UNIVERZITA JANA ÁMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2018

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Radka Štencelová

Vzdělávání seniorů v průběhu dlouhodobé hospitalizace na LDN Nemocnice Kutná Hora

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Havlík Radomír, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2017-2018

BACHELOR THESIS

Radka Štencelová

Education of seniors during long term hospitalization in LDN Hospital Kutná Hora

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Havlík Radomír, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne Jméno autorky .....

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Doc. PhDr. Radomíru Havlíkovi, CSc., za odborné vedení, vstřícnost a trpělivost.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje ve své teoretické části problematice vzdělávání seniorů, konkrétně pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní na LDN Nemocnice Kutná Hora. Popisuje nabízené terapie a vzdělávací programy, které jsou zde seniorům nabízeny.

Praktická část se zabývá analýzou funkčnosti terapií a nabízených vzdělávacích akcí, analýzou rozsahu a zájmu seniorů o tyto aktivity a schopnost využití získaných informací a dovedností pro začlenění do běžného života po propuštění z LDN Nemocnice Kutná Hora.

Klíčová slova

Stáří, stárnutí, senior, vzdělávání seniorů, formy vzdělávání seniorů, léčebna dlouhodobě nemocných, Nemocnice Kutná Hora, péče o seniory.

Annotation

Bachelor thesis is devoted to issues of education of seniors in its theoretical part, namely long term hospitalized patients in Nemocnice Kutna Hora. It describes therapies and educational programs offered to seniors.

Practical part covers analysis of functionality of therapies and offered educational events, analysis of size and interest of seniors in these activities and ability to use gained information and skills for inclusion into normal life after released from hospital for long term sickness Nemocnice Kutna Hora.

Keywords

Old, aging, senior, senior education, forms of senior education, hospital for long term sickness, Nemocnice Kutná Hora, senior care.

ÚVOD ... **9**

TEORETICKÁ ČÁST ... **10**

1 ZÁKLADNÍ POJMY ... **10**

1.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí ... 10

1.2 Změny vlivem stáří ... 10

1.3 Potřeby seniorů ... 13

1.4 život a jeho specifika v období senia ... 15

2 LÉČEBNY PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ ... **17**

2.1 Důvody hospitalizace v ldn ... 17

2.2 Gerontologie ... 18

3 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ ... **19**

3.1 Základní pojmy ... 19

3.2 Specifika vzdělávání seniorů ... 21

4 PÉČE O SENIORY, JEJICH ŽIVOTNÍ STYL A VZDĚLÁVÁNÍ VE SVĚTĚ ANLÝZ ... **23**

4.1 péče o seniory, sociální služby v ČR ... 23

4.1.1 Dělení sociálních služeb ... 23

4.1.2 Formy poskytování sociálních služeb ... 24

4.2 životní styl seniorů ... 25

4.2.1 Volný čas ... 26

4.3 Vzdělávání seniorů ve světě analýz ... 27

4.3.1 Starší dospělý na trhu práce ... 27

5 TERAPIE A VZDĚLÁVACÍ AKCE PRO SENIORY ... **29**

5.1 Aktivizace seniorů ... 29

5.2 terapie využitelné k aktivizaci seniorů ... 30

5.2.1 Ergoterapie ... 30

5.2.2 Canisterapie ... 31

5.2.3 Muzikoterapie ... 32

5.2.4 Arteterapie ... 33

PRAKTICKÁ ČÁST ... **35**

6 METODIKA VÝZKUMU ... **35**

6.1 Cíle výzkumu a Výzkumný soubor 36
6.1.1 Cíl výzkumu 36
6.1.2 Výzkumný soubor 36
6.2 Průběh výzkumu 37
6.2.1 Výzkumné techniky 38
6.3 Interpretace výzkumu 38
7 VZDĚLÁVACÍ AKCE A TERAPIE 40
7.1 DC1: Zanalyzovat rozsah a zájem seniorů o nabízené terapie a vzdělávací akce v průběhu hospitalizace na LDN NEMKH. 41
7.2 Dílčí závěr 1 49
7.3 DC2: Zanalyzovat schopnost využití získaných informací, dovedností a schopností pro začlenění do běžného života po ukočení dlouhodobé hospitlaizace na LDN NEMKH 50
7.4 Dílčí závěr 2 56
ZÁVĚR 57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 59
SEZNAM ZKRATEK 63
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ 64
SEZNAM PŘÍLOH 65

ÚVOD

Léčebny dlouhodobě nemocných, dále jen LDN, bývají často vnímány jako „dům, kde se čeká na smrt“ nebo „poslední šance“. Někteří pacienti se přijetí do těchto zařízení brání, někteří zde doufají v zázrak.

Vzdělávání seniorů v průběhu dlouhodobé hospitalizace na LDN Nemocnice Kutná Hora je téma, které jsem si vybrala ke své bakalářské práci, toto téma zpracovávám pro Oblastní nemocnici Kolín, a.s., Nemocnici Středočeského kraje, Nemocnice Kutná Hora, dále jen ONK, a.s., NSČK, NEMKH, jako obraz toho, jak jsou efektivní a využívané nabízené terapie a vzdělávací programy pro seniory zde realizované.

Cílem této práce je analýza a popis funkčnosti nabízených terapií a vzdělávacích akcí dlouhodobě hospitalizovaných seniorů na LDN NEMKH pro jejich následné začlenění zpět do běžného života po jejich propuštění, zejména analýza rozsahu a zájmu seniorů o tyto akce a jejich schopnosti následného využití získaných vědomostí a dovedností.

V teoretické části této práce se zabývám objasněním základních pojmů, přiblížením problematiky vzdělávání seniorů popisem nabízených terapií a vzdělávacích programů, které mají seniorům pomoci v rozvoji nebo udržení stávajících vědomostí a dovedností tak, aby se mohli vrátit do běžného života a nejlépe do svého domácího prostředí. Teoretická část se opírá jak o odbornou literaturu, internetové zdroje, tak i o získané poznatky pocházející přímo z výzkumu.

Praktická část je založena na kvalitativním šetření za použití techniky rozhovoru, koncipovanou jako vlastní výzkum, jehož výsledek je možné využít pro účely zkvalitnění mé práce do budoucna, zejména při jednání s rodinami pacientů a stát se tak teoretickou oporou pro další využití v mém zaměstnání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří a stárnutí jsou pojmy, které slýcháme v současné době velmi často. Čteme o nich v novinách, slyšíme je říkat v televizi a mluvíme o nich v souvislosti se svými rodinnými příslušníky. Definice stáří podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation), jej popisuje, jako poslední fázi lidského vývoje, které má tři období (Mlýnková, 2011):

- 60-74 let – rané stáří,
- 75-89 let – vlastní stáří,
- 90 let a víc – dlouhověkost.

Za rané stáří se označuje období v životě jedince, kdy odchází do starobního důchodu. Toto životní období však nemusí jednoznačně znamenat snížení soběstačnosti nebo dokonce závislost na druhé osobě. Je mnoho lidí, kteří v tomto období svého života netrpí nemocemi ani poruchami pohybového aparátu či poruchami paměti. (Franzová, 2015)

Všeobecná definice stárnutí uvádí, že se jedná o proces opotřebení, při kterém dochází ke změnám funkce lidského těla a k poškození jeho struktur. Jde o komplexní souhrn specifických změn, kterým organizmus během svého života prochází. Jedná se o velice individuální proces změny, které ve funkčnosti organizmu probíhají jsou nerovnoměrné a zároveň individuální. (Dvořáčková, 2012)

1.2 ZMĚNY VLIVEM STÁŘÍ

Lidský organizmus, stejně jako i jiní živí tvorové podléhá stárnutí. Jeho vlivem se stává více citlivější a náchylnější ke změnám a nemocem. Tyto změny můžeme označit jako fyzické, psychické a sociální změny, které přináší, každé věkové období.

Tělesné změny

Životní styl a genetické dispozice zásadně ovlivňují průběh biologického stárnutí organizmu, což znamená, že neprobíhají u každého jedince stejně. Tyto změny probíhají na fyziologické úrovni a postihují tělesné tkáně a orgány. Lidské tělo je složeno

z jednotlivých systémů, které se postupně zpomalují, oslabují se dřívější funkce a biologické adaptační mechanizmy zaznamenávají výrazný pokles. (Klevetová, Dlabolová, 2008)

Tělesné změny nepřicházejí ze dne na den, jsou velmi pozvolné a člověk je na první pohled nemusí zaznamenat. Pochopení člověka a uvědomění si proměny svého těla a jeho funkčnosti a zejména, že tyto změny nelze popřít ani zvrátit přichází až v okamžiku, kdy se objeví nečekaná životní zátěž. (Vágnerová, 2000)

Psychické změny

Změny poznávacích schopností, nejčastěji ve formě změn vnímání, myšlení, poznání a paměti se nazývají psychické stárnutí, kdy dlouhodobá paměť zůstává zachována, ale kvalita té krátkodobé se naopak snižuje (Venglářová, 2007). Vlivem těchto změn a zejména psychického tempa, dochází ke změnám v chování člověka, snižuje se jeho koncentrace a pozornost, je nerozhodnější, váhavější, opatrnější, a proto potřebuje mnohem více času při zvládání běžných činností než dříve. (Klevetová, Dlabolová, 2008) Současně s rostoucím věkem dochází k snížení intelektuálních schopností, což zapříčiňuje snížení jazykových dovedností, způsobu vyjadřování a také snížení slovní zásoby. (Kubešová, 2004)

Pokud hovoříme o této etapě stáří, je nutné uvézt, že zde může dojít i ke změně ve struktuře osobnosti, některé vlastnosti u něj mohou převládat, a to zejména vlastnosti negativní nebo může získat vlastnosti nové. (Vágnerová, 2007) Objevují se i onemocnění, které ve velké míře ovlivňují psychiku člověka, patří k nim Alzheimerova choroba, stařecká demence, deprese a jiné psychické poruchy, které výraznou měrou ovlivňují chování.

Sociální změny

Sociální změny doprovázejí stárnutí a velmi ho ovlivňují. Odchod do důchodu je jednou z velmi výrazných změn, jelikož v důsledku opuštění zaměstnání ztrácí člověk většinu sociálních kontaktů. Současně náhle zjišťuje, že má mnoho volného času, který mnohdy ani neví, jak využít nebo naopak, nadbytek volného času je možno ho využít k vlastním novým aktivitám, relaxaci či trávení volného času s rodinou. (Klevetová, Dlabolová, 2008)

Jednou z dalších změn krom odchodu ze zaměstnání a následného nadbytku volného času je nutnost se vyrovnat se změnami bydlení. Ke změně, jakou je odchod do institucí pro seniory dochází z mnoha důvodů, jako jsou: vysoký nájem, který nelze hradit z důchodu, který je diametrálně odlišný od výše platu v zaměstnání, neschopnost udržovat domácnost, neschopnost postarat se sám o sebe. Tyto změny mohou vést ke vzniku sociální izolace a ke změnám v chování, což je podpořeno ztrátou kontaktů s přáteli nebo rodinou z důvodu vykořenění z prostředí, kde někteří žili určitým způsobem i několik desetiletí. Pocity jako jsou nepotřebnost, opuštění nebo pocit odstrčení mohou vést k tomu, že člověk upadne do deprese. Jak již bylo zmíněno, tak všechny tyto změny, jak tělesné, psychické, tak sociální na sebe navzájem navazují. Jednou z nejtěžších změn se kterou se musí senior vyrovnat je ztráta partnera, který ho doprovázel životem, pozůstalý může ztratit i vůli dále žít. Přicházejí pocity osamělosti a mnohdy i neschopnost přijmout novou sociální roli „vdovec“, „vdova“. I tyto aspekty výrazně ovlivňují psychickou stránku a kvalitu života seniora. (Klevetová, Dlabolová, 2008) Navazujícími sociálními změnami, které je třeba uvést jsou: odchod dětí ze společného domova, ekonomická změna seniora, fyzická závislost, což ovlivňuje i zhoršení nebo nemožnost kontaktů s přáteli a okolím. (Malíková, 2011)

K velkým změnám, které provázejí stáří, patří také změny v oblasti sociálních rolí v rámci rodiny, a to zejména z rodiče na prarodiče. Toto jsou změny, které jsou podmíněny biologicky. Na základě zdravotního stavu senior zastává role nemocného, pacienta či klienta sociálního zařízení, úmrtím partnera se připojuje i role vdovy nebo vdovce. (Vágnerová, 2007)

Skupiny, s kterými probíhá interakce a komunikace se dají rozdělit do tří skupin, kterými jsou rodina, kam patří partner, děti a jejich rodiny, dále přátelé a známí ze sousedství s kterými senioři sdílejí své společenské aktivity, udržují sociální kompetence, které v rodině nevyužívají a v poslední řadě společenství obyvatel určité instituce, kterými jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných nebo domovy seniorů. (tamtéž)

Pro seniora je velmi důležitý sociální kontakt, jak s rodinou, přáteli nebo s okolím, posiluje v nich pocit jistoty. Důležitý je hlavně kontakt s osobami stejného věku, v jejíchž skupině hledají oporu a pochopení, chápou své problémy a vyhovují si i v životním tempu, trávení volného času ve skupině seniorů je tedy velmi pozitivní a přispívá k upevnění vazby na vlastní generaci. Můžeme vnímat hlavně potřebu někam patřit.

Patrná je i fixace na rodinu a potřeba zapojit se do společných aktivit, naplnit potřebu lásky, partnerského vztahu. (Vágnerová, 2007)

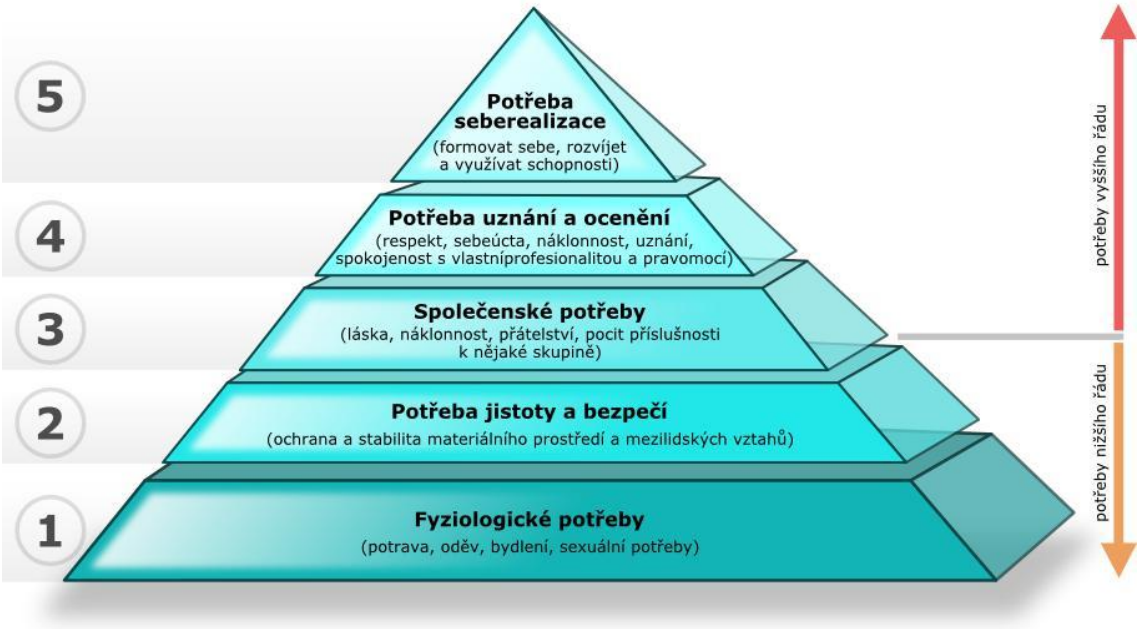
1.3 POTŘEBY SENIORŮ

Ani staří lidé nejsou výjimkou oproti ostatním lidem, stejně tak jako každý jiný člověk v jiné etapě svého života potřebují uspokojovat své potřeby. Neuspokojováním potřeb dochází u člověka k deprivaci a strádání. Potřebu tedy můžeme chápat jako nedostatek nebo absence něčeho po čem toužíme nebo co potřebujeme. (Dvořáková, 2012) Typologii lidských potřeb můžeme rozdělit na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, a další okruh můžeme nazvat vztahy k blízkým lidem, posledními okruhy jsou pak ty, které se vztahují ke společenskému uplatnění a spirituálním potřebám. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Potřeby a přání starých lidí se zas o mnoho neliší od těch, které mají lidé v produktivním věku, alespoň v těch základních bodech, které se týkají zdraví, finančního a materiálního zabezpečení. Chtějí mít domov, kde by se cítili příjemně, milovaně a měli své soukromí. Mají potřebu cítit se užiteční, potřební a někým uznávaní. Bohužel v souvislosti s jejich zdravotním stavem a případnou ztrátou soběstačnosti dochází k tomu, že potřeby, které byly dříve zcela uspokojovány se mohou ve stáří stát potřebami neuspokojovanými, což zákonitě vede ke snížení kvality života. Hodnoty, které senior ve stáří uznává, jsou ovlivněny jejich změnou pohledu na svět jako takový, jsou to zejména zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, psychická a fyzická pohoda. (Ondrušková, 2011)

A. H. Maslow je autorem teorie základních lidských potřeb, je datována do roku 1940 a zobrazil jí formou pyramidy. Je velmi důležité podotknout, že narůstajícím věkem, změnou prostředí, ve kterém člověk žije, dochází během života ke změně těchto potřeb.

