blankou Vepřekovou</li> <li>3. Kazuistika s klientkou LDN</li> </ol>
<b>Rozsah práce:</b>	74 s.
<b>Jazyk práce:</b>	čeština