

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

# **Sociální práce ve zdravotnickém zařízení s geriatrickým seniorem**

Veronika Bílková

Katedra sociální práce  
Vedoucí práce PaedDr. Marie Vorlová  
Studijní program Sociální práce  
Studijní obor Pastorační a sociální práce

Praha 2016



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Sociální práce ve zdravotnickém zařízení s geriatrickým seniorem napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 4. 5. 2016



BÍLKOVÁ, Veronika. *Sociální práce ve zdravotnickém zařízení s geriatrickým seniorem*. Praha, 2016. 80 stran. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Evangelická teologická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Marie Vorlová.

## **Anotace**

Bakalářská práce představuje roli zdravotně-sociálního pracovníka/sociálního pracovníka při procesu plánovaného propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení. Z demografické prognózy vyplývá, že seniorů ve vyšším věku bude stále přibývat, proto je důležité propojení sociální a zdravotní oblasti pro zajištění kvalitního a důstojného způsobu života. Obor geriatric se specializuje na nemocného seniora jako jedince s biologickými, psychologickými a sociálními zvláštnostmi. Zdravotně-sociální pracovník, který je členem geriatrického týmu, přispěje k zajištění tohoto způsobu života tím, že plánuje proces propouštění se seniorem do jeho přirozeného prostředí. Zahrnuje do procesu jeho rodinu a uplatňuje své znalosti sociálních služeb, přístupů a metod sociální práce. Sociální práci vykonává na základně odborné způsobilosti pro výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka a sociálního pracovníka.

## **Klíčová slova**

Zdravotně-sociální pracovník, sociální práce, geriatric, geriatrický senior, nesoběstačnost, přirozené prostředí.

## **Summary**

The bachelor thesis introduces the role of medical-social worker/social worker during the process of planned release of geriatric senior from medical department. It results from demographic prognosis that the number of seniors in higher age will grow up constantly. Therefore the connection between social

and medical area is important to ensure a quality and dignified style of life. The subject of geriatrics specialized in ill senior as a person with biological, psychological and social peculiarities. Health and social worker, who is a member of geriatric team, assists in ensuring this style of life by planning the process of release from medical department to senior's natural environment. The worker involves in this process senior's family and he applies his knowledge of social services, attitudes and methods of social work. He is professionally qualified for the work of health and social worker and social worker.

### **Keywords**

Medical-social worker, social work, geriatrics, geriatric senior, being not self-sufficient, natural environment.

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PaedDr. Marii Vorlové za trpělivost, odborné vedení a za rady při zpracování této práce.





# Obsah

Úvod .....	11
1. Charakteristika cílové skupiny .....	13
1.1 Demografické stárnutí .....	13
1.2 Stárnutí, stáří.....	16
1.3 Stáří a nemoc .....	17
1.4 Geriatrie .....	18
1.5 Funkční geriatrické vyšetření .....	20
1.6 Geriatrický tým.....	21
1.7 Změny ve stáří a geriatrické choroby .....	22
1.7.1 Biologické změny a geriatrické choroby .....	22
1.7.2 Kognitivní změny a geriatrické poruchy .....	24
1.7.3 Geriatrické sociální syndromy.....	25
1.8 Typické komplikace geriatrického pacienta .....	27
1.9 Potřeby nemocného seniora.....	28
1.9.1 Pojem potřeba člověka .....	28
1.9.2 Dělení potřeb .....	29
1.9.3 Potřeba bezpečí.....	30
1.10 Proces hospitalizace u geriatrického pacienta .....	32
1.11 Význam sociálního pracovníka v procesu hospitalizace .....	33
2. Sociální práce ve zdravotnictví .....	35
2.1 Sociální práce .....	35
2.2 Vývoj sociální práce v České republice .....	36
2.3 Legislativní rámec pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení .....	37
2.4 Sociální pracovník ve zdravotnictví .....	42
2.5 Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních.....	43
2.6 Interdisciplinární tým .....	44
2.7 Sociální služby.....	45
2.7.1 Služby sociální péče .....	46
2.8 Příspěvek na péči .....	48
3. Metody sociální práce.....	50
3.1 Case management .....	50
3.2 Sociální práce s rodinou .....	50
3.3 Komunikace, rozhovor .....	51
3.4 Rozhovor jako základní metoda práce .....	52
3.5 Komunitní plánování .....	53
3.6 Diagnostické metody sociální práce .....	53
3.7 Práce se sítěmi podpory .....	54
4 Přístupy v sociální práci .....	56
4.1 Bio-psycho-socio-spirituální přístup .....	56
4.2 Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse .....	56

4.3 Úkolově orientovaný přístup .....	57
4.4 Systemická práce s jedincem.....	57
5 Proces plánovaného propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení .....	59
5.1 Dosavadní poznatky z procesu plánovaného propouštění geriatrického pacienta ze zdravotnického zařízení v ČR .....	59
5.2 Okruh jedinců zařazených do procesu plánovaného propouštění .....	60
5.3 Fáze procesu plánovaného propouštění.....	61
5.4 Předpoklady úspěšného procesu plánovaného propouštění .....	62
5.5 Úloha zdravotně-sociálního pracovníka při procesu plánovaném propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení.....	62
ZÁVĚR.....	67
Seznam literatury	
Přílohy	

## Úvod

Z demografické prognózy vyplývá, že v budoucnosti bude procento počtu českých obyvatel starších 60 let mnohem vyšší. Tato prognóza vyvolává potřebu provázanosti sociální a zdravotní problematiky. Provázaností sociální a zdravotní problematiky zajistíme seniorům kvalitní a důstojné životní podmínky.

S vyšším věkem přichází určité změny, které vyvolávají častější onemocnění a jeho neobvyklý průběh. Kvůli onemocnění bývá senior často hospitalizován do zdravotnického zařízení, kde o něj pečuje geriatrický tým, jehož součástí je zdravotně-sociální pracovník, který se stará o sociálně-ekonomickou oblast pacienta. Sociální situace se z důvodu onemocnění a ztráty soběstačnosti může stát po propuštění ze zdravotnického zařízení pro seniora nepříznivou. Proto sociální pracovník začne se seniorem plánovat propouštění ihned na začátku hospitalizace.

Cílem práce je ukázat roli zdravotně-sociálního pracovníka/sociálního pracovníka při plánovaném propouštění geriatrické seniora ze zdravotnického zařízení. Geriatrickým seniorem se myslí člověk starší 65 let s typickými geriatrickými rysy.

Práce je zaměřena na plánované propouštění seniorů, při kterém zdravotně-sociální pracovník s geriatrickým týmem, musí brát na zřetel seniorovy změny a potřeby, které vyvstávají na povrch během stáří.