Obrázek 1: Maslowova pyramida lidských potřeb



Zdroj: (Černý, 2013, online)

Základnu této pyramidy tvoří fyzické potřeby, jsou takto umístěny právě proto, že patří mezi základní potřeby lidského organizmu, jako potřeba kyslíku, příjmu jídla a tekutin, spánku, odpočinku a tepelné pohody. Druhý stupeň pyramidy představuje potřebu bezpečí a jistoty, což je pro seniora jedna z nejdůležitějších potřeb. Třetí stupeň je pak tvořen společenskými potřebami což pro starého člověka představuje nejen jistota ekonomického zabezpečení, ve smyslu pravidelného ekonomického příjmu a bydlení, ale je pro něj důležité i fyzické bezpečí a v neposlední řadě i psychické v podobě jistoty představované rodinou a zdravím. Sociální a společenskou potřebou, bývá nazývána potřeba sounáležitosti. Každý člověk má potřebu někam patřit, být něčeho součástí, v tomto smyslu chápejme rodinu nebo přátelství, potřebu s někým komunikovat vyjadřovat svoje názory a myšlenky, spolu s tím, že chce milovat a být milován. Posledním stupněm, vrcholem pyramidy je potřeba seberealizace. I když se to v období stáří nezdá být důležité nebo reálné, mnohdy využitá svých schopností nebo získání nových bývá tím, co žene člověka kupředu. (La Tibor, 2013, online)

1.4 ŽIVOT A JEHO SPECIFIKA V OBDOBÍ SENIA

Jako nový model osobního růstu můžeme chápat pojetí lidského života, který je brán jako nepřetržitý celek od narození do smrti, bez hranic mezi vývojovými stádii lidského života. Takový pohled na lidský život je možný hlavně proto, že se neustále prodlužuje jeho délka a tím i vzájemné soužití všech věkových skupin ve společnosti. (Klevetová, Dlabolová, 2008)

Správný přístup k seniorům očekáváme zejména od těch, kteří poskytují péči profesionální, ať už zdravotní nebo sociální. Aby práce byla smysluplná, je důležité navázat kontakt se seniorem. Kontakt vyžaduje komunikaci, která se zakládá na důvěře, rovnoprávnosti a porozumění a v neposlední řadě i na respektování se. (Venglářová, 2007)

U starých lidí můžeme často pozorovat, že se chovají negativně ke svému okolí, což do značné míry komplikuje jejich soužití s ostatními. Jejich chování a jednání je zapříčiněno hlavně obavou, strachem, pocitem nejistoty, závislosti, obavou ze ztráty autonomie, vlastní bezmocí, která stáří doprovází. Objevují se často problémy v rodině samé v oblasti komunikace, kdy dochází k asymetrii v komunikaci, která je zapříčiněna poklesem smyslového vnímání a poklesu kognitivních funkcí. (Pichaud, Thareauová, 1998)

Jedním z hlavních problémů stáří je zhoršení zdravotního stavu a tím vznik závislosti na druhém člověku v oblasti péče o vlastní osobu. Ať už se jedná o závislost na rodině nebo na zdravotnících, která mnohdy znásobuje již existující tělesné obtíže. (Venglářová, 2007)

V těchto chvílích většinou senior nebo rodina začínají hledat možnosti a podnikat první kroky k vyřešení situace. Zajímají se o možnost využití služeb sociální péče, vede je k tomu skutečnost, že v přirozeném domácím prostředí je již situace obtížně zvládnutelná nebo nezvládnutelná. Neznamená to však vždy to, že senior nebo rodina přestávají zvládat péči, a proto rodina hledá vhodnou sociální službu. Jsou případy, kdy senioři sami si velmi dobře uvědomují svou zhoršující situaci způsobenou nepříznivým zdravotním stavem a sami chtějí předejít tomu, aby se dostali do situace, že nebude zajištěna péče o ně do budoucna. Ve chvíli uvědomění potřeby sociální služby, přesněji pobytové sociální služby začíná hledání a zjišťování informací o dané konkrétní vhodné službě. (Kosíková, 2010)

„Změn přichází v životě mnoho. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace. Je tam ale několik ALE. Změn nesmí být nad únosnou míru, ta je pro každého z nás jiná. Změna musí mít pro svého nositele smysl, pak jí může lépe přijmout. Vyrovnání se předpokládá pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se se změnou potýká. Když lidé plánují zásadnější životní změny, odborníci varují: „Nechtějte změnit vše najednou!“, ale v životě seniora mnohdy přichází přímo smršť změn“. (Venglářová, 2007, s. 13)

2 LÉČEBNY PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ

Léčebny dlouhodobě nemocným poskytují zdravotní péči a jsou součástí systému zdravotnických zařízení v České republice. Slouží k doléčení pacientů, kteří byli propuštěni z akutních lůžek a k léčbě dlouhodobě, chronicky nemocných pacientů. Jedná se o specializovaná lůžková zařízení, kde jsou většinou umístěni pacienti vysokého věku, osoby nesoběstačné nebo osoby závislé na druhých. Jedním z předních důvodů hospitalizace je i jejich sociální situace. (Kalvach, et.al., 2004)

Pod pojmem, následná lůžková péče, si můžeme představit péči léčebnou, léčebně rehabilitační a péči ošetřovatelskou. Tento druh péče je poskytován v celé řadě zařízení, jako jsou nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy, včetně lázní. Pacienti, kteří jsou zde hospitalizování, již nejsou v ohrožení života, jejich diagnóza je známá a nepředpokládá se zvrat stability jejich zdravotního stavu, který by znamenal jejich návrat k akutní péči. Cíl následné péče je velmi obsáhlý, dá se popsat jako snaha o dosažení úplného fyzického nebo duševního zdraví chronicky nebo dlouhodobě nemocných osob nebo snahu o zmírnění následků onemocnění, úrazů či vrozených vad v co největším rozsahu a v neposlední řadě zpomalení progrese nebo důstojné dožití u nevyléčitelně nemocných osob. (MZČR, 1998, online)

Systém následné péče se dělí do tří základních skupin, a to na odbornou ošetřovatelskou péči, specializovanou následnou péči a lázeňskou péči. (tamtéž)

Odborná ošetřovatelská péče se dělí na ošetřovatelskou, paliativní a hospicovou péči.

Specializovaná následná péče se dělí na léčebnou rehabilitaci a následnou péči v rámci jednotlivých oborů (pracoviště tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrie, onkologie, zdravotní péče o nemocné s trvalým selháváním životních funkcí, léčebná rehabilitace). (MZČR, 1998, online)

Léčebny dlouhodobě nemocných poskytují v rámci tohoto členění odbornou ošetřovatelskou péči. (tamtéž)

2.1 DŮVODY HOSPITALIZACE V LDN

Důvody k hospitalizaci na LDN vyplývají již z definice cíle dlouhodobé péče, kterou je bezpochyby stabilizace zdravotního stavu pacienta, omezení následků nemoci, obnovení soběstačnosti, snaha o návrat do domácího prostředí a ovlivnit v kladném slova smyslu kvalitu života nemocného. Pro umístění pacienta na LDN jsou tedy tyto

předpoklady: stabilizovaný zdravotní stav, který však nedovoluje propuštění do domácího prostředí, chronicita onemocnění, pokročilý stupeň zdravotního postižení, nesoběstačnost a závislost na ošetřovatelském personálu. Převládá zde péče ošetřovatelská, rehabilitační i paliativní. (Kalvach et.al., 2004)

Jedním z nejčastějších důvodů přijetí pacienta na LDN bývají kardiovaskulární onemocnění, respirační a nádorová onemocnění, kožní onemocnění a demence. (tamtéž)

Významným faktorem, kterým se vyznačují pacienti, kteří jsou na LDN hospitalizování, je vysoký věkový průměr, až 80 % tvoří senioři, jejichž průměrný věk se pohybuje kolem 80 let. Důvodem tohoto stavu je klesání úmrtnosti v mladším věku a prodlužování života ve stáří spolu s demografickým vývojem a vyšší prevalencí chorob ve stáří. (tamtéž)

Kvalitou života ve stáři spolu s chorobami, které stáří doprovází, se zabývá klinická gerontologie, často označovaná geriatrie.

2.2 GERONTOLOGIE

Gerontologie je vědní obor, jehož předmětem zkoumání je stáří a stárnutí. Zkoumá onemocnění a změny fyziologických mechanizmů v období stárnutí, které mají vliv na funkčnost člověka zejména v oblasti jeho zdatnosti. (Malíková, 2011)

Geriatrie úzce spolupracuje i s jinými lékařskými obory jako jsou neurologie, psychiatrie, rehabilitace a praktičtí lékaři. Zabývá se integrací poznatků těchto lékařských oborů o starém a nemocném člověku do sebe sama. Předmětem pozornosti geriatrie jsou zejména ti staří nemocní, u nichž převyšuje nespecifická symptomatologie nad oborovou, u nichž jejich multimorbidita problematizuje oborové kompetence, či těmi, kteří jsou vážně ohroženi možnými komplikacemi, které vyplývají z jejich stavu a je možné je odvrátit specifickým geriatrickým režimem. Zapracovává do zdravotnického systému mezinárodní zkušenosti, které se týkají zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory, což zahrnuje jejich integraci, participaci, nediskriminovanost a modifikaci systému služeb. V popředí jejího zájmu stojí také kvalita péče o seniory a zvláštní důraz klade na zařízení dlouhodobé péče. (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007)

3 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ

Obsah této kapitoly se věnuje popisu základních pojmů vztahujících se ke vzdělávání seniorů. Blíže představuje také vzdělávací programy, které jsou v České republice realizovány zejména pro potřeby seniorů.

3.1 ZÁKLADNÍ POJMY

V České republice je převážně uskutečňováno vzdělávání seniorů na univerzitách třetího věku, v klubech seniorů nebo na akademiích třetího věku. Vzdělávání seniorů můžeme definovat jako vzdělávání občanů, kteří dosáhli důchodového věku. (Palán, Langer, 2008)

Univerzity třetího věku, existují v rámci vysokých škol, které se zaměřují na vzdělávání seniorů a mohou tak předávat informace na vysokoškolské úrovni. Jsou chápany jako pokračování aktivního životního stylu než jako nástroj na pokračování ve vzdělávání. Jejich součástí je rozsáhlá nabídka oborů s různým zaměřením. Akademie třetího věku se zaměřují na pořádání jednorázových nebo krátkodobých akcí, jejichž obsahem jsou aktuální témata nebo individuální neplánované zájmy seniorů. (tamtéž)

Kluby seniorů jsou založeny na podstatě společného trávení volného času seniorů, společnými znaky jsou dobrovolnost a rozmanitost zaměření, které vychází ze zájmů jednotlivých členů klubu. (tamtéž)

Univerzita třetího věku

V České republice byla první univerzita třetího věku otevřena v roce 1986 v Olomouci jejím garantem byl Československý červený kříž. Po roce 1989 začaly univerzity třetího věku provozovat také jiné fakulty a další univerzity u nás. Univerzity nabízejí uchazečům různé programy, které jsou zaměřené na psychosociální zdraví, komunikaci a další obory. V současné době je velký zájem o univerzity tohoto typu, počty studentů se pohybují kolem několika desítek tisíc. Vzdělávání této skupiny obyvatel je koncepční a vycházející ze znalostí potřeb a možností seniorů. (Haškovcová, 2010)

Akademie třetího věku

Mezi další formy vzdělávání seniorů můžeme zařadit Akademie třetího věku. Jedním z jejich základních rysů je výrazná odlišnost od studia na univerzitách, a to zejména v tom

směru, že není od účastníků vyžadováno plnění studentských povinností či vysoká učební angažovanost. Jejich programová nabídka je pro seniory zajímavá a během jejich absolvování po něm není vyžadována zvýšená intelektuální aktivita. Účastníci takového studia mají zájem rozvíjet své zájmy a získávat nové poznatky. Toto studium se odehrává nejčastěji ve dvousemestrálních cyklech obsahujících besedy zaměřené na různá témata, jako jsou kulturní, sociální nebo kulturně-osvětové. (Haškovcová, 2010)

E-learningové vzdělávání

Přesto, že to na první pohled není zřejmé, je v současné době již velká skupina seniorů, kteří velmi dobře ovládají práci s počítačem a dokáží se alespoň v základech orientovat ve světě internetu. Toto je doménou zejména té skupinu seniorů, kteří odešli do starobního důchodu v posledních letech a ovládali velmi dobře práci s počítačem a internetem, jelikož tyto dovednosti využívali ve svém předchozím zaměstnání. Proto se začala postupně rozvíjet jako další možnost ve vzdělávání seniorů forma e-learningu. Tento způsob komunikace se ukazuje jako velmi přínosný, jelikož díky němu mohou senioři stále udržovat kontakt se svými vrstevníky, bývalými kolegy, a to i v případě trvalé nebo dočasné imobility způsobené nemocí nebo úrazem. Přesto, že dochází k velkému rozmachu tohoto způsobu vzdělávání, je mezi seniory stále jen omezená skupina, která je počítačově gramotná na takové úrovni, aby se mohla plnohodnotně zapojit. Přesto má tato forma velký potenciál pro budoucnost. (Haškovcová, 2010)

Seniorská centra a kluby pro seniory

Ne každý senior se může nebo má zájem se stát účastníkem univerzitního studia, důležitou roli zde hrají důvody, jako jsou nechuť se učit v pokročilém věku nebo nikdy nestudovali a nechtějí s tím začínat nyní na sklonku svého života. Tento typ vzdělávání je tedy určen pro ty, kteří chtějí rozvíjet aktivní způsob života a participovat na společenském dění. Jedná se o kurzy, odborné semináře a besedy na různá témata, jejichž rozsah a obsah se odvíjí od přání klientů. V klubech tráví senioři svůj volný čas, věnují se vzdělávacím aktivitám s různým odborným zaměřením, setkávají se se svými vrstevníky v příjemném prostředí, což jim pomáhá k plnohodnotnému využití volného času. (Haškovcová, 2010)

3.2 SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ

V současné době se uplatňuje koncept celoživotního vzdělávání v rámci kterého, mají přístup ke vzdělání všichni lidé bez omezení věku. Z čehož vyplývá, že vzdělání již není omezeno pouze na určitá věková období, jako je dětství a mládí, které se považují za věkové skupiny, pro které je vzdělávání samozřejmostí. (Mužík, 2004)

Vzdělávacími potřebami starých lidí se však dlouho dobu nikdo nezabýval nebo byly přehlíženy, jelikož stáří si vždy většina spojovala s řadou omezení, ať už zapříčiněnými nemocemi nebo celkovou pasivitou a neschopností v oblasti intelektuálních činností. Cílová skupina v podobě osob v důchodovém věku, seniorů se v oblasti vzdělávání začala výrazněji objevovat až v 60. letech 20. století. (Mülpachr, 2004)

Tato věková skupina má svá specifika a zvláštnosti vyplývající z podstaty samé, dané věkem a odlišnou motivací starších lidí. V popředí stojí sociální oblast v podobě kontaktů s ostatními lidmi než vzdělávání jako takové. Při vzdělávání seniorů je důležité respektovat další oblasti, a to jak zatížení biologické, tak psychické. Biologické vyplývá ze zdravotních problémů spojených s vysokým věkem a psychické z životních situací, které přicházejí jako odchod ze zaměstnání, ztráta partnera atd. (Palán, Langer, 2008)

Častou otázkou při vzdělávání této specifické skupiny, jakou senioři jistě jsou, je zajištění podmínek, které by usnadnily průběh a zvýšili efektivitu učení. Mezi ně můžeme zařadit (Palán, Langer, 2008):

- potřeba logického uspořádání obsahu,
- častější opakování a nutnost shrnutí základních myšlenek,
- zainteresování zúčastněných,
- stálost zpětné vazby (diskuze, skupinová práce, odpovědi na otázky atd.),
- potřeba motivace a aktivizace.

Dalším aspektem, který výraznou měrou ovlivňuje proces vzdělávání seniorů je bezpochyby prostředí, v kterém je výuka realizována. Také osobnost vzdělavatele je důležitá a značnou měrou ovlivňující celý proces učení stejně jako složení skupiny vzdělávaných, která může vytvářet pozitivní a motivující prostředí nebo naopak může celou skupinu ovlivnit negativně, zejména pokud zde jsou velké rozdíly mezi vzdělávanými osobami. (tamtéž)

Je nutné také zmínit překážky a omezení, které mohou mít negativní vliv na efektivitu učení seniorů. U této cílové skupiny je potřeba obecně více času na osvojení poznatků

než u mladších osob. Dalším rozdílem mezi skupinami mladších osob a starších je skutečnost, že u skupiny seniorů jsou přestávky během procvičování naučené látky spíše ke škodě a snižují pracovní výkon seniorů. V neposlední řadě je to pak stav fyzický, psychický, zdravotní a prostorové uspořádání spolu s organizací vzdělávacích aktivit, které zahrnuje: dostupnost místa konání, bezbariérový přístup, intenzita osvětlení, hlasitost výkladu, přiměřená velikost a grafika vzdělávacích a informačních materiálů atd. (Šerák, 2009).

4 PÉČE O SENIORY, JEJICH ŽIVOTNÍ STYL A VZDĚLÁVÁNÍ VE SVĚTĚ ANLÝZ

V této kapitole se okrajově dotkneme systému péče o seniory v České republice a blíže se zaměříme na specifika jejich životního stylu. V závěru kapitoly se podíváme na analýzy vzdělávání této specifické skupiny u nás a v okolních zemích.

4.1 PÉČE O SENIORY, SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČR

Péče o seniory se v České republice poskytuje dle propracovaného sytému sociálního zabezpečení. K velkým změnám došlo po roce 2006, kdy byl vydán zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vztahoval se na všechny uživatele sociálních služeb a osoby v nepříznivých životních situacích. Díky tomuto zákonu lépe fungují mechanizmy, které se zaměřují na integraci osob se zdravotním postižením zpět do společnosti, značně zvyšuje jejich možnost žít v domácím prostředí místo jejich umísťování v sociálních zařízeních. (Malíková, 2011)

Zřizovateli sociálních služeb jsou obce, kraje nebo ministerstvo práce a sociálních věcí. Poskytovat sociální služby mohu být obce, kraje, ministerstvo práce a sociálních věcí, nestátní neziskové organizace i fyzické osoby a lze je poskytovat pouze po splnění podmínek a udělení registrace k poskytování sociálních služeb. (Šeredová, 2012)

4.1.1 DĚLENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální služby jsou děleny na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství je dále děleno na základní a odborné sociální poradenství. (MPSV, 2016, online)

Základní sociální poradenství poskytuje osobám informace, které potřebují nebo které jsou prospěšné k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Všichni poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni tuto činnost vždy zajistit. (tamtéž)

Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin, příkladem jsou občanské poradny, manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, pro oběti trestných činů a domácího násilí. (tamtéž)

Služby sociální péče se zaměřují na účinnou pomoc osobám při zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti, s cílem umožnit jim v co nejvyšší míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zabezpečit jim důstojné prostředí a zacházení. (MPSV, 2016, online)

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou tímto jevem ohroženy pro krizovou sociální situaci, své životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je pomáhat osobám k úspěšnému překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (tamtéž)

4.1.2 FORMY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální služby jsou poskytovány ve 3 formách (Šeredová, 2012):

Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí uživatele, to znamená v jeho domácnosti nebo ve vzdělávacím zařízení. Jedná se v první řadě o pečovatelskou službu nebo osobní asistenci.

Ambulantní služby jsou zařízení, kam osoby docházejí nebo jsou doprovázeny či dopravovány. Jedná se například o denní stacionáře pro seniory nebo odborné poradenství. V těchto zařízeních se neposkytuje ubytování.

Pobytové služby jsou již podle názvu spojeny s ubytováním v zařízení sociálních služeb, kde uživatel pobývá celoročně. Příkladem jsou domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem.

V současné době si každý může vybrat ze širokého spektra nabízených sociálních služeb, které lze různě kombinovat, využívat je jednotlivě nebo více z nich současně. Příkladem jsou osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, sociálně aktivizační služby pro seniory, sociální rehabilitace a domovy pro seniory. I když je opravdu mnoho možností, jakou sociální službu si vybrat, je vždy důležité zvolit tu, která je pro klienta nejvhodnější. (Veselá, 2003)

4.2 ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ

Seniorem myslíme obvykle člověka, který již ukončil svou pracovní kariéru a odešel na odpočinek. Někteří z nich se na odchod do důchodu těší, u jiných pomyšlení na odchod ze zaměstnání vyvolává stísněné pocity a obavy z budoucnosti. Senioři z první skupiny často již několik měsíců dopředu plánují a mají sestavený seznam aktivit, kterým se budou věnovat, jaká místa navštíví a jak konečně budou mít volný čas na své koníčky. Druhá skupina hledí s obavou do budoucnosti nevědí, jak naplnit volný čas, který odchodem do důchodu získali, chybí jim odvaha navštívit nějaká zařízení nebo se věnovat aktivitám, často ani nevědí jakým. Takoví senioři potřebují pomoc, kvalifikovanou radu o možnostech naplnění svého způsobu života, naleznutí nového životního stylu. (Haškovcová, 2010)

Životní styl je ve slovníku uveden jako *„komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorců, souhrn životních podmínek, na které lidi berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Jeho podoba je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolemi, tradicí apod.* (Jandourek, 2007, s. 243)

S přibývajícími roky dochází u starých lidí ke zúžení spektra kontaktů, s kterými udržují spojení a vztahy, i když se snaží o udržení vazeb s blízkými lidmi a okolím v důsledku úbytku sil a energie se to ne vždy úspěšně daří. Můžeme seniory začlenit do určitých kategorií korespondujících s jejich postoji k životu (Haškovcová, 2010):

- Konstruktivní přístup – pracuje na udržení samostatnosti, akceptuje svůj věk, raduje se ze života, působí optimisticky a přátelsky, k životu má aktivní přístup.
- Strategie závislosti – nepracuje na udržení samostatnosti, naopak využívá svých přibývajících zdravotních potíží k tomu, aby manipuloval se svým okolím dle svých potřeb, zejména s rodinnými příslušníky, je relativně optimistický, akceptuje realitu, ale je pasivní.
- Obranná strategie – neakceptuje realitu, odmítá přijmout svůj věk, popírá skutečnost tím, že nechce odejít ze zaměstnání do důchodu.
- Strategie nepřátelství – neakceptuje realitu, odmítá změny, které sebou stárnutí přináší. Je nespokojený se způsobem života i s vlastním věkem, uzavírá se, cítí se ukřivděný.
- Strategie sebenenávisti – má pocit, že tato etapa života je katastrofa, je rezignovaný a pesimistický. Převládají u něj pocity smutku a deprese.

Ne každý senior odpovídá přesně dané skupině. V průběhu stárnutí se jejich postoj k životu může měnit nebo se mezi jednotlivými skupinami prolínat. Vždy záleží na člověku samotném, a také jeho okolí. (Haškovcová, 2010).

4.2.1 VOLNÝ ČAS

Aktivity v seniorském věku se neliší příliš od těch, které člověk vykonával v předchozích letech. Jen je nutné přizpůsobit je určitým aspektům, které toto věkové období přináší, jako jsou jejich potřeby, zdravotní stav a vhodnost dané aktivity s přihlédnutím k věku. (Průcha, 2003)

Zatímco někteří mohou stále chodit do zaměstnání, jiní se mohou věnovat cestování, kultuře, sportu či dalšímu vzdělávání. (tamtéž)

Volný čas má mnoho definic a každá z nich ho popisuje z jiného pohledu, jednou z nejvýstižnějších je: *„Čas, se kterým může člověk nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Doba, jež zůstane po odčtení času věnovanému práci, péči o rodinu a domácnost, o vlastní fyzické potřeby včetně spánku.“* (Průcha, 2003, s. 273)

4.2.1.1 Trávení volného času a jeho funkce

Trávení volného času se může odvíjet od mnoha aspektů, jedním z nich a tím nejdůležitějším je rodina. V různých rodinách bývá představa o trávení volného času značně rozdílná, a právě rodina nejčastěji určuje co je pro jejich členy nejvhodnější. Druhým je předchozí povolání, profese, která může a také často ovlivňuje způsob trávení volného času, stejně tak, jako výše dosaženého vzdělání. Senioři s vyšším vzděláním věnují více volného času aktivitám, jako jsou četba, výlety, sport. Jako důvod se uvádí to, že tito lidé si mnohem více uvědomují potřebu pracovat na svém osobním rozvoji. (Šerák, 2009)

Dalšími aspekty, které ovlivňují trávení volného času, jsou socioekonomické a geografické faktory. Zejména nabídka trávení volného času je velmi odlišná ve městech a vesnicích. Neopomenutelnou roli zde hrají pracovní aktivity, velikost rodiny a vzájemné vztahy v rodině. (Sak, Kolesáková, 2012)

Funkce volného času se odrážejí v potřebách seniorů, kterými jsou relaxace, rozptýlení, poznání, klid, kontakt s dalšími osobami, angažovanost, vlastní zdroje. Jednou z cest, jak dosáhnout těchto potřeb je i sebevzdělávání. Sebevzdělávání patří nejen do

způsobů trávení volného času seniorů, ale souvisí i se změnou životního stylu v tomto období života. (Vážanský, 2001)

4.3 VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ VE SVĚTĚ ANALÝZ

Tato kapitola pojednává o vzdělávání seniorů ve světě analýz. V posledních letech prochází přístup společnosti k problematice stáří a stárnutí radikální proměnou. Postupné změny demografické křivky a s tím spojené jevy se dostávají do centra pozornosti odborné i laické veřejnosti. I když jsou v médiích prezentovány především negativní aspekty tohoto trendu, přesto začínají převládat přístupy vnímající stárnutí společnosti jako příležitost pro změnu situace a celkového přístupu k tzv. starším dospělým. Třetí věk přestává být označován jako neproduktivní a neaktivní etapa života, ale začíná se hovořit o konceptu kvalitního a úspěšného stárnutí. V současné době je mnoho organizací, které se zabývají výzkumem a analýzami v oblasti vzdělávání dospělých i konkrétně seniorů u nás i ve světě př. OECD, Rada Evropy, Světová Banka. Jako příklad je v této kapitole představen projekt Analysis and Comparison of Forms and Methods for the Education of Older Adults in the V4 Countries. (Martina Němcová, Sofia, 2014, online)

4.3.1 STARŠÍ DOSPĚLÝ NA TRHU PRÁCE

Projekt Analysis and Comparison of Forms and Methods for the Education of Older Adults in the V4 Countries vzniknul ve spolupráci čtyř zemí: České republiky, Slovenska, Polska a Maďarska a cílem byla analýza a komparace politik, přístupů a systému vzdělávání starších dospělých v rámci vybraných národních kontextů, u nichž byla očekávána značná podobnost daná nejenom geografickou, ale i historickou, kulturní a ekonomickou blízkostí sledovaných zemí. (Martina Němcová, Sofia, 2014, online)

V rámci projektu byly zkoumány čtyři vzájemně provázané tematické celky (Martina Němcová, Sofia, 2014, online):

- širší sociální apolitický kontext,
- trh práce,
- systém vzdělávání,
- metody vzdělávání starších dospělých.

Snahou bylo předložit výstižnou a integrující komparaci zahrnující všechny zásadní roviny stárnutí v soudobých společnostech, které bývají nejednou označovány jako stárnoucí. (Martina Němcová, Sofia, 2014, online)

Přestože byl projekt tematicky zaměřen především na oblast vzdělávání seniorů, pozornost byla věnována i oblasti pracovního života starších dospělých, což je problém, který je aktuální v naprosté většině vyspělých zemí. Vzhledem ke stále zvyšujícímu se průměrné věkové hranice úmrtnosti, zlepšujícímu se zdravotnímu a psychickému stavu starší populace se bohužel tyto aspekty dostatečně neprojevují v prodlužování délky pracovního života a průběžně dochází ke snižování průměrného věku, ve kterém pracovníci opouštějí trh práce. (tamtéž)

Jednotlivé země jsou nuceny řešit závažné problémy, které ovlivňují životaschopnost a funkčnost systémů sociálního zabezpečení a nutnost zmírňovat dopady poklesu počtu pracovníků v produktivním věku prostřednictvím zvyšování míry a prodlužování doby působení starších osob na trhu práce. Zatímco si Evropská unie stanovila cíl v rámci strategie Evropa 2020 dosáhnout určité míry zaměstnanosti starších pracovníků (55–64 let) 55 % (Evropská komise, 2013), země V4 vykazují statistiky pohybující se hluboko pod touto hranicí. Příkladem je rok 2011, kdy byla nejvyšší míra zaměstnanosti této věkové skupiny v České republice (47,6 %), zatímco na Slovensku to bylo 41,04 %, v Polsku 36,9 % a v Maďarsku dokonce pouze 35,8 %. V těchto zemích je současně prokázána mnohem vyšší diskriminace občanů (pracovní, vzdělávací, ekonomickou atd.) na základě věku oproti průměru v EU. V názorech na společenský přínos občanů ve věku 55+ vykazují Maďarsko a ČR dokonce nejhorší výsledky v rámci celé Evropy! V rámci výzkumu se objevily i zcela nové fenomény, jakými jsou chudoba, a také samota seniorů. Jako jedním z možných nástrojů řešení této situace je koncepce tzv. age managementu. Bohužel z uvedených zemí je pouze Česká republika, která se snaží o zařazení dané koncepce do svých národních dokumentů. Vzhledem k tomu se aktivní zapojení do vzdělávacích procesů ze strany seniorů stává stále častěji nikoli možností, ale nutností. (tamtéž)

5 TERAPIE A VZDĚLÁVACÍ AKCE PRO SENIORY

V této kapitole je přiblížena problematika aktivizace seniorů se zaměřením na terapie, které jsou používány pro práci se seniory a které jsou jim nabízeny během dlouhodobé hospitalizaci na LDN Kutná Hora.

5.1 AKTIVIZACE SENIORŮ

Trávení volného času seniorů je problém, kterým se zabývá mnoho autorů a řeší ho téměř každé zdravotnické zařízení nebo zařízení sociální péče, problém nastává všude tam, kde jsou senioři dlouhodobě hospitalizováni, kde tráví své dny. (Haškovcová, 2010)

Trávení volného času můžeme rozdělit do dvou kategorií, kterými jsou aktivní trávení volného času, a protipólem je pasivní přístup k trávení svého volna. Pasivním trávením volného času se myslí omezení pohybových a manuálních činností na minimum, zatímco aktivním způsobem je myšleno mnoho činností, jejichž realizace je úzce spjata s rodinou, přáteli, kulturními a společenskými nebo dokonce sportovními aktivitami. (tamtéž)

Každý senior si také může organizovat svůj volný čas sám nebo s dopomocí jiné osoby či organizace. Na základě toho leze rozdělení aktivit chápat, jako aktivity individuální nebo organizované institucionálně. Z odborného hlediska jsou důležité zejména skupinové aktivity, kde se senioři společně setkávají za účelem trávení volného času. Obrovskou výhodou skupinových aktivit je to, že senioři se mohou navzájem podporovat v jejich rozvíjení, k dalšímu pravidelnému setkávání nebo organizování dalších činností. Důležití jsou i domácí mazlíčci, kteří pomáhají seniorů při aktivním trávení volného času. Nutí seniora k fyzické i psychické aktivitě zejména tím, že potřebují péči, jako je krmení, pohyb, péče o jejich zdraví nebo hygienu. To vše dohromady nutí seniora, k pohybu a udržení dalších schopností a dovedností. (Pacovský, Heřmanová, 1981)

Je důležité si uvědomit, že aktivizace seniora se týká jak stránky psychické, tak fyzické s přihlédnutím k individuálním rozdílům, jeho koníčkům a možnostem, zejména zdravotním. Aktivizace by měla pomoci při nalezení smyslu života ve stáří, posílení důstojnosti a sebeúcty, zabránit pocitu osamělosti, znovu pocítit, jak chutná úspěch a dosáhnutí stanoveného cíle. (Haškovcová, 2010)

5.2 TERAPIE VYUŽITELNÉ K AKTIVIZACI SENIORŮ

Terapie, které v rámci dlouhodobé hospitalizace využívají pacienti Nemocnice Kutná Hora na odděleních léčebny dlouhodobě nemocných, jsou ergoterapie, canisterapie, muzikoterapie a arteterapie.

5.2.1 ERGOTERAPIE

Česká asociace ergoterapeutů definuje ergoterapii takto:

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a relaxačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cíle ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“ (Česká asociace ergoterapeutů, online, cit. 2017-12-21)

Jedním z dalších cílů ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost, a to jak v běžných denních činnostech týkajících se zejména vlastní sebeobsluhy, pracovních činnostech a aktivitách volného času. Práce ergoterapeutů je zaměřena zejména na nácvik činností, v kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí určitým způsobem omezena, probíhá v reálných situacích a pokud jeto možné i v jejím vlastním prostředí. Ergoterapeut pomáhá při řešení problémů spjatých se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné. (Česká asociace ergoterapeutů, 2015, online)

Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí zohledňovat skutečnosti jako jsou: osobní, sociální, kulturní potřeby daného člověka, aktuální zdravotní stav, věk, pohlaví a podmínky prostředí v kterém se nachází. Dále se musí vztahovat k sociálním rolím, které osoba zastává nebo které se očekávají. (tamtéž)

Ergoterapie je využívána (Česká asociace ergoterapeutů, 2015, online):

- ambulantní a lůžková zdravotnická zařízení,
- rehabilitační centra a ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných,
- denní stacionáře, terapeutické dílny a komunitní programy pro osoby s duševním postižením,
- penziony a domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- služby domácí péče, ranné péče a osobní asistence,
- speciální školy pro děti se specifickými potřebami,
- programy předpracovní a pracovní rehabilitace, programy chráněného zaměstnání,
- vzdělávací instituce pro přípravu studentů ergoterapie.

5.2.2 CANISTERAPIE

Canisterapií se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže v člověku navodit pocit dobré nálady i ve chvílích, kdy je jí nedostatek. Canisterapie už dávno není jen o radosti, kterou pes lidem přináší, ale je i prostředkem při podpoře léčby a vzdělávání, může mít formu individuální nebo kolektivní. V canisterapii je využíváno pro její poskytování mnoho různých plemen psů, s průkazem původu nebo i bez. K výkonu této činností musí pes i psovod absolvovat náročné zkoušky a získat oprávnění k jejímu provozování. V České republice je několik organizací, které umožňují složení takových zkoušek a nejznámější z nich jsou Pomocné tlapky o.p.s. a Helppes o.p.s. Canisterapeutické certifikované týmy navštěvují domovy pro seniory, dětské domovy, seniory ve zdravotnických zařízeních, ústavy pro mentálně postižené, školky nebo jiná podobná zařízení. (Pomocné tlapky, o.p.s., 2009, online)

Canisterapeutické metody se dělí podle zaměření na aktivity za pomoci psa (AAA), kde se prostřednictvím přirozeného kontaktu člověka a psa snaží terapeut docílit zlepšení kvality života člověka a obecné aktivizace. Další metodou je terapie za pomoci psa (AAT), při které je postup koordinován společně s odborníkem (fyzioterapeutem, psychologem, speciálním pedagogem ard.) a stává se podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta. Poslední metodou je vzdělávání prostřednictvím psů, kde pedagogové využívají pozitivní vliv psů k výuce osob se specifickými potřebami nebo jako součást zážitkové výuky. Bylo zjištěno, že vzdělávaná osoba se rychleji a ochotněji učí, což je velkým přínosem pro pedagogovu práci. (Pomocné tlapky, o.p.s., 2009, online)

Kromě pozitivních psychických účinků, které známe ze společenské formy canisterapie (AAA) lze tedy canisterapii, jak bylo již uvedeno, využít jako podporu léčby konkrétních zdravotních problémů (AAT). (tamtéž)

Canisterapie (Pomocné tlapky, o.p.s., 2009, online):

- rozvíjí hrubou a jemnou motoriku,
- podněcuje verbální a neverbální komunikaci,
- rozvíjí orientaci v prostoru a čase,
- pomáhá při nácviku koncentrace a paměti,
- rozvíjí sociální cítění, poznávání a složku citovou,
- působí také v rovině rozvoje motoriky s atributem rehabilitační práce, v polohování a relaxaci,
- tam kde je třeba podněcují psi chuť ke hře a pohybu,
- mají velký vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze a motivaci.