Jelikož sociální práce probíhá ve zdravotnickém zařízení, v kapitolách představuji sociální práci ve zdravotnictví, ve které vymezuji legislativní podmínky výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka a jeho náplň práce. Ukazuji, jaké znalosti musí zdravotně-sociální pracovník mít o sociálních službách, příspěvku na péči, metodách a přístupech používaných v sociální práci, aby plánovaný proces byl komplexní, kvalitní a úspěšný.

Na závěr popisuji samotný proces a fáze plánovaného propouštění a úlohu zdravotně-sociálního pracovníka při plánovaném propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení. Dále ještě zmiňuji, jaké jsou v České republice dosavadní poznatky o procesu plánovaného propouštění a předpoklady úspěšného procesu plánovaného propouštění.

Problematiku budu dokumentovat na případových studiích z mé měsíční odborné specializační praxe ve zdravotnickém zařízení. Případové studie budou obsaženy v přílohách.

# 1. Charakteristika cílové skupiny

## 1.1 Demografické stárnutí

V posledních dobách dochází k zásadním demografickým změnám. První změnou je klesající porodnost a druhou podstatnou změnou je snižování mortality, což znamená, že nastává radikální změna věkové struktury. Z toho vyplývá, že počet seniorů, kteří se dožívají vyššího věku než dříve, neustále stoupá.<sup>1</sup> Ke zvyšování počtu seniorů přispívají kvalitnější podmínky pro život a práci, sociální rozvoj, progres v medicíně, lepší ekonomika a uplatňování lidských práv.<sup>2</sup>

Na demografickém vývoji můžeme vidět, jak se stárnutí populace vyvíjelo. Velký vliv na porodnost v Evropě i u nás měly světové války a hospodářská krize třicátých let. Stárnutí obyvatelstva v České republice bylo započato již v meziválečném období. Avšak po válkách porodnost, kojenecká a dětská úmrtnost byla snížena. V šedesátých letech opět dochází k poklesu porodnosti a tím pádem silnější stárnutí populace. Po roce 1990 nastává snižování porodnosti a lidé se začínají dožívat vyššího věku než v minulosti.

Organizace spojených národů uvádí mnoho statistik, ze kterých vyplývá, že v České republice v roce 2005 bylo skoro 20 % osob starších 60 let. Do roku 2020 se podle organizace OSN toto procento zvýší na 25 %. Předpokládá, že Česká republika bude jedna z nejstarších evropských populací, v nynější době se nachází z hlediska úrovně procesu stárnutí přibližně na 22. místě.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-716-9099-6. str. 264

<sup>2</sup>MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. Praha 2, 2015 -[cit. 2016-02-28]. URL: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

<sup>3</sup>ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2. str. 18-21

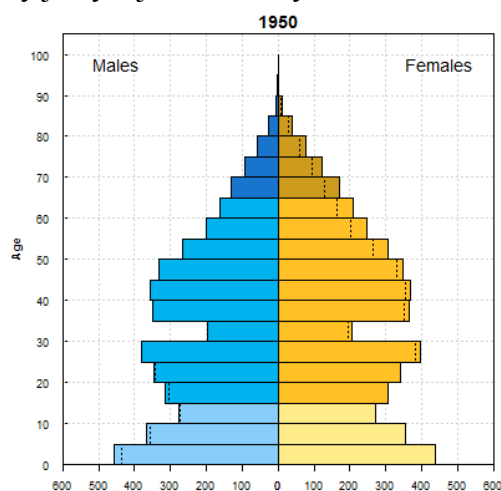
V roce 2007 zde žilo ve věku starších 60 let cca 124 000 osob. Do roku 2050 by se měl počet obyvatel starších 85 let čtyřnásobit, což znamená, že podle odhadů prognózy v České republice bude žít v roce 2050 přibližně půl milionu občanů ve věku nad 85 let.<sup>4</sup>

Velmi důležitý a potřebný je demografický ukazatel střední délky života (naděje dožití). „Je definována jako počet let, kterých se pravděpodobně jedinec dožije, pokud se nezmění specifická úmrtnost. Nejčastěji se určuje střední délka života při narození a stanovuje se zvlášť pro muže a ženy (ČSÚ).“

V roce 2010 průměrný věk u mužů byl 74,4 a pro ženy 80,6.<sup>5</sup>

Ministerstvo práce a sociálních věcí hovoří ještě o zdravé délce života, což znamená, jaká je délka života prožitá ve zdraví. V porovnání s průměrem EU je ČR na podobné úrovni, jsou však země, kde lidé prožívají ve zdraví o 9 let vyšší než u nás (např. Norsko a Malta).<sup>6</sup>

Organizace OSN ukazuje perspektivu světové populace a uvádí grafy, které znázorňují, jaký je vývoj stárnutí obyvatelstva v ČR.<sup>7</sup>

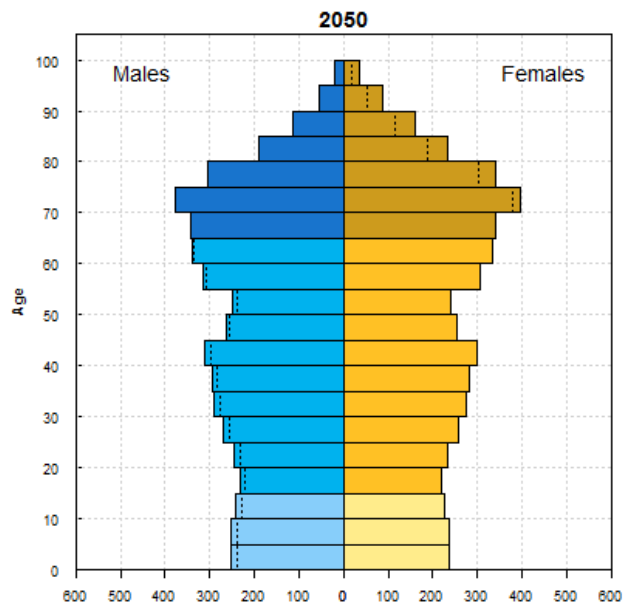
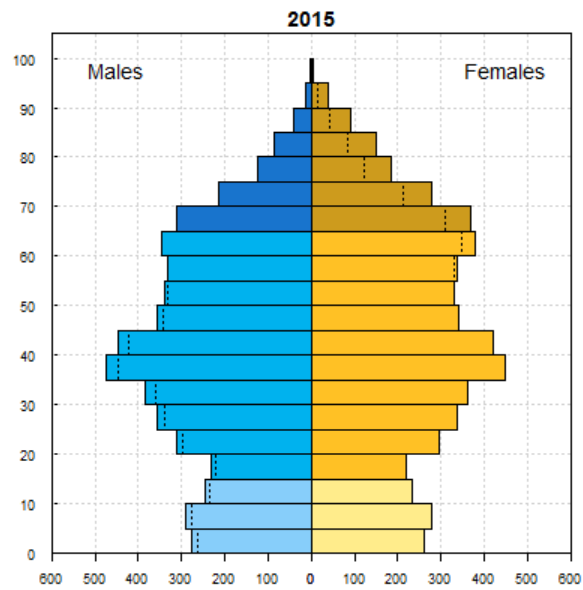