Canisterapie má výborné využití pro tělesně postižené, pro mentálně postižené, pro osoby v rehabilitaci nebo jinak nemocné. Velký pokrok byl pozorován u osob s poruchou autistického spektra, kdy pozvolným a dlouhodobým působením může pes plnit roli prostředníka mezi jejich světem a okolím. Věk klientů není nijak omezen, věkové rozpětí je od kojenců po seniory a je poskytována v nejrůznějších prostředích – sociální, vzdělávací a zdravotnická zařízení, ale třeba i v rodině klienta. Canisterapie je využitelná také jako prostředek pro odbourání stresu, a to zejména pro osoby, které se ocitli v nepříznivé životní situaci, jako jsou důsledky přírodních katastrof, nehody nebo teroristické útoky atd. (tamtéž)

5.2.3 MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie je metoda, pod kterou si asi většina lidí nedokáže představit něco konkrétního, mluvíme o ni tam, kde se cíleně využívá zvuků a hudby primárně k terapeutickým účelům. Také tam, kde se během terapeutického procesu využívá zvuku, hudby nebo hudebních elementů a je prováděna kvalifikovanými a kompetentními muzikoterapeuty. Za cílové skupiny můžeme označit především jedince se zdravotními, psychickými a vzdělávacími problémy, muzikoterapie je využívána u širokých vrstev populace nejrůznějších věkových skupin a schopností. Muzikoterapeutické cíle zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, do které spadá léčba, učení, rozvoj sociálních

vztahů a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládání bolesti a stresu, zlepšení kvality života, osobní a duchovní rozvoj atd. Muzikoterapii dělíme na individuální nebo skupinovou a mimo jiné, také na aktivní nebo receptivní. Tato terapie má uplatnění v prevenci, léčbě i následné rehabilitaci a je využívána jak v medicínských, vzdělávacích, psychiatrických, psychoterapeutických, gerontologických zařízeních i v soukromé praxi. (Jiří Kantor, muzikoterapie 2007, online)

Muzikoterapie používá celou řadu technik, příkladem jsou (Jiří Kantor, muzikoterapie 2007, online):

- hudební improvizace,
- hudební interpretace,
- zpěv písní,
- poslech hudby,
- psaní písní a kompozice hudby,
- hudební vystoupení,
- pohybové aktivity při hudbě,
- hudba a imaginace dechová cvičení při interaktivní hudbě.

5.2.4 ARTETERAPIE

Česká arteterapeutická asociace definuje tento obor jako „*využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným.“* (ČAA, 2017, online, cit. 2017-12-21)

Dalšími oblastmi, kde jsou tyto aktivity využívané, jsou primární, sekundární a terciární prevence i následná péče, v oblasti zdravotnictví, sociální péče, výchovy a vzdělávání u dětí i dospělých. (ČAA, 2017, online)

V tomto oboru se rozlišují dva proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na její potenciál tvůrčí činnosti jako takové a pracuje se tedy s procesem výtvarné tvorby a na artpsychoterapii, kde výtvory a prožitky z procesu tvorby jsou dále psyhoterapeuticky analyzovány, čím narážíme na úzké propojení s psychoterapií. Další dělení, které se uvádí, je podle toho, zda klient tvoří sám nebo pracuje již s vytvořenými

předměty, rozdělujeme arteterapii na expresivní a receptivní. Arteterapie se pak může poskytovat individuálně a skupinově. (ČAA, 2017, online)

Arteterapeutické přístupy jsou zaměřeny na léčebně kognitivní, motivační a emocionální aspekty, sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarze, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti v rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivace obranných mechanizmů. Arteterapie si klade řadu cílů, souvisejí na jedné straně s tím, z jakých pozic arteterapie vychází, na druhé straně ze situace a potřeb klientů či pacientů, s nimiž pracuje. (tamtéž)

Arteterapie je v současné době hojně využívána ve zdravotnických zařízeních a zařízeních následné péče. Zaměřuje se na práci jak s dětmi, tak s dospělými a seniory. Kromě využití ve zdravotnictví je využívána i v sociální oblasti například při práci s klienty s duševním onemocněním nebo v pedagogické oblasti. V pedagogické oblasti se v České republice od 90. let 20. stol. rozvíjí na artefiletika, kterou můžeme zařadit na pomezí esteticko-výchovných a expresivně-terapeutických oborů. Vyučuje se na některých pedagogických fakultách v rámci kateder výtvarné výchovy. (tamtéž)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA VÝZKUMU

S ohledem na téma a cíl bakalářské práce a na cílovou skupinu výzkumu – seniory, byla zvolena pro výzkum kvalitativní výzkumná strategie. Tato metodika umožňuje hlubší porozumění zkoumané skupině, v jejich vyprávění najít odpovědi na otázky a snažit se zjistit, jaký názor a postoj mají k předkládané nabídce terapií a služeb.

V rozhovorech byly použity otevřené iniciační – podnětné otázky. Uvedené techniky byly zvoleny proto, že lépe se seniorům odpovídá na otevřené otázky, kdy mohou do své odpovědi přenést své představy, vzpomínky, mohou sdělit, jak sami vidí svoji situaci, jaká jsou jejich přání, cíle a dokáží lépe vyjádřit svůj názor na absolvované aktivity v průběhu hospitalizace. Otevřené otázky jsou pro ně srozumitelnější a dávají jim prostor pro vlastní interpretaci odpovědi. Rozhovor podle návodu byl použit u obou dílčích cílů mého výzkumného šetření. (Kosíková, 2010)

„*Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva. 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. Sběr dat a jejich analýza v kvalitativním výzkumu probíhají v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter“* (Hendl, 2005, s. 50)

„Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 17)

Kvalitativní data jsou mnohem náročnější na vyhodnocení, než jsou data kvantitativní. Kvalitativní výzkum – to je porozumění, významy, smysl – tedy to, co se stěží dá měřit nebo vyjádřit pomocí grafů. Kvalitativní metodologie je založená na hledání významu, nikoliv na tvorbu zákonů a jeho různorodých interpretací. Hledá argument pro primárnost nad abstraktními pravdami. Je považována za humanitní a zkušenostní. Kvalitativní metody zachycují bezpochyby jedinečnost, váže se k nim přístup idiografický, popisující neopakovatelnou skutečnost a jejich zdůvodnění je toto: dnes narůstá potřeba hlubšího postižení sociálních jevů i z hlediska jejich smyslu, který jim lidé přikládají, z hlediska neměřitelných kvalit. (Kosíková, 2010)

6.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1.1 CÍL VÝZKUMU

Tabulka 1: Cíl výzkumu

Hlavní cíl absolventské práce	Analýza a popis funkčnosti nabízených terapií s vzdělávacích akcí dlouhodobě hospitalizovaných seniorů na LDN NEMKH pro jejich následné začlenění zpět do běžného života po propuštění.
Dílčí cíl 1	Zanalyzovat rozsah a zájem seniorů o nabízené terapie a vzdělávací akce v průběhu hospitalizace na LDN NEMKH.
Dílčí cíl 2	Zanalyzovat schopnost využití získaných informací, dovedností a schopností pro začlenění do běžného života po ukončení dlouhodobé hospitalizace na LDN NEMKH.

Zdroj: autor práce

6.1.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Respondenty výzkumu byli pacienti hospitalizovaní na oddělení LDN Nemocnice Kutná Hora. Skupina, která byla vybrána jako výzkumný soubor, byla ve věkovém rozmezí od 75–91 let (seniory). Jedná se o pacienty, kteří do tohoto zařízení přicházejí po stabilizaci zdravotního stavu z akutních lůžek nebo z důvodu zhoršení zdravotního stavu ze zařízení sociální péče, která se nacházejí v okolí nemocnice. V neposlední řadě z důvodu zhoršení zdravotního stavu ze svých domovů, když již nejsou schopni se o sebe postarat a ani jejich rodina nemůže tuto péči zabezpečit. V posledním ze jmenovaných případů se jedná spíše o sociální hospitalizace, které jsou řešeny přijetím na sociální lůžka (sociální služba provozovaná ve zdravotnickém zařízení). Jedná se většinou o pacienty vysokého věku, částečně nebo úplně nesoběstačné, imobilní, někdy osamocené a mnohdy zcela závislé na pomoci jiných osob. Cílem u těchto pacientů je snaha co nejvíce zlepšit jejich zdravotní stav a kompenzovat případné problémy tak, aby byla buď úplně, nebo alespoň částečně zachována nebo podporována soběstačnost. Doba hospitalizace těchto pacientů se počítá v řádech několika měsíců, jelikož tito lidé potřebují delší dobu ke zlepšení zdravotního stavu než osoby mladé nebo ve středním věku.

Výzkumu se zúčastnilo 10 pacientů, z toho 5 žen a 5 mužů. Tento počet byl schválen organizací, kde byl výzkum prováděn. Z nich 5 respondentů bylo přijato k hospitalizaci na LDN NEMKH z domácího prostředí, tito žili spolu s rodinou, pro lepší interpretaci výzkumu jsou označováni jako skupina 1 a 5 respondentů bylo přijato z domácího prostředí, ale v domácnosti žili sami, odkázání na svou vlastní pomoc nebo pomoc okolí, v rámci interpretace výzkumu jsou označeni jako skupina 2.

Hlavní cíl výzkumu byl rozdělen do dvou dílčích cílů (dále jen DC1, DC2) a 8 tazatelských otázek. Rozhovory byly provedeny dva v průběhu celého výzkumu, první v průběhu hospitalizace po absolvování vybraných kurzů a terapií a druhý po propuštění z LDN NEMKH v místě, kam byli propuštěni. Prvních 5 otázek směřujících k DC1 a 3 otázky směřující k DC2.

6.2 PRŮBĚH VÝZKUMU

Prostřednictvím kvalitativních individuálních rozhovorů byly získány požadované údaje od informantů. Rozhovory byly prováděny po předchozím souhlasu respondentů, v „chráněném čase a prostředí“. To znamená v kanceláři sociální pracovnice ONK, a.s., NSČK, NEMKH nebo na oddělení LDN Nemocnice v Kutné Hoře v pracovně staniční sestry a doma v přirozených podmínkách pacientů. Otázky byly pokládány tak, aby respondenti otázkám rozuměli, zdály se jim jednoduché, srozumitelné a dokázali na ně odpovědět. Práce s touto cílovou skupinou je velmi náročná hlavně v tom směru, že senioři bývají postiženi mnoha onemocněními, které mohou ovlivňovat jejich schopnost porozumění a myšlení, jako jsou různé stupně demence, Alzheimerova choroba atd. V těchto uvedených skutečnostech spočívá jedno z rizik této práce.

Jedním z důležitých aspektů sběru dat bylo dosažení toho, aby se respondenti „otevřeli“, tedy získání důvěry zkoumané osoby vůči osobě provádějící výzkum. Podstatné pro dosažení toho stavu je představení se, sdělení pracovního zařazení, vysvětlení, co tato práce obnáší, zájem o jejich sociální situaci, vytvoření příjemného a bezpečného prostředí a ujištění, že je na rozhovor dostatek času. Záznam rozhovorů, přímé citace byly ručně zaznamenávány do archu s připravenými otázkami přímo za přítomnosti respondenta, tento postup byl s nimi předem dohodnut. I když to bylo časově náročné, byl tím dán respondentům prostor i pro vyjádření emocí, popisování i zdánlivě

nesouvisejících situací a témat. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla 45 minut. Výzkum byl prováděn od září 2017 do ledna 2018.

6.2.1 VÝZKUMNÉ TECHNIKY

V této bakalářské práci, v její praktické části jsem použila výzkumnou techniku individuálního osobního rozhovoru a rozhovor podle návodu.

Individuální osobní rozhovor – při využití této techniky jde o vzájemnou interakci mezi tazatelem a dotazovaným, ve kterém se snaží tazatel získat od dotazovaného informace, jež pomohou odhalit to, co skrývá mysl dotazovaného, jako vzpomínka, zkušenost, znalost, očekávání a hodnocení prožitků, které tyto skutečnosti doprovázejí. (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001)

Rozhovor podle návodu – celý rozhovor obsahuje předem připravené otázky, jež jsou během rozhovoru předkládány. Předmětem návodu k rozhovoru je seznam otázek nebo témat, jež je nutné během něj probrat. Tento návod má zajistit, že budou probrána opravdu všechna témata, která jsou pro tazatele zajímavá. Záleží pouze na tazateli, v jakém pořadí a jakým způsobem získá potřebné informace k osvětlení problému, který je předmětem zkoumání. Tazateli je ponechána i volnost v tom směru, že může upravovat otázky podle vývoje aktuální situace v průběhu rozhovoru a tím i využít co nejefektivněji čas, který má pro rozhovor vyhrazen. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale současně umožňuje dotazovanému uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti. (Hendl, 2005)

6.3 INTERPRETACE VÝZKUMU

Na základě dat, která byla získána pokládáním předem připravených otázek byly stanoveny okruhy, které byly postupně vyhodnoceny. Okruhy odpovídají pokládaným tazatelským otázkám. Výsledky výzkumu byly zhodnoceny z hlediska obsahu výpovědí jednotlivých respondentů a doloženy citací některých z nich. V odpovědích na některé otázky se většina respondentů shodovala, zejména odpovědi těch, kteří patřili do stejné skupiny. Objevily se však odpovědi, které vyvolaly celou škálu prožitků a postřehů. V kategoriích odpovědí na některé otázky se respondenti shodli v celé šíři dotazovaného spektra, bez rozdílu pohlaví a prostředí, ze kterého pocházejí.

U některých otázek se objevily rozdíly, které je možné přisuzovat právě tomu, že před nástupem žili v odlišných prostředích. Neobjevily se však zásadní rozdíly mezi výpovědí mužů a žen v téže skupině i ve srovnání s druhou skupinou.

V interpretaci dat jsou pro názornou demonstraci citování pouze někteří respondenti. V demonstraci jsou zastoupeny obě skupiny.

Respondenti jsou označení písmeny A, B, C, D, E, F, G, H, CH, I.

Tabulka 2: Struktura výzkumného souboru

Respondenti, kteří žili před hospitalizací s rodinou – skupina 1.	C, E, F, CH, I
Respondenti, kteří žili před hospitalizací sami – skupina 2.	A, B, D, G, H

Zdroj: autor práce

7 VZDĚLÁVACÍ AKCE A TERAPIE

V rámci tohoto oddílu se seznámíme s vzdělávacími akcemi a terapiemi, které jsou pravidelně nabízeny pacientům dlouhodobě hospitalizovaným na oddělení LDN Nemocnice Kutná Hora. Jedná se o vzdělávací kurzy zaměřené na několik oblastí:

- Kurzy zaměřené na hrubou a jemnou motoriku (př. Kurz pletení)
- Kurzy zaměřené na zvládnutí práce s mobilním telefonem
- Čtenářské kroužky
- Akce zaměřené na trénování paměti

Každý pacient dlouhodobě hospitalizovaný na LDN NEMKH má možnost se těchto kurzů a terapií zúčastnit, jsou volitelné na základě zájmu pacienta nebo jsou mu doporučeny lékařem jako součást léčebného procesu. Účast na nich je dobrovolná. Každý pacient, který nastoupí na toto oddělení, obdrží svou individuální nabídku, která je připravena ve spolupráci sociální pracovnice, ošetřujícího lékaře na daném oddělení a skupinou terapeutů.

Součástí kurzů zaměřených na udržení a rozvoj drobné motoriky byl v roce 2017 realizován kurz nácviku pletení. Zúčastnili se ho nejen pacienti, ale i zájemci z řad veřejnosti. Techniku pletení spolu s názornými ukázkami a zácvikem účastníků prováděla dobrovolnice z Oblastní Charity Kutná Hora, akce proběhla pod názvem „Pleteme pro Nemocnici“ a výsledkem bylo slavnostní předání 80 párů ručně pletených ponožek pacientům léčebny dlouhodobě nemocných. Celý kurz byl příznivě hodnocen účastníky, pacienty i veřejností. V roce 2018 bude znovu otevřen pro skupinu 10–20 účastníků.

Kurzy zaměřené na zvládnutí práce s mobilním telefonem probíhají pro naše seniorské pacienty hospitalizované dlouhodobě na LDN pravidelně v intervalech čtvrt roku a jsou určené pro skupinu maximálně 5 pacientů tak, aby výsledek byl efektivní a vedoucí tohoto kurzu se mohl všem účastníkům aktivně věnovat. Kurz je zaměřen zejména na procvičení schopnosti ovládání mobilního telefonu, přijímání hovorů, ukládání a hledání kontaktů v seznamu, psaní SMS zpráv.

Čtenářské kroužky jsou u nás organizované pravidelně, každý týden pod záštitou Oblastní Charity Kutná Hora v rámci dobrovolnického centra v Nemocnici Kutná Hora. Společné nebo individuální čtení se odehrává jednou týdně, dle zájmu pacientů. Slouží k udržení obecného rozhledu. Procvičují a udržují ústní formu domluvy a slovní zásobu

pacientů. Čtena je beletrie, denní tisk, časopisy a dále dle osobního zájmu a zaměření pacienta.

V neposlední řadě jsou to i akce zaměřené na trénování paměti, mezi které patří soutěže organizované mezi pacienty v různých oblastech, které pomáhají trénovat jejich paměť a zároveň podporují v rámci zdravé konkurence s ostatními pacienty jejich motivaci k činnostem tímto směrem zaměřeným. Jedná se zejména o soutěž v pexesu, poznávání předmětů na kartičkách až po skládání jednoduchých obrázků puzzle na čas. Tyto akce jsou u pacientů obzvlášť oblíbené, projevuje se u nich motivace, snaha a odměnou jim jsou i drobné dárky sponzorované nemocnicí. Tyto akce se opakují pravidelně několikrát ročně.

Další nabídnuté terapie jsou arteterapie, muzikoterapie, canisterapie a ergoterapie, které probíhají v intervalech jednou týdně a účastní se jich pacienti, dle vlastního rozhodnutí nebo na základě doporučení lékaře.

Pacienti se zapojují do podobných aktivit vesměs ochotně, vyplňuje jim to zejména čas, který zde tráví a také to přispívá k udržení a rozvoji jejich vědomostí, dovedností a získání dovedností nových. Tito účastníci vzdělávacích akcí jsou současně i respondenti, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu.

7.1 DC1: ZANALYZOVAT ROZSAH A ZÁJEM SENIORŮ O NABÍZENÉ TERAPIE A VZDĚLÁVACÍ AKCE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE NA LDN NEMKH.

TO1: Vyprávějte mi o tom, kde jste žil/a do doby, než jste byl/a hospitalizována na LDN Nemocnice Kutná Hora?

Tato otázka slouží zejména k tomu, aby mohli být respondenti rozděleni do jednotlivých skupin a vytvořena struktura souboru.

Významný vliv na prožívání hospitalizace ve zdravotnickém zařízení hraje mimo dalších vlivů každého jedince i to, v jakém prostředí doposud žil. Obecně lze respondenty rozdělit do dvou skupin. Příslušnost k dané skupině je také důležitá z hlediska jejich postoje k nabízeným vzdělávacím akcím a terapiím a také k jejich využitelnosti po propuštění z hospitalizace v přirozeném prostředí, z kterého do zdravotnického zařízení přišli. První skupina seniorů před hospitalizací žila ve společné domácnosti s dalšími

rodinnými příslušníky, ať už se svým partnerem nebo jinými členy rodiny. Tak jak uvádí jedna z respondentek hospitalizovaná na LDN NEMKH po fraktuře krčku kosti stehenní.

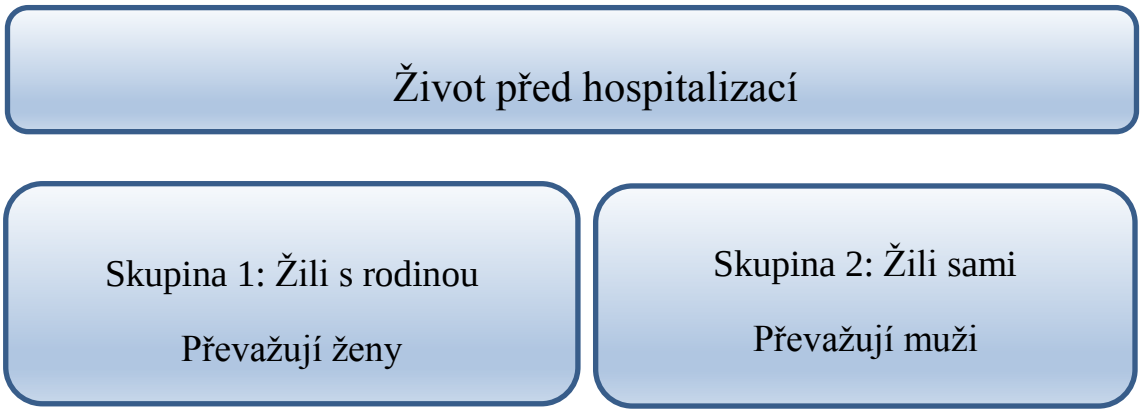
„Jsem vdaná, žiji s manželem na vesnici v starém rodinném domku. Než se mi stal ten úraz, skoro vše jsme zvládali bez pomoci dětí.“ (respondentka E)

Druhá skupina respondentů žila v období před hospitalizací ve zdravotnickém zařízení sama, tedy odkázána jen sama na sebe nebo pomoc druhých (dětí, sousedů, přátel, pečovatelské služby). Příkladem je respondentka po zlomenině krčku kosti stehenní vpravo.

„Jsem vdova, před nástupem do nemocnice jsme bydlela v rodinném domku, mám dvě dcery, obě žijí v zahraničí. Občas ke mně docházel soused a ten mi pomáhal s těžšími pracemi kolem domu.“ (respondentka A)

Na základě provedeného výzkumu po vyhodnocení odpovědí respondentů, mohli být tito rozděleni do jednotlivých skupin a vytvořena struktura souboru. Skupina seniorů náležejících do skupiny 1 – žili před hospitalizací ve společné domácnosti s dalšími rodinnými příslušníky a skupina 2, senioři, kteří žili sami. V odpovědích respondentů se neobjevila žádná další kategorie, odkud pacienti nastoupili k hospitalizaci na LDN. Na počátku výzkumu během rozdělení do jednotlivých skupin bylo zjištěno, ve skupině 1 převládají ženy a ve skupině 2 převládají muži. Toto zjištění bylo překvapivé vzhledem k tomu, že osamoceně žijících mužů je obvykle méně než žen. Výběr respondentů byl náhodný a dobrovolný. Senioři z obou skupin vykazovali značnou nervozitu, rozhovor s nimi byl silně emotivní a již po první otázce bylo třeba je podporovat v pokračování rozhovoru.

Schéma 1: Život před hospitalizací



Zdroj: autor práce

TO2: Víte o tom, že během hospitalizace se můžete zúčastnit řady vzdělávacích aktivit a využít i různé terapie, projevil/a jste zájem o jejich využití?

Tato otázka slouží ke zjištění, zda pacienti vědí, o existenci nabídky na vzdělávací aktivity a terapie.

Povědomí o tom, zda pacienti vědí o nabídce vzdělávacích akcích nebo terapií probíhajících na oddělené léčebny dlouhodobě nemocných nezáleží jen na nich samotných, ale o nabídce by je měla informovat staniční sestra po přijetí na oddělení a také sociální pracovnice během sociálního šetření, které u každého pacienta probíhá do 14 dnů po přijetí. Pacienti mají také možnost získat dané informace z letáků na nástěnkách, které jsou umístěny na každém oddělení.

Respondentka ze skupiny 1 přijatá pro doléčení uroinfektu s lehkou stařeckou demencí si dokázala vzpomenout na nabídku, ale neměla o jejich využití zájem.

„Někdo mi o tom říkal asi sestra, ale nevím, co to je, už si to nepamatuju, ani mě to moc nezajímá.“ (respondentka F)

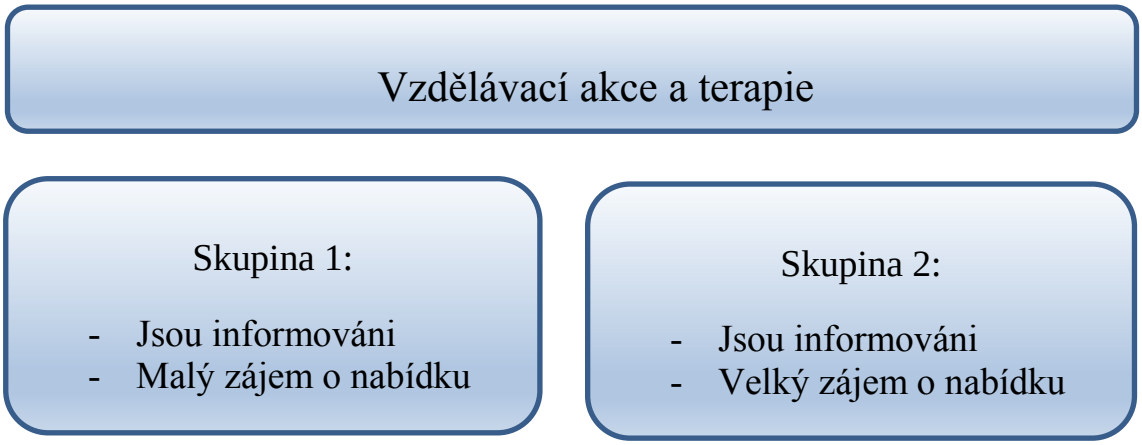
Respondent ze skupiny 2 po amputaci LDK ve stehně, znal informace o nabídce a také o účast projevil velký zájem. Přes svůj zdravotní stav a prodělanou amputaci, chtěl co nejdříve zrehabilitovat a vrátit se zpět domů, chtěl být znovu co nejvíce soběstačný.

„Slyšel jsem o tom od vás, už jsem se přihlásil na čtení a trénování paměti a taky se moc těším, až přijdete s pejskem na tu terapii, ty názvy jsou hrozný. Pak jste mi nabízeli malování a hudbu, ale na to já jsem nikdy nebyl, celý život jsem pracoval rukama a mým cílem je tu nezblbnout a taky co nejdříve odejít domů.“ (respondent B)

Výzkumem se zjistilo, že pacienti z obou skupin byli velmi dobře informováni a byli si vědomi nabídky vzdělávacích akci a terapií, ale skupina 1 neměla příliš zájem se těchto aktivit zúčastnit, zde převládal zájem pouze o canisterapii. Pouze jedna respondentka se zúčastnila kurzu pletení. Na rozdíl od skupiny 2, kde pacienti měli velký zájem a každý z respondentů se přihlásil na jednu i více vzdělávacích akcí a potvrdil účast na některé z terapií. U skupiny 1 nezájem pramenil zejména ze zdravotního stavu pacientů a také velký vliv zde hrála rodina, na kterou buď pacient zcela do budoucna spoléhal a necítil potřebu se účastnit nějakých aktivit nebo byl zklamán z nezájmu rodiny a trápily ho pocity nejistoty, co bude dál po jeho propuštění. Ve skupině 2 buď respondenti na rodinu nespoléhali, jelikož byli zvyklí starat se sami o sebe, a proto měli zájem o vše, co jim pomůže ukrátit čas nebo nabýt znovu soběstačnost nebo dokonce se přiučit něčemu

novému. U dvou respondentů z této skupiny hrála velkou roli podpora rodiny, kdy pacienti sice žili sami, ale kontakt s rodinou byl velmi silný a po celou dobu hospitalizace je podporovala, což bylo velmi přínosné pro jejich psychický stav a zájem se účastnit plánovaných aktivit.

Schéma 2: Vzdělávací akce a terapie.



Zdroj: autor práce

TO3: Víte konkrétně o jaké vzdělávací akce a terapie se jedná?

Tato otázka je koncipována tak, aby bylo jasné, zda pacient přesně ví, co je obsahem nabídky ze strany zdravotnického zařízení.

Jak staniční sestra, tak sociální pracovnice by měla nejen terapie nabízet, ale měla by také pacientovi vysvětlit co je jejich obsahem. Pacient často sám neví, co si má pod názvy jako canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie atd. představit. To samé se týká i vzdělávacích akcí. Samozřejmě je nutné při provedení nabídky konzultovat každý konkrétní případ i s lékařem. Není samozřejmě možné pacientce po amputaci ruky nabízet kurz pletení. Každá nabídka musí být „ušita na míru“ danému konkrétnímu pacientovi.

Respondentka ze skupiny 1 trpící febrílií a dysurickými potížemi, je příkladem pacienta, pro kterého je jeho rodina komplikací při léčbě. Jejich neochota vzít si pacientku zpět domů a starat se o ní jako doposud v ní vyvolávala depresivní stavy a nezájem a neochotu přemýšlet o budoucnosti.

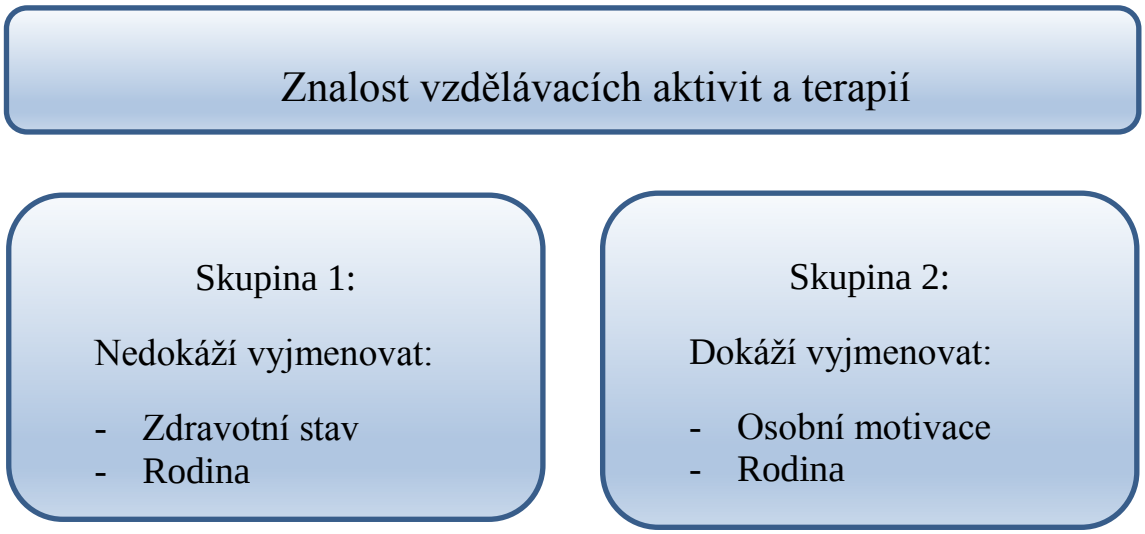
„Vím, vysvětlili mi vše, co mohu dělat, ale nic nemá smysl, mě už nic nepomůže, rodina mě domů zpět nechce, proč bych se měla snažit. Bude lepší, když umřu.“ (respondentka D)

Respondent ze skupiny 2 stav po akutní ischemické mozkové cévní příhodě, byl veselý, spolupracující a bylo vidět, že pravidelný kontakt s rodinou ho motivoval a pomáhal mu hlavně psychicky k překonání strachu z pobytu v nemocnici a z budoucnosti. Přesto, že žil doposud sám (vdovec), rodina s ním v kontaktu byla vždy a dávala mu najevo svou podporu. Slovní kontakt s pacientem byl obtížný, zadrhával a občas špatně vyslovoval, bylo mu hůře rozumět, ale velmi se snažil.

„Já vím, vím jen si asi nevzpomenu přesně na názvy, mám tu letáček s mou nabídkou, počkejte. Tak, trénování paměti, čtenářský kroužek, ovládání mobilního telefonu a z terapií tu mám ergoterapii, canisterapii a arteterapii, abych si procvičoval ruce. No jsem po mrtvici a říkal jsem si, že tohle všechno mi pomůže. Mám problémy s levou rukou a jsem levák, tak potřebuju psát, hůř se mi mluví, a tak snad čtením se to zlepší. S telefonem jsem to nikdy neuměl. Psy miluju a malovaní taky, kdysi jsem maloval, oleje. Syn mi říkal, ať dělám, co je potřeba, chci se vrátit domů, čas tu běží pomalu. Doufám, že tohle vše mi pomůže, abych byl rychleji fit, už vidím i první zlepšení.“ (respondent G)

Výzkumem bylo zjištěno, že odpovědi na tuto otázku byly silně spjaty s odpověďmi na předchozí otázku. Pacienti skupiny 1, kteří neměli zájem o vzdělávací kurzy a nabízené terapie, nechtěli a ani nedokázali vyjmenovat, o jaké se konkrétně jedná a ani co je jejich obsahem. Důvody pro jejich odpovědi byly naprosto shodné, jako v předchozí otázce, tj. zdravotní stav, rodina. Respondenti ze skupiny 2 naopak jen s malými chybami dokázali vyjmenovat jim nabízené kurzy a terapie, a i zde důvody byly stejné. Kdo měl zájem se účastnit věděl, co vše obsahuje jeho nabídka a co si má pod jednotlivými aktivitami představit. Zatímco většina nabízených kurzů a terapií napomáhá hlavně k naplnění volného času a zlepšení jejich fyzického nebo psychického stavu během hospitalizace, tak kurz zaměřený na ovládání mobilního telefonu je všemi chápána a hodnocen jako čistě vzdělávací prospěšný do budoucna.

Schéma 3: Znalost vzdělávacích aktivit a terapií.



Zdroj: autor práce

TO4: Povídejte mi o tom, jak jste spokojen se vzdělávacími aktivitami a terapiemi, které jste využíval/a?

Tato otázka slouží k tomu, aby byla zajištěna zpětná vazba mezi zařízením a pacientem, to znamená, jak je spokojen s využívanými aktivitami a terapiemi a zda byla nabídka, kterou přijal, správně sestavena.

Každá nabídka aktivit a terapií je sestavena individuálně dle možností, přání a potřeb pacienta, pokud jí pacient využije, je důležité vědět, jak je spokojen a zda není třeba v nabídce udělat změny nebo průběh aktivit a terapií přizpůsobit cílové skupině více než doposud. Také každý pacient vstupuje do daných aktivit s jiným očekáváním, která mohu být splněna či nikoli.

Vzhledem k tomu, že ze skupiny 1 byl velmi malý zájem o vzdělávací aktivity a terapie, uvádím zde pacientku, stav po akutní respirační insuficienci po ICHS, bronchopneumonie, progrese globální respirační insuficience. Pacientka v minulosti měla psa, kterého velmi milovala, a tak jediný zájem projevila právě o canisterapii.