<sup>4</sup>MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3. str. 26

<sup>5</sup>ONDRUŠOVÁ, Jiřina. ref. 3. str. 22

<sup>6</sup>MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. ref. 2

<sup>7</sup>WORLD POPULATION PROSPECTS, THE 2015 REVISION [online]. USA, 2015 -[cit. 2016-02-28]. URL:<http://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>



Tato demografická prognóza se pravděpodobně uskuteční a vyplývá z ní, že starších lidí bude neustále přibývat. Pro zajištění kvalitního a důstojného života stárnoucí populaci je potřeba propojení zdravotnictví i sociální péče.

## 1.2 Stárnutí, stáří

Pojem stárnutí, který začíná v momentě narození lze formulovat jako „*plynulý a pozvolný přirozený a zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka*“. <sup>8</sup> A podle Topinkové a Neuwirtha „*stárnutí je specifický, nenávratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu*.“ <sup>9</sup>

Pacovský ve své knize uvádí typické rysy procesu stárnutí. Píše, že proces stárnutí je u každého jiný, každý do něj vstupuje. S přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění. U člověka se během stárnutí mění složky biologické, psychologické a sociální. Proces je nesynchronizovaný, což znamená, že orgány stárnou různě rychle. <sup>10</sup>

Výsledkem procesu stárnutí je stáří, které „*je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života*“. Je poslední vývojovou etapou, která uzavírá lidský život.

Věk můžeme rozdělit do čtyř skupin: kalendářní, biologický, funkční a sociální. Podle kalendářního věku určujeme, jak je kdo starý. Kalendářní věk nám sice určuje přesný věk, ale nebere v úvahu příznaky stárnutí, změny v pracovních schopnostech a v sociálních rolích. Je to pomůcka, která slouží pro statistiku a demografii. Za hranici kalendářního stáří se považuje 60 či 65 let. <sup>11</sup>

V současné době se zlepšuje funkční stav seniorů a díky němu můžeme členit stáří podle Muhlpackra takto:

65-74 let – mladí senioři

75-84 let – staří senioři

---

<sup>8</sup>MALÍKOVÁ, Eva. ref.4. str. 13

<sup>9</sup>TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. ref. 1. str. 17

<sup>10</sup>PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku: Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha. Karolinum, 1997, 122 s. ISBN 978-80-718-4486-0, s. 55-60

<sup>11</sup>ONDRUŠOVÁ, Jiřina. ref.3. str. 16



85 let a více – velmi staří senioři.<sup>12</sup>

Kromě kalendářního věku existuje také věk biologický. Biologický věk člověku ukazuje, v jakém stavu je jeho organizmus a orgány v porovnání se standardním stavem v určitém věku. Čím je člověk starší, tím jeho tělo degraduje. Série změn často nenastává stárnutím, ale spíše nemocemi, proto se mnohdy lidé stejného kalendářního věku od sebe liší.<sup>13</sup>

Další je věk sociální. Pro něj je typické, zda u seniora je přítomnost či nepřítomnost životního programu a jaké role ve společnosti senior zastává. Za začátek sociálního stáří je pokládán nárok na starobní důchod. Současná společnost se snaží podporovat zapojení seniorů do společnosti, podporovat v celoživotním vzdělávání a seberealizaci. A snaží se seniorům ukázat, že mají možnost si přivydělat netradičními formami.<sup>14</sup>

Nejpodstatnější věk u seniorů je funkční věk neboli stav, který je ovlivňován celou řadou vnějších faktorů. „*Souvisí se schopností udržet takové individuální zvyklosti člověka, jako je jeho vztah k sociálnímu a životnímu prostředí, ve kterém žije.*“ Z tohoto vyplývá, že kalendářní a funkční stav se nemusí shodovat.<sup>15</sup> Funkční věk je také hodnotícím kritériem geriatrické medicíny. Při propouštění seniora ze zdravotnického zařízení je pro lékaře a sociální pracovníce úroveň funkčního věku velmi důležitá.

### 1.3 Stáří a nemoc

Je potřeba zmínit, že stáří není nemoc, avšak že starý člověk může být nemocný. Skoro u každého orgánu starého člověka nastává pokles funkční rezervy. Kvůli snížení kompenzačních mechanismů se jedinec hůře

---

<sup>12</sup>MALÍKOVÁ, Eva. ref.4. str. 14

<sup>13</sup>ONDRUŠOVÁ, Jiřina. ref. 3str. 17

<sup>14</sup>ONDRUŠOVÁ, Jiřina. ref. 3. str. 17

<sup>15</sup>*Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Překlad Lucie Kubešová. Čestlice: Rebo, 2006. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-723-4536-2. str. 9

přizpůsobuje ke změně vnitřního a vnějšího prostředí. Jeho organismus je méně odolný a stává se náchylný k nemocem. Vytvářejí se různé patologické jevy, které vyznačují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny.

Ve stáří se často vyskytuje polymorbidita a zvláštnosti klinického obrazu. Polymorbidita je spojení více nemocí u jedince bez souvislostí anebo se souvislostmi. Nemoci bez kauzality jsou choroby přidružené a nemoci s kauzalitou jsou takové, kdy jedna nemoc vyvolává druhou.

Polymorbidita má vliv i na zvláštnosti klinického obrazu, což znamená, že mnoho chorob ve stáří má odlišný průběh na rozdíl od onemocnění, které člověka postihly v mladém věku. Odlišný průběh je způsoben fyziologickými změnami a ztrátou funkčních rezerv.<sup>16</sup>

Jak již bylo uvedeno výše, stárnutím se organismus oslabuje a tím pádem starý člověk může být častěji nemocný. Je tedy potřeba, aby se lékaři nesnažili a nemocní senioři nechtěli „uzdravit stáří“, avšak aby se zaměřili přímo na choroby. Právě obor geriatry se soustředí na nemocné seniory.<sup>17</sup>

#### 1.4 Geriatrie

Obor geriatry se zabývá komplexní problematikou nemocného seniora jako jedince s biologickými, psychologickými a sociálními zvláštnostmi.<sup>18</sup> Cílem geriatry je, co nejvíce zlepšit zdravotní a funkční stav a soběstačnost seniorů, snižovat častou nemocnost a dlouhodobou disabilitu.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup>TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. ref. 9. str. 18

<sup>17</sup>PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-717-8184-3. str. 58

<sup>18</sup>PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. *Medicina a praxe*. ISBN 80-855-2632-8. str. 11

<sup>19</sup>HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8. str. 12

Čím více bude stoupat množství seniorů v České republice, tím větší množství bude geriatrických pacientů. Geriatrický pacient „bývá charakterizován vyšším věkem, významnou morbiditou a hrozícím či již přítomnými funkčními omezeními.“<sup>20</sup> Kalvach ho naopak popisuje takto: „Základním rysem geriatrického pacienta není samotný věk a oproti vžitým představám ani nesoběstačnost, nýbrž křehkost, ohroženost komplikacemi a dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu.“<sup>21</sup>

Tabulka shrnuje hlavní charakteristiky, vymezující geriatrického pacienta.

Věk 80 (85) let nebo starší
Křehkost
Nutnost péče zjevná nebo požadovaná
Obyvatel domova důchodců
Omezení základních aktivit všedního života, existující nebo hrozící
<b>Další okolnosti těž u mladších pacientů (cca od 65-70let):</b>
Pády v anamnéze
Zhoršující se pohyblivost
Iktus v posledních 3 měsících
Deprese
Demence
Vážnoucí výživa
Neplánovaný pobyt v nemocnici v posledních 3 měsících
Prodloužená nepohyblivost pro těžké nemoci nebo operaci
Inkontinence
Chronická bolest
Dekubitus, chronické rány <sup>22</sup>

Jako druhý výstižný rys geriatrického pacienta je zmiňována v tabulce geriatrická křehkost, protože vyjadřuje rizikovost a zranitelnost seniorů. Stařecká křehkost nesouvisí s žádným konkrétním onemocněním, avšak vzniká

<sup>20</sup> SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4. str. 119

<sup>21</sup> ONDRUŠOVÁ, Jiřina. ref. 3. str. 28

<sup>22</sup> SCHULER, Matthias a Peter OSTER. ref. 20. str. 120

fyziologickým snížením výkonu orgánů a úbytkem kostní hmoty a svalové hmoty, protože senior už není v takové kondici jako dříve a může trpět podvýživou.

K rizikovým faktorům křehkosti se řadí další ohrožení, např. senioři jsou ohroženi sníženou schopností pohyblivosti a sebeobsluhy, s tím jsou spojeny pády, zlomeniny a komplikovaný vývoj onemocnění. Kvůli nepříznivému stavu senior může být často hospitalizován, což může vyústit až ke geriatrickému hospitalismu.<sup>23</sup> „Hospitalismus je charakterizován jako vznik fyzických a duševních poruch a ztráta aktivity v důsledku dlouhodobého pobytu pacienta v nemocnici.“<sup>24</sup>

Při poskytování jak sociální i zdravotní péče o křehké seniory je nejdůležitější dbát na ochranu a podporu jejich důstojnosti za všech okolností, ať jsou jejich zdravotní stav, schopnosti komunikace, kognitivní schopnosti a další souvislosti jakékoliv.<sup>25</sup> Abychom seniora mohli považovat za geriatrického pacienta a poskytnout mu odpovídající sociální a zdravotní péči, je potřebné provést funkční geriatrické vyšetření.

### **1.5 Funkční geriatrické vyšetření**

K zjištění zdravotního stavu a funkčních schopností seniora se používá funkční geriatrické vyšetření, které znamená komplexní vyšetření starého pacienta. Toto vyšetření poskytuje sociálnímu pracovníkovi a lékaři celistvý pohled na starého pacienta jako na biopsysociální jedince, který je součástí socioekonomických podmínek. Pouze tímto způsobem lze plánovat péči a terapii, předejít případným rizikům, které by mohly ovlivnit úroveň

---

<sup>23</sup> ONDRUŠOVÁ, Jiřina. ref. 3. str. 28

<sup>24</sup> *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. Vyd. 1. Praha: Diderot, 1999. Encyklopedie Diderot. ISBN 80-902-5553-1. str. 365

<sup>25</sup> MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7. str. 372

soběstačnosti a zajistit zdravotní a sociální služby podle individuálních potřeb seniora.<sup>26</sup>

Funkční geriatrické vyšetření se dělí do těchto následujících oblastí:

- 1) Biomedicínská oblast – zaznamenání vlivu choroby na funkční stav seniora, informace o užívání léků, vyskytování poruch a fyzických zdatností.
- 2) Psychická oblast – screening kognitivních poruch, deprese, schopností a způsobů vyrovnávat se se zátěží.
- 3) Sociálně-ekonomická oblast – zjišťování sociální anamnézy, množství sociálních kontaktů, úrovně zapojení do společenských aktivit a využívání komunitních a domácích služeb.
- 4) Celkové funkční schopnosti v základních všedních činnostech – prozkoumání, zda se pacient zvládne sám najíst, obléknout, chodit, umýt se, použít WC atd.<sup>27</sup>

Pokud lékaři usoudí, že se jedná o geriatrického pacienta, měl by se o něj začít starat geriatrický tým.

### **1.6 Geriatrický tým**

Geriatrický tým, neboli také někdy nazývaný interdisciplinární tým, zajišťuje komplexní léčbu a snaží se o ucelený přístup k pacientovi. Důvodem pro geriatrickou týmovou spolupráci je, že všechny znalosti a zkušenosti potřebují být zapojeny a aplikované na pacienta nebo na členy rodiny.

Geriatrický tým se skládá z rodinného příslušníka, lékařů, ošetřujícího personálu, psychologů, zdravotně-sociálních pracovníků, pracovníků duchovní péče, terapeutů a pomocného ošetřujícího personálu.

---

<sup>26</sup> ŠIMEK, J., CHLUMECKÁ, J., KOLÍNOVÁ, M. 2003. Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný a i organizační problém. *Praktický lékař*, 2004, Roč. 84, č. 5, str. 251

<sup>27</sup> TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. ref. 1. str. 25

Funkce takového týmu zahrnují společné posouzení potřeb a problémů pacienta, výměny příslušných informací, týmové učení personálu, vývoj intervenčního plánu, etického rozhodování, zadávání úkolů a povinností a vyhodnocování výsledků.<sup>28</sup>

Tým vytváří plán péče orientovaný na klienta, kde je jasně vymezený cíl a propojení oborů zastoupených v týmu. Nejvíce času s pacientem stráví zdravotní sestry, které poté předávají informace lékaři. Ti, co o pacienta pečují, by se měli sejit jednou týdně a předat si informace o aktuálním stavu pacienta a dohodnout se o dalších krocích. V potaz samozřejmě berou pacientovi představy a přání.