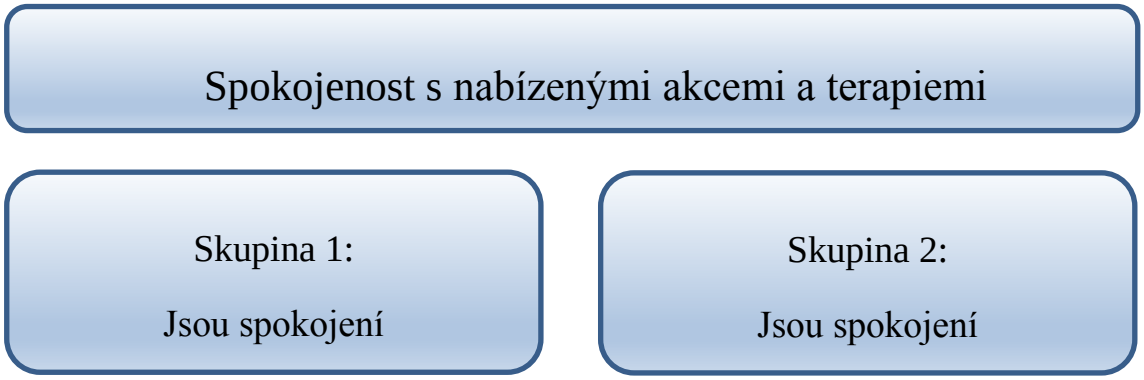
„Jsem velmi spokojená, kdysi jsem měla fenku, jmenovala se Asta (pláč), Asta byla zlatíčko a byla také bílá, jako Růženka. Hrozně se těším na každou její návštěvu, je to zlatíčko. Pomáhá mi na vše zapomenout. Kdybych nemusela mít tohle kvůli dýchání, hned bych jí vzala ven na procházku. Jsem šťastná, že jí mohu aspoň pohladit, hodit míček a že může i ke mně do postele. Bez ní bych to tu nevydržela. (respondentka H)

Respondent ze skupiny 2 s osteoporózou, polyneuropatyí, cysty na obou ledvinách se plně upíná na personál a je přesvědčen, že pokud se bude snažit, bude si schopen udržet aspoň částečnou soběstačnost, jelikož žije sám.

„Já jsem hrozně spokojenej se všema, hned na začátku jsem se rozhodl, že krom pletení jdu do všeho, od trénování paměti, čtení, po skládání papíru, konečně vím, jak psát zprávy na mobilu. No z terapií pesany a hudbu, hrozně si to užívám. Obě psí holky mi pomáhaj při rehabilitaci, nácviku chůze a trénování rukou a prstů, je to sranda a hudbu jsem měl vždycky rád, škoda že už si asi nikdy nezatančím to je snad jediné, co mi vadí, ale to je vada na mé straně (smích).“ (respondent I)

Výzkumem bylo zjištěno, že jak respondenti ze skupiny 1, tak respondenti ze skupiny 2 jsou plně spokojeni s akcemi a terapiemi, které jim byly nabídnuty a které využívají. Veškerá účast je dobrovolná, proto pokud někdo pravidelně a opakovaně dané kurzy a akce navštěvuje, bývá i spokojen. Kdo není, dalšího se již neúčastní. Je to také jeden z důvodů, proč všichni respondenti odpověděli na tuto otázku kladně. Nejvíce využívanou terapií je canisterapie a kurzem v daném výzkumném vzorku je kurz ovládání mobilního telefonu.

Schéma 4: Spokojenost s nabízenými akcemi a terapiemi



Zdroj: autor práce

TO5: Povídejte mi o tom, zda vám vyhovuje rozsah a frekvence nabízených vzdělávacích akcí a terapií?

Tato otázka slouží k zjištění, zda respondentům vyhovuje rozsah a časová frekvence v kterých se nabízené akce realizují.

Vzdělávací akce a terapie jsou našim pacientům nabízeny v různých opakujících se cyklech. Zatímco kurz zaměřený na osvojení si dovednosti ovládání mobilního telefonu

je nabízen spolu s kurzem pletení pouze jednou za čtvrt roku, ostatní aktivity jako čtenářský kroužek, kurz trénování paměti, procvičování hrubé a jemné motoriky spolu s terapiemi (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, canisterapie) jsou nabízeny pravidelně každý týden. Účast je zcela dobrovolná, pokud se pacient necítí dobře, může samozřejmě svou účast zrušit, terapii přerušit nebo jí v daném týdnu vynechat.
Respondenti ze skupiny 1, kteří se účastnili pouze canisterapie byly spokojeni s rozsahem, ale ne s četností nabízené terapie, rádi by frekvenci návštěv zintenzivnili.
Respondent ze skupiny 1 stav po fraktuře kosti pažní a fraktuře rádia.

„Růženka chodí jednou týdně, a i když je tu jeden den jako druhý, moc dobře si pamatuju, že chodí každý pátek. Moc bych si přál, aby chodila častěji, ale prý to nejde. I čas, který pro sebe máme se mi zdá být strašně krátký, ale chápu, že je tu hodně pacientů, co se chtějí potěšit, nejen já. Když to jde, bývá tu 10 až 15 minut, ale uteče to moc rychle.“ (respondent CH)

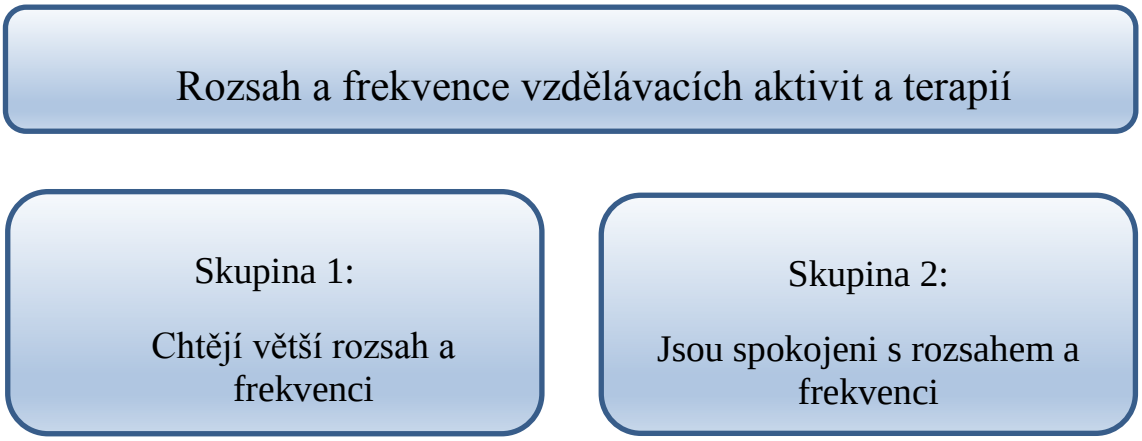
Respondent ze skupiny 2 s diagnózou kolapsové stavy, arteriální hypertenze, stav po ischemické CMP, pacient si plně uvědomoval vážnost svého zdravotního stavu a velmi špatně snášel pobyt v nemocnici, takže občas odmítal spolupracovat a podléhal smutku a lítostí nad vlastním osudem.

„Nabídka akcí je velká, většinou jednou týdně, každý týden se účastním, ale ne všeho, občas se přiznám, se mi nechce, ale týdenní intervaly mi vyhovují, jelikož když jsem mrzutý, tak vynechám a koukám z okna. Nikdy neodmítnu návštěvu pejska. Často chodím na čtení, ale nevydržím do konce, to se mi zdá dlouhé a po chvilce jsem unavený a potřebuji si odpočinout, ale nikdo nás k ničemu nenutí, mohu si svůj čas řídit sám.“ (respondent C)

Výsledkem při vyhodnocení odpovědí na tuto otázku sice nehrála roli skutečnost, z jakého prostředí pacient do zdravotnického zařízení přišel, ale i přesto se v obou skupinách objevily rozdílné odpovědi. Ve skupině 1, kde převládají ženy a jedinou z využívaných terapií je canisterapie a jedna respondentka se zúčastnila kurzu pletení, převládá spíše nespokojenost a přání zvýšení frekvence i rozsahu, často to bývá ovlivněno jejich pocitem samoty a větší citové senzitivnosti. Ve skupině 2, kde je převaha mužů, jsou účastníci spokojeni, ale uvádějí, že někdy aktivity vynechají nebo v jejich průběhu odcházejí, častěji vyhledávají chvíle, kdy chtějí být sami. Nedávají najevo tolik své city jako ženy a současně se méně ochotně svěřují se svými pocity. Shodným faktorem je zde

opět canisterapie, kterou všichni respondenti hodnotí jako nejvyužívanější a vyjadřují své přání její rozsah a frekvenci zvýšit. Polovina respondentů se zúčastnila kurzu ovládání mobilního telefonu, všech pět účastníků kurz hodnotili kladně v oblasti rozsahu i frekvence (jednou za ¼ roku, délka 30 minut jednou týdně po dobu 3 týdnů).

Schéma 5 : Rozsah a frekvence vzdělávacích aktivit a terapií



Zdroj: autor práce

7.2 DÍLČÍ ZÁVĚR 1

Jedním z problémů při dlouhodobých hospitalizacích na LDN je nadměrné množství volného času, který každý z pacientů má možnost trávit dle vlastního přání nebo jeho využití naplánovat za pomoci a podpory rodiny či personálu. V první části tohoto výzkumu bylo zanalyzovat rozsah a zájem seniorů o nabízené terapie a vzdělávací akce v průběhu dlouhodobé hospitalizace na LDN NEMKH. Respondenti, kteří se výzkumu zúčastnili, byli rozděleni do dvou skupin dle prostředí, z kterého se do nemocnice dostali, a to na ty, kteří žili před hospitalizací s rodinou, a ty kteří před hospitalizací žili sami. Při rozdělení respondentů se objevilo ještě jedno kritérium, které následně na průběh výzkumu mělo vliv, a to skutečnost, že ve skupině 1 převažovaly ženy a ve skupině 2 muži. Velký vliv na zhodnocení tohoto dílčího cíle, jak výzkum ukázal, měla i rodina, její motivace a přístup k seniorovi. Pokud rodina svého seniora podporovala, senior cítil její podporu a také se nemusel obávat budoucnosti, jeho přístup k hospitalizaci a nabídce aktivit byl převážně kladný. V případě opačného přístupu senior cítil nejistotu a strach z budoucnosti, jeho zájem o aktivity byl malý, ne-li nulový. Jediným spojovacím článkem byla canisterapie, ukázalo se, že přítomnost zvířete v lidech vyvolává kladné pocity

a v jeho přítomnosti se cítí lépe, pomoc je hlavně po psychické stránce. Rozsah nabízených aktivit a terapií se ukázal být dostačující a frekvence také. Znovu vzhledem k využívanosti a oblibě se většina respondentů vyjádřila nespokojeně pouze k rozsahu a frekvenci canisterapie. Tento výsledek je zcela pochopitelný, pokud přináší tato terapie lidem kladné pocity a cítí se při ní šťastní, potom je jen logické, že se chtějí takto cítit častěji a déle. Nejvyužívanějším kurzem byl kurz ovládání mobilního telefonu, kterého využilo 5 respondentů z deseti a všichni byli ze skupiny 2. Tento kurz jak po stránce rozsahu a frekvence byl hodnocen kladně a všichni respondenti ho absolvovali celý bez vynechání jediného sezení. Důvod, který uváděli, bylo hlavně to, že se chtěli naučit ovládat tento přístroj, aby byli v kontaktu se svou rodinou, uměli nejen zvednout hovor, ale i poslat zprávy SMS. Jak již bylo uvedeno, jednalo se o respondenty skupiny 2, kteří nežijí s rodinou, ale sami, a tak jejich potřeba umět ovládat jeden z komunikačních prostředků a možností, jak se s rodinou kontaktovat, byla velká v podstatě 100 %. Ve skupině 1 se tohoto kurzu nikdo nezúčastnil, buď neměli zájem nebo argumentovali, že s rodinou žijí, a tak jí nemusí volat. Ve skupině 1 se zúčastnila jedna respondentka kurzu pletení, jelikož v minulosti pletla, ale již prý některé věci zapomněla a chtěla si znovu procvičit pletení vzorů.

Co tedy ovlivňuje zájem pacientů o nabídku? Odpověď je jednoznačná: prostředí, ze kterého přišli do nemocnice, vliv rodiny, zdravotní důvody, osobní motivace. Dílčího cíle 1 bylo dosaženo.

7.3 DC2: ZANALYZOVAT SCHOPNOST VYUŽITÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ, DOVEDNOSTÍ A SCHOPNOSTÍ PRO ZAČLENĚNÍ DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA PO UKOČENÍ DLOUHODOBÉ HOSPITLAIZACE NA LDN NEMKH.

TO6: Povídejte mi o tom, v čem vám byly absolvované vzdělávací akce a terapie přínosné, co jste se konkrétně naučil/a, v čem jste se zlepšil/a?

Tato otázka slouží ke zjištění, v čem jim byly absolvované akce a terapie přínosné, co vše se naučili.

Je velmi důležité pro zdravotnické zařízení, které nabízí tyto aktivity pro své dlouhodobě hospitalizované pacienty vědět, zda vynaložené peníze, čas a energie mají

své výsledky, zda pacientům pomohly, naučili se něco nového, v něčem se zlepšili nebo procvičili stávající schopnosti a dovednosti. Respondentka ze skupiny 1 po fraktuře krčku kosti stehenní se zúčastnila kurzu pletení, který probíhal pod vedení pletařky a majitelky internetového obchodu s vlnou paní R.K. (dobrovolnice z Oblastní Charity Kutná Hora), která do nemocnice dochází v intervalu ¼ roku na výuku pletení nebo výuku pletařských technik dle přání pacienta.

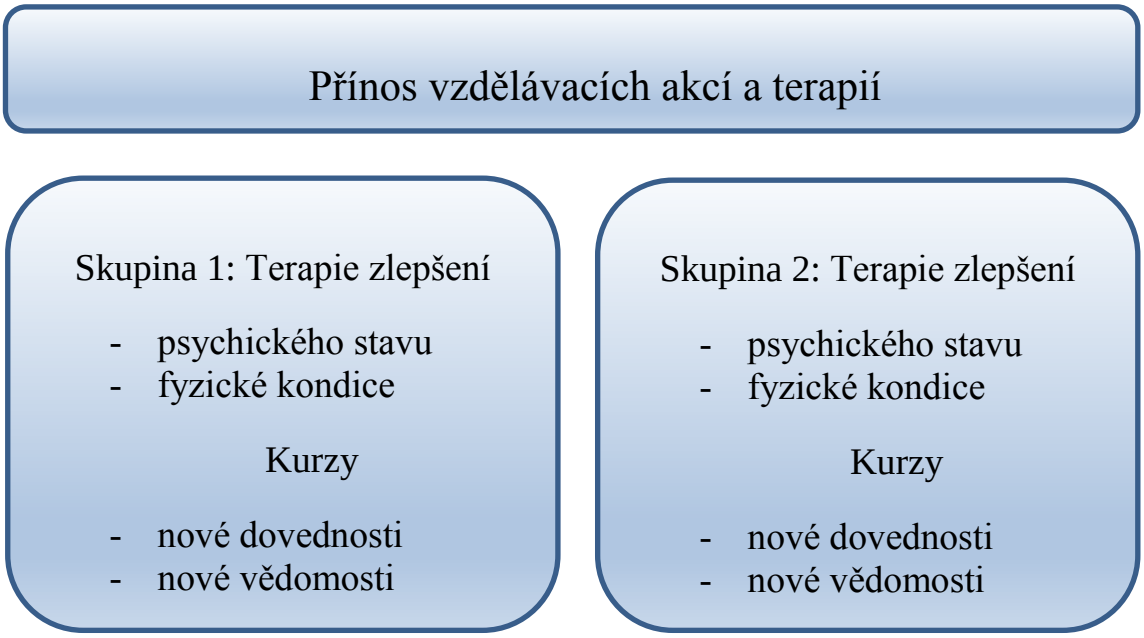
„Kdysi jsem pletla, ale je to už dávno a všechno jsem už zapomněla, chtěla jsem si to znova zkusit a naučit se pletení norských vzorů. Trochu jsem myslela, že to ještě zvládnu, ale nakonec jsem byla ráda, že jsem zvládla hladce a obrace. (smích) Prý je to jak jízda na kole, to se nezapomíná. (smích) No musela jsem se to vlastně skoro vše naučit znovu. Nelituju toho, moc jsem se pobavila a až se vrátím domů, začnu znovu plést, jako dřív.“ (respondentka E)

Respondentka skupiny 2 se zúčastnila kurzu ovládání mobilního telefonu, jedná se o pacientku stav po fraktuře krčku stehenní kosti vpravo.

„Rodina mi pořídila ten seniorský telefón, ale já s ním neuměla moc zacházet, uložili mi tam kontakty, ale já to neuměla v tom najít. Bydlím sama, a tak telefón je někdy jediný prostředek, jak se s nimi spojit. Ani jsem neuměla napsat zprávu. Po nástupu jsem dostala nabídku, že můžu jít na kurz, hned jsem toho využila, byla jsem tam jediná ženská. Po třech týdnech umím, uložit číslo, najít si v seznamu dceru i zeťáka a už umím i vnukovi poslat tu smesku. Jsem na sebe trochu hrdá, že jsem to zvládla, ještěže nejsem úplně blbá a snad mi to v té hlavě chvilku zůstane, doufám. (respondentka A)

Výzkumem bylo zjištěno, že zatímco absolvované terapie přinášejí respondentům spíše přínos v podobě zlepšení jejich psychiky a fyzického stavu během hospitalizace, tak zejména kurzy pletení a obsluhy mobilního telefonu zhodnotili jako velmi přínosné pro jejich život i do budoucna. Ty byly označeny jako výukové přinášející nové poznatky, vědomosti a dovednosti. Ke zlepšení psychického stavu přispěla zejména canisterapie, muzikoterapie, arteterapie a kurzy čtení. Pro zlepšení fyzické a mentální kondice zejména kurzy na procvičování paměti, hrubé a jemné motoriky, ergoterapie. Odpovědi respondentů byly téměř shodné bez ohledu na to, z jaké skupiny pocházeli.

Schéma 6: Přínos vzdělávacích akcí a terapií



Zdroj: autor práce

TO7: Vyprávějte mi o tom, kam jste byl/a propuštěn/a po ukončení hospitalizace?

Tato otázka je důležitá pro zjištění, kam budou pacienti po ukončení hospitalizace na LDN NEMKH propuštěni, zda se vrátí do svého přirozeného prostředí nebo zda se změní jejich celkový životní styl př. odchodem do některého ze zařízení sociální péče nebo zda si doposud žijícího seniora převezme péči rodina.