Jednou za dva měsíce by se měly uskutečňovat interdisciplinární týmové porady, kterých se účastní všechny profesní skupiny. Tyto porady mohou usnadnit a posilovat spolupráci.<sup>29</sup>

Při práci a jednání s pacientem geriatrický tým bere na vědomí změny, choroby, typické komplikace a potřeby, které se stářím souvisí.

## **1.7 Změny ve stáří a geriatrické choroby**

S přibývajícím věkem vznikají početné biologické, sociální a psychické změny. Některé příčiny lze ovlivnit (styl života) a jiné nelze (genetické dispozice). Kvůli stoupajícímu věku a všem těmto změnám jsou senioři náchylní k různým nemocem.

### **1.7.1 Biologické změny a geriatrické choroby**

Během stáří dochází k mnoha biologickým změnám. Tyto změny mohou být pro seniory nepříjemné a vyvolat u nich některé nemoci. Sociální pracovník

---

<sup>28</sup>BEDER, J. Hospital social work, the interface of medicine and caring. USA, New York: Tylor and Francis group, LLC, 2006. 196 s. ISBN 978-0415950671. str. 4-6

<sup>29</sup>SCHULER, Matthias a Peter OSTER. ref. 20. str. 119-123

s geriatrickým týmem tyto změny a choroby musí brát na zřetel a podle toho s ním pracovat.

Pohyb u seniora je velmi důležitý, protože díky němu je nezávislý a samostatný. Pohyb je však u seniorů ohrožen, kvůli změnám pohybového ústrojí. Ve vyšším věku se může vyskytovat osteoporóza (kosti jsou křehčí, zvyšuje to riziko fraktur), osteomalacie (kost se ohýbá a deformuje se) a osteoartróza (degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky kloubu se snížením pevnosti a elasticity). Pokud senior onemocní některou z výše uvedených chorob a stane se delší dobu imobilní, může dojít ke svalové atrofii, kdy dochází k ochabování svalů. Proto je velmi důležitá během hospitalizace rehabilitace.

Může se stát, že senior začne odmítat jídlo. Odmítání jídla může mít mnoho příčin. Mezi tyto příčiny může patřit stav, ve kterém senior nechce jíst z důvodu porušení chrupu, bolesti při žvýkání či polykání, z nedostatku slin anebo pouze kvůli absenci chuti, protože se věkem zhoršují smyslové funkce. Senior může mít také problémy s potravou kvůli rakovině jícnu, vředové choroby žaludku, onemocnění tlustého střeva nebo žlučníku.

Při komunikaci je důležité vědět, zda senior netrpí stařeckou nedoslýchavostí, šedým zákalem či senilní okulární degenerací (mlhavé vidění i s optickými pomůckami). Při poruše zraku je potřeba, aby se pokaždé jedinec, který jedná se seniorem, představil, protože je možné, že by ho senior po hlase nemusel poznat a mohl by být poté zmatený.

Mezi typické nemoci u seniorů patří onemocnění dýchacího systému (hemoptyza, chronický zánět průdušek, pneumonie, bronchogenní karcinom či tuberkulóza plic) a oběhového systému (hypertenze, arytmie, ischemická choroba srdeční).

### 1.7.2 Kognitivní změny a geriatrické poruchy

Někdy je těžké poznat, zda psychologické změny vznikly přirozeně věkem nebo zda jsou způsobené nemocemi. Příznačné jsou změny hodnot, potřeb, postojů, zpomalené reakce a projevy chování, pohybové návyky, pokles kvality vnímání a zhoršování poměti, soustředění a pozornosti.<sup>30</sup>

Jak již bylo podotknuto výše, dochází ke změnám v reakčním čase - tj. zpomalením v reakcích. To vyžaduje, aby člověku byl dán delší čas na rozmyšlenou a vykonání činností. Zpomaluje se psychomotorické tempo a unavuje se psychika, což může způsobit, že senior může trpět zabíhavým myšlením (např. není schopen udržet myšlenku).

Senior mívá problémy s krátkodobou pamětí. U problémů s krátkodobou pamětí se mohou vyskytnout potíže s všípivostí a výbavností. Naopak dlouhodobá paměť funguje velmi dobře a dlouho. Senior často vypráví o minulosti a vzpomíná na staré dobré časy, to mu dává pocit bezpečí a jistoty. Avšak měl by se snažit si zvykat a zapamatovat si nové věci a události.<sup>31</sup>

Haškovcová zdůrazňuje důležitost životní dráhy seniora. Aby člověk mohl poznat povahu seniora, měl by znát jeho individuální osud neboli životní dráhu, protože mnoho vlastností není dáno stářím, ale specifičností osobnosti. Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě. Např. kdo byl dříve spořivý, bývá lakomý.<sup>32</sup>

Erikson ještě tvrdí, že senior může žít spokojeně, pokud se ohlédne na svůj život s dobrým pocitem osobního naplnění a uskutečnění věcí, co kdy chtěl anebo mohl udělat. Pokud se tento pocit nedostaví, nastupuje zoufalství. Důležité je, aby člověk dosáhl integrity a získal moudrost, kterou označuje

---

<sup>30</sup> MALÍKOVÁ, Eva. ref. 4. str. 20

<sup>31</sup> HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. ref. 19. str. 59-63

<sup>32</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9. str. 65



za ctnost jako výsledek vývojové cyklu člověka.<sup>33</sup> Klíčové také je, aby se jedinec vyrovnal se vším, co bylo a nebylo, nechtěl na své minulosti nic měnit a měl vše uzavřené.<sup>34</sup>

Mezi nejčastější neuropsychiatrická onemocnění u geriatrického pacienta patří delirium (neboli akutní zmatenost, porucha vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti atd.), demence (porucha symbolických funkcí jako je paměť, počítání, schopnost učení a řeč) a deprese (afektivní porucha, různé formy tzv. smutku všedního dne).<sup>35</sup>

Senior může být často zapomětlivý, mít zpomalené reakce, výpadky paměti a pomaleji se učit novým věcem, což může být způsobeno změnou nervového systému.<sup>36</sup>

### **1.7.3 Geriatrické sociální syndromy**

Typickým sociálním aspektem je ztráta sociálních kontaktů. Senior nejdříve musí opustit pracovní kolektiv, odejít do starobního důchodu. Později jedinec přichází o partnera a blízké přátelé a nakonec třeba i přirozené prostředí, tím pádem je zde velké riziko sociální izolace.<sup>37</sup> Sociální izolace se může projevat psychosociální deprivací (člověk odmítá sociální komunikaci a pomoc, nic nedělá), ztrátou pocitu bezpečí (pocit, že všechno je ztracené, nevyskytuje se někdo, kdo by v případě nutnosti pomohl) nebo také vynucováním si pozornosti (člověk si osamělost uvědomuje a vynucuje si pozornost způsobením potíží) atd.<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-505-9. str. 70

<sup>34</sup> HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0. str. 38-39

<sup>35</sup> PACOVSKÝ, Vladimír. ref.18. str. 98-102

<sup>36</sup> TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. ref. 1. str. 109-255

<sup>37</sup> HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. ref. 35. str. 38-39

<sup>38</sup> PACOVSKÝ, Vladimír. ref. 18. str. 114

Senior si hůře zvyká na změny. Musí si zvykat na odchod do důchodu, na větší množství volného času, atomizaci rodiny, často také na změnu nového bydliště a na změnu sociálních rolí.

V tomto období dochází k redukci četnosti sociálních rolí. Vyznačují ztrátu sociální prestiže a ukazují větší závislost starého člověka na druhých. Některé role ztrácí, naopak některé získává (např. ztrácí roli pracujícího, kolegy a získává roli babičky/dědy, vdovy/vdovce nebo pacienta).<sup>39</sup>

Sociální nerovnováha u seniora může nastat také dysfunkcí rodiny. Senior se často zajímá o dění v rodině, a proto ho může velmi zasáhnout úmrtí v rodině, rozvod nebo špatné rodinné vztahy. Situace v rodině se také může změnit, pokud senior onemocní. Pacovský ve své knize tvrdí, že *„péče o starého nemocného v rodině je možná pouze při současném plnění tří základních podmínek“*:

1. Aby rodina o nemocného pečovat chtěla. Zásadní roli zde hraje motivace, kterou ovlivňují morální kvality rodiny a žebříček hodnot. Péče by měla být s pochopením přijímána.
2. Aby rodina o nemocného pečovat mohla. Zde na péči má velký vliv prostorové podmínky, a zda se člen rodiny může uvolnit ze zaměstnání, aby o nemocného mohl pečovat. Péče může mít dopad i na změnu životního stylu života rodiny s ovlivněním vnitřních vztahů.
3. Aby rodina o nemocného pečovat uměla. Péče o nemocného potřebuje určité dovednosti a znalost určitých informací. Informace o správné péči dává lékař a informace o možnosti využití sociálních služeb poskytuje sociální pracovník.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. ref. 35. str. 38-39

<sup>40</sup> PACOVSKÝ, Vladimír. ref. 18. str. 110-112

## 1.8 Typické komplikace geriatrického pacienta

Mezi typické komplikace geriatrického pacienta se řadí porucha mobility. Potřeba pohybu je velmi důležitá, protože vede k uspokojování všech potřeb člověka, tudíž s poruchou mobility dochází k poklesu funkčních schopností nemocného. Ohrožuje to jeho samostatnost a snižuje kvalitu jeho života.

Pády se také zařazují do častých komplikací. Topinková a Neuwirth zmiňují, že pády nejčastěji zapříčiňují smrtelné úrazy u osob starších 65 let a 3 až 5 procent je kvůli pádu hospitalizováno. Po pádu má 5 až 10 procent seniorů způsobeny fraktury. Nejčastěji jsou to zlomeniny stehenní kosti, ale také dlouhých kostí (humerus, Collesova fraktura, žebra).<sup>41</sup>

Další komplikací u geriatrického pacienta je malnutrice. „*Malnutrice je označení pro takový dlouhodobý stav výživy pacienta, který nepokrývá všechny jeho potřeby (příjem potravy je nedostatečný, přílišný nebo nevyvážený)*.“<sup>42</sup>

Výživa má však důležitou roli v péči o starého člověka, protože působí na kvalitu člověka a celkový stav organismu: fyzickou a psychickou výkonnost, člověk je více odolný infekcím, lépe se vypořádá se stresem a rychleji se hojí rány.

Mezi komplikace se řadí také insomnie, což je porucha spánku. Senior často nemůže usnout, jeho spánek je nekvalitní a nedostatečně hluboký a probouzí se v časných hodinách.

Senior dále trpí často bolestmi, které mu znepríjemňují život. Bolest může být akutní anebo chronická. Akutní bolest se lehce odhalí a má přesné určení místa a signály (např. bolestivý kloub), chronická bolest trvá déle než 3 měsíce a přetrvává ještě další měsíc po vyhojení prvotního onemocnění. Kvůli chronické bolesti dochází u seniora k emočním změnám, senior se může stát úzkostným, trpět depresemi a soustředit se pouze na bolest.

---

<sup>41</sup> TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. ref. 1. str. 64-70

<sup>42</sup> SPORT PRO ZDRAVÍ, Tomšík David [online]. Praha, 2010 -[cit. 2016-04-11].

URL: <http://www.sportprozdravi.cz/clanky/malnutrice/>

Poslední, ale vážnou komplikací u geriatrických pacientů se stávají dekubity neboli proleženiny. „*Proleženina – dekubitus – je místní nekróza kůže, podkoží a často i svalů s následným vředovým rozpadem (dekubitálním vředem), která vznikne tam, kde jsou měkké tkáně delší čas vystaveny účinky tlaku mezi kostí a pevnou podložkou.*“ Topinková a Neuwirth tvrdí, že bylo zjištěno, že dekubity vznikají u 2/3 lidí během prvních dvou týdnů hospitalizace a u pacienta s proleženinami je až čtyřnásobně větší riziko úmrtí.<sup>43</sup>

### **1.9 Potřeby nemocného seniora**

Péče o pacienta v seniorském věku by mělo být více než jenom léčení, vyšetření a různé terapie. Člověk potřebuje, aby byly zajištěny jeho potřeby, bohužel však při onemocnění tyto potřeby někdy sám nezvládá uspokojit, tudíž geriatrický tým, který pečuje o seniora, by měl především zakládat svou péči i na jeho uspokojování a zajišťování jeho potřeb.<sup>44</sup>