Na první pohled by se zdálo, že tato otázka s tématem zcela nesouvisí, ale je důležité si uvědomit, že cílem nabídky vzdělávacích akcí a terapií je právě zlepšit psychický a fyzický stav pacienta, udržet nebo zlepšit jejich schopnost sebeobsluhy a umožnit po ukončení léčby jejich návrat do domácího prostředí, z kterého do zařízení nastoupili. Je to jeden z ukazatelů, zda program, který jim je nabízen funguje a je přínosný pro jejich začlenění do běžného života. Samozřejmě velmi záleží na zdravotním stavu, který je v tomto případě determinující a pokud se nevyvíjí příznivě, potom je návrat pacientka k stejnému životu jako před hospitalizací ohrožen nebo i zcela nemožný. Ze skupiny 1 respondentka trpící febrílií a dysurickými potížemi, kdy její nedobrý psychický stav na počátku hospitalizace způsobený nezájmem rodiny, u které dříve bydlela a skutečností, že věděla, již na počátku hospitalizace, že rodina dále v péči o ní nechce pokračovat.

„Jdu do domova pro seniory, do Barborky tady v Hóře, rodina se o mě již nechce starat, ale to už jsem vám říkala. Měla jsem trochu času se s tím nějak smířit, ale stále to

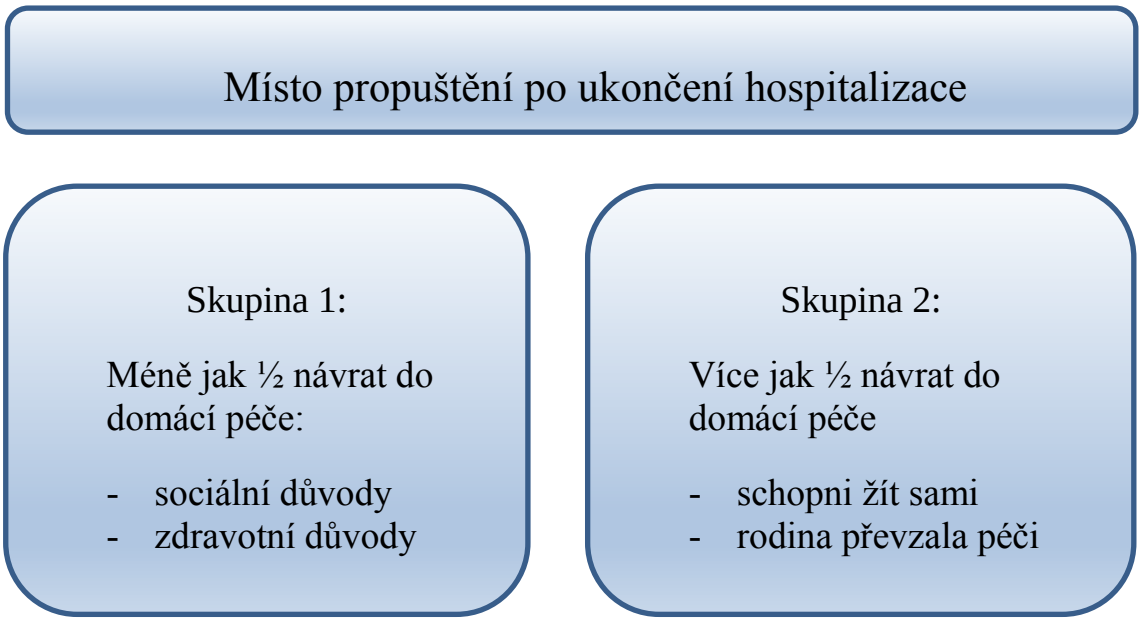
bolí. Pan primář mi říkal, že stejně by péče o mě byla pro ně těžká a že by to nezvládli i kdyby chtěli.“ (respondentka D)

Respondent skupiny 2 s osteoporózou, polyneuropatyí, cysty na obou ledvinách, který se snažil volný čas naplnit využitím nabídky terapií i kurzů.

„Můj pobyt zde ještě nekončí, ale zdá se, že by péči o mě mohl převzít syn, je čerstvě rozvedený a nastěhoval by se ke mně. Mohl bych se tak vrátit domů a s tím co bych už nezvládal, by mi syn pomohl.“ (respondent I)

Návrat do domácího prostředí nebo odchod do zařízení sociální péče je náročný pro každého seniora. Střetává se zde touha po návratu do jejich přirozeného prostředí k předešlému životu s realitou toho, co je pro ně možné a zvladatelné. Přesto, že se zdravotnické zařízení i pacient snaží, aby se vrátit mohl, v mnoha případech je to nemožné ať už ze sociálních nebo zdravotních důvodů. Ze skupiny 1 se do domácího prostředí vrátila méně než ½ respondentů a důvody byly sociální, zejména neochota rodiny se dále o seniora starat a také zdravotní důvody ve formě zhoršení zdravotního stavu. Ze skupiny 2 se více než ½ respondentů do svého přirozeného prostředí, tj. domů vrátila s tím, že o 2 kteří doposud žili sami, převzala péči rodina.

Schéma 7: Místo propuštění po ukončení hospitalizace



Zdroj: autor práce

TO8: Vyprávějte mi o tom, jak vám jsou vědomosti a dovednosti získané během absolvovaných vzdělávacích akcí a terapií nápomocné v běžném životě po vašem propuštění?

Tato otázka je důležitá pro vnitřní potřeby NEMKH, zpětná vazba, zda nabízené terapie a kurzy pomohli pacientům tohoto zařízení v jejich přípravě na změny, které je po propuštění čekají a jak konkrétně budou moci vědomosti a dovednosti, které uvedli, že získali uplatnit v běžném životě po jejich propuštění.

Stejně, jako je problematické zvyknout si pro seniora na nemocniční prostředí, na změnu životního stylu, na režim, který se neustále opakuje je každý den stejný a neměnný, tak je stejným ne-li větším problémem se opětovně začlenit do normálního života, zejména pokud hospitalizace byla dlouhodobá, čítala ne několik týdnů, ale měsíců. Jsou pacienti, kterým dlouhodobý pobyt v nemocnici škodí, ztrácejí motivaci, nesnaží se, upadají po psychické stránce, což má i nepříznivý vliv na jejich zdravotní stav a průběh léčby. Někteří z nich již nejsou schopni vrátit se ke svému původnímu životu a jsou nuceni přijmout umístění v některém zařízení sociální péče. Nemocnice Kutná Hora se snaží těmto pacientům nabídnout vyžití, zaměstnání a zorganizovat jim jejich trávení volného času, kterého mají v nemocnici mnoho, tak aby zaměstnali nejen duševno, ale i fyzično a zabránilo se tak, nežádoucím následkům dlouhodobého pobytu ve zdravotnickém zařízení. Nabídka programu je vždy odvislá i od zdravotního stavu a přání pacienta, vše probíhá po domluvě s ošetřujícím lékařem i rodinou. Některé nabízené terapie a kurzy slouží skutečně jen jako činnosti pomáhající k aktivnímu trávení volného času v nemocnici, ale jak bylo v průběhu výzkumu zjištěno, některé plní i funkci vzdělávací a pomáhají seniorům v jejich zpětnému začlenění do společnosti a k návratu k jejich předchozímu životu nebo alespoň se lépe orientovat v novém prostředí, kam se dostali po propuštění.

Toto zjištění dokládá odpověď respondentky skupiny 1, která žila na vesnici v rodinném domku s manželem a pobyt v nemocnici pro ni nebyl jednoduchý, k trávení svého volného času zvolila canisterapii.

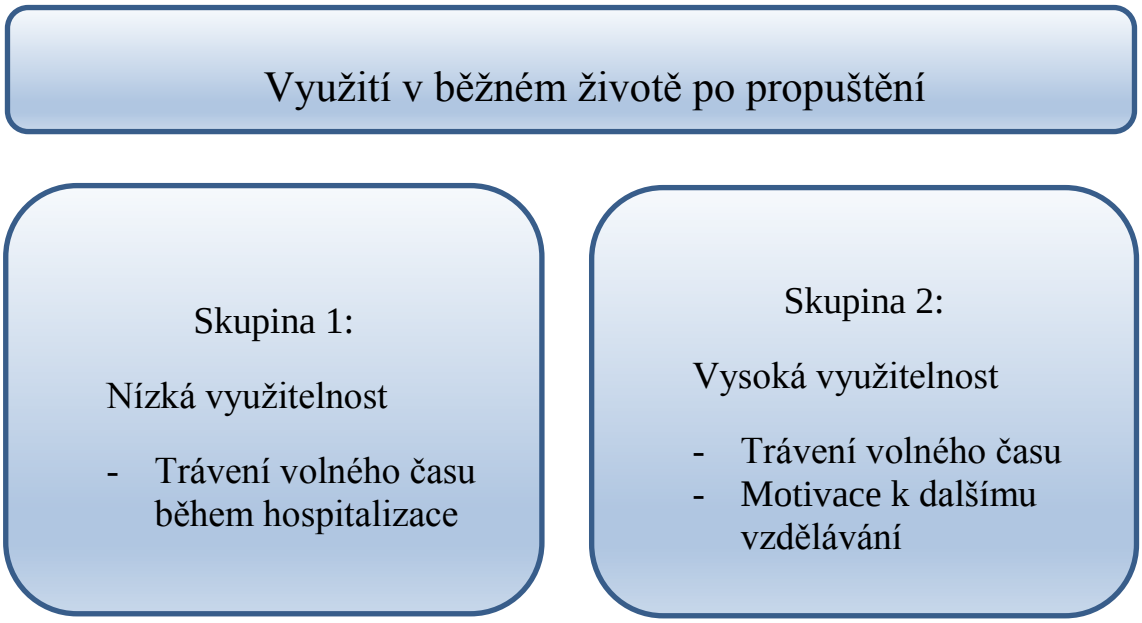
„No pobyt v nemocnici pro mě nebyl jednoduchý, v nemocnici jsem využila terapii se psem, a bylo to pro mě ukrácení volného času, kterého jsem měla až až. Kdyby nebylo toho, tak jsem se možná už zbláznila, nikdy jsem nebyla tak dlouho bez manžela a mimo

domov. Teď uvažujeme s mužem, že si pořídíme pejska z útulku, nějakého staršího, aby s náma dožil.“ (respondentka E)

Respondenti ze skupiny 2 se všichni krom terapií účastnili i kurzu ovládání mobilního telefonu. Všichni shodně uváděli, že terapie jim pomáhaly ke zpříjemnění volných chvil, zatímco tento kurz jim přinesl mnoho nových poznatků díky, kterým mohou po propuštění lépe fungovat. Vědí, jak poslat SMS zprávu, jak si uložit novou položku v seznamu kontaktů, jak v seznamu kontaktů hledat a jak si přivolat pomoc v případě potíží. Současně 3 respondenty motivoval prodělaný kurz natolik, že po propuštění se rozhodli najít si další vzdělávací kurzy a pokračovat. Respondent po CMP uvedl:

„Tady jsem chodil na kurz na práci s telefonem, byl pro mě problém hlavně se trefit do těch knoflíků, ale zvládl jsem to. Po propuštění mi to pomohlo velmi, žiju sám a s rodinou mohu být v kontaktu právě jen přes telefon. Taky mám teď pečovatelské služby a taky jim volám. Dřív jsem to neuměl a mohl jsem jen čekat, kdo se kdy ozve. Teď píšu zprávy a telefonuju. Což se líbí mě, ale rodině někdy neee. (smích). Jsem hrozně rád, že jsem na to šel. Uvažuju, že se přihlásím někam na počítače, to neznám. Mám teď úplně jiný pohled na svět. Měl jsem mrtvici a naštěstí jsem z toho vyváznul dobře. Chci zbytek času, co mi zbývá, využít líp.“ (respondent C)

Schéma 8: Využití v běžném životě po propuštění



Zdroj: autor práce

7.4 DÍLČÍ ZÁVĚR 2

Ačkoli by se mohlo zdát, že práce lékařů, terapeutů, sociální pracovnice a dalšího personálu po propuštění pacientů z LD NEMKH končí, tak na jednu stranu ano, na druhou je důležité vědět, zda vynaložené úsilí bylo smysluplné a zda pacientům přinesly užitek i po propuštění. K tomu, zda a jak získané informace, vědomosti a dovednosti pomohly pacientům po propuštění k začlenění do běžného života, sloužil druhý rozhovor, který s respondenty byl realizován po ukončení jejich léčby a návratu do jejich domácího prostředí nebo v případě, že byly propuštěni jinam v jejich novém domově.

Respondenti skupiny 1 využívající pouze canisterapii a jen jedna z respondentek kurzu pletení. Hodnotili využitelnost pro budoucí život jako velmi nízkou. Terapie, kterou využívali, jim pouze krátila volné chvíle a přispívala k udržení nebo zlepšení jejich psychického stavu. Informantka, která absolvovala kurz pletení, si obnovila své dřívější dovednosti a motivovalo jí to k pokračování i po návratu domů k rodině.

Respondenti skupiny 2, kteří všichni využili kurz ovládání mobilního telefonu a některé další terapie z jejich individuální nabídky, hodnotili získané vědomosti a dovednosti velmi vysoko. Dokonce někteří byli motivováni pokračovat ve vzdělávání v jiných oblastech i po návratu z nemocnice.

Pro využitelnost terapií a kurzů mělo opětovně zde velkou roli to, kam byli propuštěni po ukončení dlouhodobé hospitalizace na LDN NEMKH. Zda se vrátili do domácího prostředí či nikoli. Využitelnost byla výrazně vyšší u těch, co se vrátili po ukončení hospitalizace do domácí péče a nízká u těch kteří se domů již nevrátili a byli nuceni odejít do některého zařízení sociální péče. Samozřejmě zde velkou roli hrál i zdravotní stav a také ochota rodiny převzít svého seniora zpět do vlastní péče, zejména se to týkalo respondentů skupiny 1.

Čím je ovlivněna využitelnost získaných zkušeností, vědomostí a dovedností po propuštění v běžném životě? Jednak prostředí, do kterého se vrátili, rodina, druh terapií a kurzů, které absolvovali. Cíle bylo dosaženo.

ZÁVĚR

Cílem výzkumu byla analýza a popis funkčnosti nabízených terapií a vzdělávacích akcí dlouhodobě hospitalizovaným seniorům na LDN NEMKH pro jejich následné začlenění zpět do běžného života.

Dlouhodobá hospitalizace na oddělení LDN je velmi složité období pro každého seniora, který se v takové situaci octne, a to bez ohledu na to, zda žil předtím v kruhu milující rodiny nebo sám. Během dlouhodobé hospitalizace dochází k řadám změn nejen v oblasti zdraví, kondice, ale i v oblasti sociální, zejména ve schopnosti sebeobsluhy a tím následné závislosti na pomoci jiné osoby, což je pro většinu velmi těžké přijmout.

V tomto výzkumu bylo zřejmé, že ti, kteří k dlouhodobé hospitalizaci na LDN nastoupili z domova, kde již o ně dříve pečovala rodina, nebydleli sami, byli méně ochotni účastnit se nabízených terapií a kurzů. Hůře nesli odloučení od rodiny a měli větší obavy z budoucnosti a z toho, zda bude rodina ochotna je znovu přijmout po propuštění. Nabídku kurzů a terapií nechtěli využívat a jediné co ochotně využili byla canisterapie, pouze jedna z respondentek se zúčastnila kurzu pletení. Pro většinu to bylo pouze využití volného času v nemocnici, zlepšení psychického stavu. Využitelnost po propuštění, byla tedy velmi nízká, krom respondentky, která absolvovala kurz pletení. Skupina, která byla přijata k dlouhodobé hospitalizaci na LDN z domácnosti, kde žila, byla více ochotna využívat nabídku kurzů a terapií, jejich motivací bylo to, že se chtěli vrátit zpět domů, ke svému původnímu stylu života, byli zvyklí starat se sami o sebe, nespoléhat na rodinu. Zde všichni využili nabídky a jak bylo výzkumem zjištěno, využitelnost získaných vědomostí a dovedností byla vysoká, a to bez ohledu na to, kam byli po ukončení hospitalizace propuštěni. Bylo zjištěno, že rozsah nabídky je dostačující, dostupnost a informovanost o kurzech a terapiích je uspokojivá a přístupná všem pacientům.

Na základě výše uvedených závěrů, lze konstatovat, že cíl výzkumu této bakalářské práce byl splněn stejně tak i dílčí cíle.

Poslání sociálního pracovníka je pomoci lidem v těžkých životních situacích, dlouhodobý pobyt na oddělení LDN takovou situací je a přináší sebou celou řadu životních změn, se kterými se musí pacient vyrovnat. Nabízené kurzy a terapie by jim měli v této situaci za pomoci sociálního pracovníka se s těmito změnami smířit, překonat je a také je vézt k tomu, aby se jejich život po propuštění vrátil do starých kolejí nebo aby jejich vyrovnání se změnou životního stylu bylo jednodušší.

Výstup z celého tohoto výzkumu lze dále využít v praxi, nejen pro sociálního pracovníka, terapeuty ale i další pracovníky LDN NEMKH. Možnost praktického využití tkví zejména v lepší koncepci individuální nabídky kurzů a terapií pro jednotlivé pacienty. Využitím získaných poznatků, lepší schopnosti se vcítit do jejich situace, pochopit problémy, které prožívají, podpořit je v motivaci k plánování jejich volného času a zlepšení jejich soběstačnosti po propuštění z dlouhodobé hospitalizace na LDN NEMKH.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita životů seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, I. – JURÁŠKOVÁ, B. – ZIKMINDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Praha: Ekon, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HROZENSKÁ, M – DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník.* Praha: Portál. 2007. ISBN 80-7367-269-3.

KALVACH, Z. et al. *Geriatrie a gerontologie.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOSÍKOVÁ J. *Jednání se zájemcem o službu v pobytovém zařízení sociálních služeb v Kutné Hoře, Bakalářská práce.* Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, Katedra sociální práce a sociální politiky, 2010, 71 s.