#### **1.9.1 Pojem potřeba člověka**

V průběhu života se lidské potřeby nemění. Některé potřeby vyvstanou na povrch zvláště, když člověk onemocní nebo při dosáhnutí seniorského věku. Trachtová ve své knize potřebu charakterizuje takto: „*Potřeba je projevem některého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, které je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj.*“<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. ref. 1. str. 70-102

<sup>44</sup> PACOVSKÝ, Vladimír. ref. 18. str. 86-87

<sup>45</sup> TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2. str. 10

Druhý autor Pichaud pojem potřeba doplňuje o tuto informaci: „*potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje.*“ A tvrdí, že „*potřeba je projevem bytostného přání.*“<sup>46</sup>

### 1.9.2 Dělení potřeb

Mezi nejznámější teorie patří Maslowa teorie potřeb. V jeho teorii jsou potřeby hierarchicky uspořádány do pyramidy, z čehož vyplývá, že potřeby musí být v určitém stupni dostatečně uspokojeny, aby mohl být uspokojen další stupeň. Upozorňuje, že potřeby člověka nemusí být na každé úrovni pyramidy úplně naplněny.

Hierarchie lidských potřeb dle Maslowa má 5 stupňů:

- 1) Fyziologické potřeby – stojí v základu pyramidy, protože jsou pro člověka nejdůležitější. Zahrnují potřebu kyslíku, jídla, pití, spánku, atd. Pokud není nějaká potřeba uspokojována, tak to má velký vliv na osobnostní funkce.
- 2) Potřeby bezpečí – každý člověk potřebuje pocit bezpečí, pocit pohody bez strachu, úzkosti a zmatku.
- 3) Potřeby náležitosti a lásky – až jsou uspokojeny nižší potřeby, jedinec chce a potřebuje lásku, vztah a touží někam patřit.
- 4) Potřeba úcty – Maslow tvrdí, že kromě pár případů, má tyto potřeby každý jedinec. Rozděluje tyto potřeby dále na sebeúctu a úctu druhých.
- 5) Potřeba sebeaktualizace – na této úrovni jedinec dychtí po tom stát se vším, čím se stát může. Maslow zdůrazňuje: „*Čím člověk může být, tím také musí být. Musí být věrný své přirozenosti. Na této úrovni jsou rozdíly mezi jednotlivci největší.*“<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. ref. 17. str. 36

<sup>47</sup> DRAPELA, Victor. ref. 34. str. 139-140

### 1.9.3 Potřeba bezpečí

Hugo Příbyl ve své knize s názvem Lidské potřeby ve stáří provedl osobní výzkum, co potřebují senioři nad 80 let. Z výzkumu Příbyl zjistil, že nejpotřebnější je potřeba bezpečí, fyzického, ekonomického a psychického.

#### A)Potřeba fyzického bezpečí

Pod potřebou fyzického bezpečí Příbyl rozumí ochranu a péči o své tělo. Senior z důvodu nemoci nebo jejím následkem však nemůže ochraňovat nebo se starat o své tělo. Starý člověk chce i přes nemoc být mobilní, proto se často neobejde bez kompenzačních pomůcek (hole, chodítka). Někdy není schopen se sám najíst nebo zajistit osobní hygienu, proto je potřeba zařídit sociální služby.

#### B)Potřeba psychického bezpečí

Autor označuje tuto potřebu za nejvýznamnější a popisuje ji jako pocit jistoty. Zmiňuje zde sedm potřeb.

První je potřeba sociální. Senior chce být součástí společnosti, rodiny komunity, s tím úzce koresponduje potřeba sounáležitosti a informovanosti. Jedinec potřebuje vyslechnout, vyjádřit svůj názor na dění kolem sebe.

Druhou potřebou je komunikace. Senior ve zdravotnickém zařízení obdrží mnoho informací a instrukcí, buď písemně, nebo ústně, z důvodu poruch smyslových funkcí a snížené schopnosti porozumění, je velmi důležité přizpůsobit komunikaci k schopnostem a dovednostem seniora, aby neodcházel vystrašen a neorientován ve své nynější situaci.

Třetí je potřeba bydlení, která v sobě nese bezpečí fyzické, psychické i ekonomické. Je to místo, kde se jedinec může schovat před venkovním světem, má zde své pohodlí a soukromí. Pocit „doma“ je pro člověka dost významný. Pocit doma nemusí pro člověka být jen dům, ale může pro něj

znamenat, mít známé sousedy kolem sebe nebo žít v určitém městě nebo vesnici. Z Příbylova šetření vyplývá, že většina seniorů by chtěla v případě zhoršení samostatnosti zůstat doma nebo u svých příbuzných.

Potřeba autonomie je čtvrtou potřebou. Senior chce být svobodný a chce sám za sebe rozhodovat. Někdy se stává, že senior je závislý fyzicky, ale to neznamená, že by byl závislý i psychicky. S potřebou autonomie se pojí i potřeba být užitečný, nebýt na obtíž.

Potřeba seberealizace je důležité taktéž pro nemocné seniory nebo pro seniory po nemoci, úrazu. Někteří chtějí být i nadále aktivní, účastnit se společenského života a rozvíjet svou osobnost, je tedy potřeba se snažit jim v to, co největší míře umožnit.

Šestou je potřeba sebeúcty a důstojnosti. Míru sebeúcty a důstojnosti u méně soběstačného seniora může člověk zajistit jeho přístupem k němu, pochvalou, vhodnou komunikací a empatií.

Poslední psychickou potřebou je potřeba duchovní, kdy se senior může ptát po smyslu života, promítá si svůj život a klade si otázky ohledně smrti, pokud taková situace nastane je vhodné jedinci nabídnout pomocnou ruku.

### C)Potřeba ekonomického bezpečí

Za ekonomické zabezpečení senioři považují dostatek peněz na živobytí, na potřebnou léčbu a léky, pro budoucnost a někteří také ho také pokládají za našetření peněz na pohřeb.<sup>48</sup>

Senior je ohrožen mnoha komplikacemi, chorobami a změnami, které ho mohou doprovázet během jeho stáří. Kvůli tomuto nepříjemnému doprovázení se senior často ocitá ve zdravotnickém zařízení. Toto nepříjemné doprovázení

---

<sup>48</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1. str. 74-83

se odráží také na jeho sociální situaci, na jeho soběstačnosti a přispívá k neuspokojení některých potřeb.

### **1.10 Proces hospitalizace u geriatrického pacienta**

Senior z důvodu jeho onemocnění musí být často přijat do zdravotnického zařízení. Proces ošetrovatelské péče má pět fází: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. První etapou je zhodnocení zdravotního stavu. Po příjmu je senior umístěn na akutní lůžko některého specializovaného oddělení zdravotnického zařízení a tímto se stává pacientem, kterému je provedeno vstupní ošetrovatelské vyšetření.