KUBEŠOVÁ, L. *Zdraví pro třetí věk.* 1. vydání. Čestlice: Rebo, 2004, 270 s. ISBN 80-7234-536-2.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany, Učebnice pro obor sociální činnosti.* 1. vydání. Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-547-3872-7.

MUŽÍK, J. *Andragogika.* 2. vydání. Praha: ASPI Publishing, 2004. ISBN 80-7357-045-9.

MÜLPACHER, P. *Gerontopedagogika.*Praha: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

ONDRUŠKOVÁ, J. *Stáří a smysl života.* Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, V. – HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie.* Praha: AVICENUM/ Zdravotnické nakladatelství, 1981, 304 s. ISBN 08-044-81.

PALÁN Z. – LANGER, T. *Základy andragogiky.* Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-58-7.

PICHAUD, C. – THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. – MAREŠ, J. *Pedagogický slovník.* Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-71787-72-3.

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

SURYNEK, A. – KOMÁRKOVÁ, R. – KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. 159 s. ISBN 80-7261-038-4.

ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých.* Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.

ŠEREDOVÁ, A. *Sociální pomoc zdravotně postiženým a seniorům.* 1. vydání. Třebíč: AMAPRINT – Kerndl, 2012. 99 s. ISBN 978-80-87710-09-8.

ŠVAŘÍČEK, R. – ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří.* 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVA, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁŽANSKÝ, M. *Základy pedagogiky volného času.* Brno: Print Typia, 2001, 198 s. ISBN 80-86384-00-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 97880-247-2170-5.

VESELÁ, J. *Léčebny dlouhodobě nemocných – důležitá součást systému zdravotní péče,* Profese, ročník II, č. 4, rok 2007. ISSN 1802-2081.

Seznam použitých internetových zdrojů

Česká arteterapeutická asociace [online]. Praha: ČAA, 2017 [cit. 2017-12-21]. Dostupné na WWW: <http://arteterapie.cz>.

Česká asociace ergoterapeutů [online]. Praha: Č.A.E, 2017 [cit. 2017-12-21]. Dostupné na WWW: <http://ergoterapie.cz/Home.aspx>.

ČERNÝ, S. *Ateismus nebude nikdy úspěšný a rozšířený* [online]. 2013 [cit. 2017-12-21]. dostupné na WWW: <http://oscar.cz/2013/04/08/proc-ateismus-nebude-nikdy-uspesny-a-rozsireny/.

Dělení sociálních služeb: Sociální služby [online]. Praha: MPSV, 2016 [cit. 2017-12-20]. Dostupné na WWW: <http://mpsv.cz/cs/18661>.

KANTOR, J. *Muzikoterapie-popis některých muzikoterapeutických technik,* [online]. Praha: CZMTA, 2007 [cit. 2017-12-21]. Dostupné na WWW: <http:// muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>.

LA TIBOR. *Maslowova Pyramida lidských potřeb* [online]. 2013, [cit. 2017-02-20]. Dostupné na WWW: <http://psychoanalysa.com/maslowova-pyramida/>.

Metodické opatření, Koncepce následné lůžkové zdravotní péče, částka 9, [online]. Praha: MZČR, 1998 [cit. 2017-12-20]. Dostupné na WWW: <http://ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf >.

NĚMCOVÁ, M. Sofia. *Mezinárodní výzkum Analýza a komparace forem a metod vzdělávání starších dospělých v zemích V4* [online]. 2014, [cit. 2017-12-21]. Dostupné na WWW:<http://zkola.cz/sofia/potreby/pruzkumy-v-oblasti-dalsiho-vzdelavani/Stranky/Analyza-a-komparace-forem-a-metod-vzdelaváni-starsich-.aspx>.

Pomocné tlapky, o.p.s. [online]. Starý Plzenec: Pomocné tlapky, 2018 [cit. 2017-12-21]. Dostupné na WWW: <http://pomocné tlapky.cz>.

SEZNAM ZKRATEK

AAA	–	Animal Assisted activities
AAT	–	Animal Assisted Therapy
LDN	–	Léčebna dlouhodobě nemocných
NEMKH	–	Nemocnice Kutná Hora
OECD	–	Organizace pro hospodářskou organizaci a rozvoj
ONK, a.s., NEMSČK	–	Oblastní nemocnice Kolín, a.s., Nemocnice Středočeského kraje
SMS	–	zkratka z anglického "Short Message Service" neboli služba krátkých textových zpráv. Jedná se o komunikační protokol, který umožňuje výměnu krátkých textových zpráv mezi mobilními telefony.
V4	–	Visegrádská čtyřka

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Maslowova pyramida lidských potřeb 14

Seznam tabulek

Tabulka 1: Cíl výzkumu 36

Tabulka 2: Struktura výzkumného souboru 39

Seznam schémat

Schéma 1: Život před hospitalizací 42

Schéma 2: Vzdělávací akce a terapie. 44

Schéma 3: Znalost vzdělávacích aktivit a terapií. 46

Schéma 4: Spokojenost s nabízenými akcemi a terapiemi 47

Schéma 5 : Rozsah a frekvence vzdělávacích aktivit a terapií 49

Schéma 6: Přínos vzdělávacích akcí a terapií 52

Schéma 7: Místo propuštění po ukončení hospitalizace 53

Schéma 8: Využití v běžném životě po propuštění 55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Výzkumné otázky I

Příloha B – Přepis rozhovoru s respondentkou „H“ ze skupiny 1 III

Příloha C – Přepis rozhovoru s respondentem „G“ ze skupiny 2 V

Příloha A – Výzkumné otázky

Přehled tazatelských otázek vztahujících se k jednotlivým dílčím cílům:

DC1: Zanalyzovat rozsah a zájem seniorů o nabízené terapie a vzdělávací akce v průběhu hospitalizace na LDN NEMKH.

Tazatelské otázky do prvního rozhovoru po nebo během absolvování nabízených kurzů a terapií na LDN NEMKH:

Tazatelská otázka 1: Tato otázka slouží zejména k tomu, aby mohli být informanti rozděleni do jednotlivých skupin a vytvořena struktura souboru.

Vyprávějte mi o tom, kde jste žil/a do doby, než jste byl/a hospitalizována na LDN Nemocnice Kutná Hora?

Tazatelská otázka 2: Tato otázka slouží ke zjištění, zda pacienti vědí, o existenci nabídky na vzdělávací aktivity a terapie.

Víte o tom, že během hospitalizace se můžete zúčastnit řady vzdělávacích aktivit a využít i různé terapie, projevil/a jste zájem o jejich využití?

Tazatelská otázka 3: Tato otázka je koncipována tak, aby bylo jasné, zda pacient přesně ví, co je obsahem nabídky ze strany zdravotnického zařízení.

Víte konkrétně o jaké vzdělávací akce a terapie se jedná?

Tazatelská otázka 4: Tato otázka slouží k tomu, aby byla zajištěna zpětná vazba mezi zařízením a pacientem, to znamená, jak je spokojen s využívanými aktivitami a terapiemi a zda byla nabídka, kterou přijal správně sestavena.

Povídejte mi o tom, jak jste spokojen se vzdělávacími aktivitami a terapiemi, které jste využíval/a?

Tazatelská otázka 5: Tato otázka slouží k zjištění, zda respondentům vyhovuje rozsah a časová frekvence v kterých se nabízené akce realizují.

Povídejte mi o tom, zda vám vyhovuje rozsah a frekvence nabízených vzdělávacích akcí a terapií?

DC2: Zanalyzovat schopnost využití získaných informací, dovedností a schopností pro začlenění do běžného života po ukončení dlouhodobé hospitalizace na LDN NEMKH.

Tazatelské otázky do druhého rozhovoru po propuštění z hospitalizace na LDN NEMKH.

Tazatelská otázka 6: Tato otázka slouží ke zjištění, v čem jim byly absolvované akce a terapie přínosné, co vše se naučili.

Povídejte mi o tom, v čem vám byly absolvované vzdělávací akce a terapie přínosné, co jste se konkrétně naučil/a, v čem jste e zlepšil/a?

Tazatelská otázka 7: Tato otázka je důležitá pro zjištění, kam budou pacienti po ukončení hospitalizace na LDN NEMKH propuštěni, zda se vrátí do svého přirozeného prostředí nebo zda se změní jejich celkový životní styl př. odchodem do některého ze zařízení sociální péče nebo zda si doposud žijícího seniora převezme péči rodina.

Vyprávějte mi o tom, kam jste byl/a propuštěn/a po ukončení hospitalizace?

Tazatelská otázka 8: Tato otázka je důležitá pro vnitřní potřeby NEMKH, zpětná vazba, zda nabízené terapie a kurzy pomohli pacientům tohoto zařízení v jejich přípravě na změny, které je po propuštění čekají a jak konkrétně budou moci vědomosti a dovednosti, které uvedly, že získali uplatnit v běžném životě po jejich propuštění.

Vyprávějte mi o tom, jak vám jsou vědomosti a dovednosti získané během absolvovaných vzdělávacích akcí a terapií nápomocné v běžném životě po vašem propuštění?

Příloha B – Přepis rozhovoru s respondentkou „H“ ze skupiny 1

Otázky do prvního rozhovoru po nebo během absolvování nabízených kurzů a terapií na LDN NEMKH:

Respondentka ze skupiny 1 “H“, rozhovor byl veden na jejím pokoji, kde byla hospitalizována, jde o pacienta LDN NEMKH stav po akutní respirační insuficienci po ICHS, bronchopneumonie, progrese globální respirační insuficience.

1. **Vyprávějte mi o tom, kde jste žil/a do doby, než jste byl/a hospitalizována na LDN Nemocnice Kutná Hora?**

„Žila jsem s dcerou u ní doma, před 5 lety si mě vzali k sobě, to bylo, když mi umřel manžel. Starají se o mě dobře, i když je to někdy těžké. Už předtím jsem byla ne úplně soběstačná. Snad si mě potom vezmou zas domů, moc jsme o tom ještě nemluvili.“

2. **Víte o tom, že během hospitalizace se můžete zúčastnit řady vzdělávacích aktivit a využít i různé terapie, projevila jste zájem o jejich využití?**

„Vím o tom, o tej nabídce, říkala mi o ní sestřička i vy, ale já nic nepotřebuju, chci jít brzo domů, snad si mě dcera vezme brzo. Nepotřebuju nic z toho, jediné, co jsem chtěla, byl pejsek, to jo to jsem souhlasila. To mě moc potěšilo, že tu něco takového je.“

3. **Víte konkrétně o jaké vzdělávací akce a terapie se jedná?**

„Ano, dostala jsem letáček s nabídkou, ale už jsem ho vyhodila, asi si nevzpomenu, co všechno tam bylo. Něco o hudbě, pak samá cizí slova a kurz práce s telefonem a čtení no, a hlavně terapie se psem to vím, protože to jsem se hned nahlásila. Ostatní mě nezajímalo, nechci se nic učit, jsem na to stará a mám dceru, postarají se o mě.“

4. **Povídejte mi o tom, jak jste spokojen s využívanými vzdělávacími aktivitami a terapiemi, které jste využíval/a?**

„Jsem velmi spokojená, kdysi jsem měla fenku jmenovala se Asta (pláč), Asta byla zlatíčko a byla také bílá, jako Růženka. Hrozně se těším na každou její návštěvu, je to zlatíčko. Pomáhá mi na vše zapomenout. Kdybych nemusela mít tohle kvůli dýchání, hned bych jí vzala ven na procházku. Jsem šťastná, že jí mohu aspoň pohladit, hodit míček a že může i ke mně do postele. Bez ní bych to tu nevydržela.“

5. **Povídejte mi o tom, zda vám vyhovuje rozsah a frekvence nabízených vzdělávacích akcí a terapií?**

„No to mi teda nevyhovuje, chtěla bych, aby tady se mnou Růženka byla každý den a mnohem dýl než tu se mnou může být. Vím, že to asi není možný, ale chtěla bych to.“

Otázky do druhého rozhovoru po propuštění z hospitalizace na LDN NEMKH.

Rozhovor s respondentkou „H“ probíhal v místě jejího bydliště po propuštění z hospitalizace na LDN NEMKH.

6. **Povídejte mi o tom, v čem vám byly absolvované vzdělávací akce a terapie přínosné, co jste se konkrétně naučil/a, v čem jste e zlepšil/a?**

„Pro mě to bylo hlavně využití času, co jsem tady, zkrácení si dlouhé chvíle. Už jsem říkala, že díky Růže je to tu pro mě snesitelnější. No, co jsem se naučila nebo v čem jsme se zlepšila? No trochu jsem si procvičila ruce, aspoň trochu jsem se hýbala, jinak bych celé dny v nemocnici jen proseděla a proležela, možná bych zapomněla i chodit. Tak asi tak.“

7. **Vyprávějte mi o tom, kam jste byl/a propuštěn/a po ukončení hospitalizace?**

„Já jsem doma, však vidíte.“ Dcera si mě vzala zpátky, díky bohu. Mám stále problémy s dechem, můj život se hodně změnil, doktor mi napsal oxygenátor, jinak bych musela být stále v nemocnici.“

8. **Vyprávějte mi o tom, jak vám jsou vědomosti a dovednosti získané během absolvovaných vzdělávacích akcí a terapií nápomocné v běžném životě po vašem propuštění?**

„Jak jsem říkala, můj život se díky zhoršení zdraví velmi změnil. Mám řadu omezení, které jsem dříve neměla, a rodina kolem mě má mnohem víc běhání. Využívala jsem jen schůzky s Růženkou a krátila si spíš jen volné chvíle zábavou s ní. Možná kdybych věděla, jak teď budu mizerná, snažila bych se víc. Takže jsem si odnesla jen dobré pocity.“

Příloha C – Přepis rozhovoru s respondentem „G“ ze skupiny 2

Otázky do prvního rozhovoru po nebo během absolvování nabízených kurzů a terapií na LDN NEMKH:

Respondent ze skupiny 1 “G“, rozhovor byl veden na sesterně daného oddělení, kde je pacient hospitalizován, stav po akutní ischemické mozkové cévní příhodě.

1. **Vyprávějte mi o tom, kde jste žil/a do doby, než jste byl/a hospitalizována na LDN Nemocnice Kutná Hora?**

„Žil jsem sám v bytě, tady v Kutný Hoře, rodinu mám daleko, jen občas mě navštěvují, ale často si voláme, máme dobrý vztah, měl jsem štěstí.“

2. **Víte o tom, že během hospitalizace se můžete zúčastnit řady vzdělávacích aktivit a využít i různé terapie, projevila jste zájem o jejich využití?**

„Vím o tom, jasně že vím, no to si piště, že jsem projevil.“

3. **Víte konkrétně o jaké vzdělávací akce a terapie se jedná?**

„Já vím, vím jen si asi nevzpomenu přesně na názvy, mám tu letáček s mou nabídkou, počkejte. Tak, trénování paměti, čtenářský kroužek, ovládání mobilního telefonu a z terapií tu mám ergoterapii, canisterapii a arteterapii, abych si procvičoval ruce. No jsem po mrtvici a říkal jsem si, že tohle všechno mi pomůže. Mám problémy s levou rukou a jsem levák, tak potřebuju psát, hůř se mi mluví, a tak snad čtením se to zlepší. S telefonem jsem to nikdy neuměl. Psy miluju a malovaní taky, kdysi jsem maloval, oleje. Syn mi říkal, ať dělám, co je potřeba, chci se vrátit domů, čas tu běží pomalu. Doufám, že tohle vše mi pomůže, abych byl rychleji fit, už vidím i první zlepšení.“

4. **Povídejte mi o tom, jak jste spokojen se vzdělávacími aktivitami a terapiemi, které jste využíval/a?**

„Já moc, doma jsem sám a tady je takových aktivit, že nevím, co dřív. Taky jsem se tolik už dlouho nenasmál, užil jsem si to a ještě užívám. “

5. **Povídejte mi o tom, zda vám vyhovuje rozsah a frekvence nabízených vzdělávacích akcí a terapií?**

„Myslím, že je to v pořádku, nabral jsem si toho hodně, často jsem ani nevěděl kam dřív, ale nikdy nejsou ty aktivity dlouhé, takže jsem vše zvládnul a většinou jsou jednou týdně, tak jsem si mohl vše rozložit, jak jsem chtěl.

Otázky do druhého rozhovoru po propuštění z hospitalizace na LDN NEMKH.

Rozhovor s respondentem „G“ probíhal v místě jejího bydliště po propuštění z hospitalizace na LDN NEMKH.

6. **Povídejte mi o tom, v čem vám byly absolvované vzdělávací akce a terapie přínosné, co jste se konkrétně naučil/a, v čem jste e zlepšil/a?**

„Krom využití volného času jsem se naučil takových věcí, procvičil jsem si ruce, začal jsem líp artikulovat, líp se mi už píše, taky umím zacházet s mobilem, nikdy jsem si nemyslel, že tohle budu umět.“

7. **Vyprávějte mi o tom, kam jste byl/a propuštěn/a po ukončení hospitalizace?**

„Jsem jeden z těch šťastných vrátil jsme se do svého bytu.“

8. **Vyprávějte mi o tom, jak vám jsou vědomosti a dovednosti získané během absolvovaných vzdělávacích akcí a terapií nápomocné v běžném životě po vašem propuštění?**

„No naprosto vše jsem zúročil, už znova plynule čtu, dokážu se podepsat a je to i čitelné (smích), nejvíc využívám to, co jsem se naučil s mobilem, mohu synovi telefonovat, psát zprávy, uložil jsem si ho v seznamu, umím to tam i najít a uložil jsme si tam doktora a pár přátel. Je to skvělé.“

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Radka Štencelová

Obor: Vzdělávání dospělých (Bc. VD Voš)

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Vzdělávání seniorů v průběhu dlouhodobé hospitalizace na LDN Nemocnice Kutná Hora

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů českých použitých zdrojů: 29

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 9

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Havlík Radomír, CSc.