Na začátku hospitalizace je u seniora provedeno také funkční geriatrické vyšetření (viz. kapitola 2.2 Funkční geriatrické vyšetření). Jednou z vyšetřujících oblastí funkčního geriatrického vyšetření je sociálně-ekonomická oblast, která zkoumá, jaká je nastalá sociální situace klienta během hospitalizace a jaká bude sociální situace po propuštění klienta ze zdravotnického zařízení. Zde nastává provázání sociální a zdravotní problematiky, ze kterého vyplývá, že ve zdravotnickém zařízení musí být také zastoupena sociální práce, kterou vykonává sociální pracovník.

Sociální pracovník má zde opodstatněnou roli, jelikož spolu s geriatrickým týmem zjišťuje informace, které souvisí se seniorovým propuštěním. Proces plánované propouštění seniora je záležitostí celého procesu hospitalizace. Sociální situace může mít totiž vliv na zdravotní stav seniora a naopak, zdravotní stav může změnit pacientovu sociální situaci způsobené sníženou soběstačností.

Po zhodnocení nastává druhá etapa, což je diagnostika, u které se určí, jaké potřeby by měly být primárně uspokojeny na základě jeho sociální situace a zdravotního stavu.



Třetí etapou je plánování, při kterém se sestavuje plán, v němž se stanoví cíle, jakým způsobem se cílů má dosáhnout a jaké výsledky se očekávají. Hlavním cílem je propustit pacienta ze zdravotnického zařízení. Kam je senior propuštěn, záleží na jeho zdravotním stavu, sociální situaci a funkční zdatnosti. Geriatrický tým se však snaží, aby byl senior propuštěn do svého přirozeného prostředí.

Při realizaci plánu každý člen geriatrického týmu provádí jednotlivé úkoly, které si stanovili. Vyhodnocení je poslední fází, při níž se zjišťuje, zda byl cíl dosažen. Kdyby cíl nebyl splněn, musela by se plánovat další péče.<sup>49</sup>

### **1.11 Význam sociálního pracovníka v procesu hospitalizace**

Jak již bylo zmíněno senior, který je v důsledku onemocnění hospitalizován, je ohrožen nestabilitou či zhoršeným svého zdravotním stavem a tím pádem může být ovlivněna jeho schopnost postarat se sám o sebe.

I když se stav pacienta stabilizuje, je důležité, aby nadále byla seniorovi poskytována sociální a zdravotní péče, vhodné prostředí a dostatek sociální podpory pro plné uzdravení a návrat do svého přirozeného prostředí nebo jiné instituce. Pacient se může ocitnout v nepříznivé sociální situaci způsobenou zdravotním stavem, proto senior často sám nedokáže určit, jaké má potřeby a jak je naplnit. Naopak ti kteří vědí, jaké jsou jejich potřeby, mají obtíže s tím, jakou možnost si vybrat a jaká je pro ně nejvhodnější.

Zdravotně-sociální pracovník vstupuje do procesu ihned v první etapě hospitalizace a na základě sociálního šetření začne zjišťovat sociální situaci jedince, pomáhat mu s uspokojením jeho potřeb a společně začnou plánovat jeho propouštění ze zdravotnického zařízení. Právě díky sociálnímu

---

<sup>49</sup> TRČKOVÁ, M. 2000. Propouštění geriatrických pacientů z akutních lůžek nemocnic. In Marečková, J., Vránová, M. (Eds.), *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí: sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí (s. 128-130)*. Praha: Galén. str. 69-70

pracovníkovi a jeho komplexnímu přístupu, schopnosti propojovat hlediska různých disciplín, o seniora může být kvalitně postaráno a může pro něj být zdrojem přesvědčení, že mu pomůže naplnit jeho potřeby.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0. str. 165

## 2. Sociální práce ve zdravotnictví

Jak již bylo vidět v předchozích kapitolách, sociální práce úzce souvisí se zdravotnictvím. Sociální pracovník hraje v procesu plánovaného propouštění nezastupitelnou roli, jelikož se stará o sociální stránku seniora.

### 2.1 Sociální práce

*„Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů.“*<sup>51</sup> Cílem sociální práce je motivovat klienta k řešení problému, přizpůsobit se nárokům a rozvíjet se. Poskytnout informace klientovi a kontakt s agenturami, které mu mohou zprostředkovat zdroje, služby a příležitosti. A posledním cílem je rozvíjet a zlepšovat sociální politiku.

Sociální pracovníci uznávají společné hodnoty, které jsou uvedeny v etickém kodexu. Sdílení určitých hodnot je v sociální práci podstatné, jelikož určují povahu vztahu nejen mezi sociálním pracovníkem a klientem, ale také mezi kolegy a širší společností. Na hodnotách jsou založeny i principy, které jsou určeny pro práci s jednotlivcem.

Principy, kterými se budu zabývat, jsou obsaženy v Etickém kodexu.<sup>52</sup> Sociální práce respektuje hodnotu, důstojnost a lidská práva každého člověka, podporuje sociální spravedlnost obecně k lidem a požaduje po sociálních pracovnících profesionální jednání.

Sociální pracovník musí podporovat sociální spravedlnost, čelit negativní diskriminaci, rozpoznávat a respektovat etnickou a kulturní odlišnost. Měl by

---

<sup>51</sup>Mezinárodní etický kodex sociální práce

<sup>52</sup>MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2. str. 33-36

rozdělovat zdroje spravedlivě dle potřeb, varují své zaměstnavatele, veřejnost a politiky, pokud jsou zdroje rozdělovány neadekvátně a vykonává svou práci na základě solidarity.

Právě lidská práva, sociální spravedlnost a důstojnost člověka mohou být u seniorů či nemocných seniorů lehce porušována, proto jim nyní budu věnovat pozornost.<sup>53</sup>

Během práce se musí sociální pracovník řídit Listinou základních práv a svobod a Chartou základních práv evropské unie.

Důstojnost člověka se považuje za absolutní a přirozenou hodnotu lidské bytosti a projevuje se ve svobodě, autonomii a odpovědností za své činy. Každý člověk si zaslouží respekt, i tehdy pokud je starý a nemocný.<sup>54</sup>

Klade se důraz na člověka jedinečnost člověka a individualitu. Uznání důstojnosti se projevuje i v přístupu ke klientovi a v chápání jeho současné sociální situace. Sociální pracovník podporuje právo na výběr, rozhodnutí a participaci jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí a rozvíjí silné stránky člověk.<sup>55</sup>

## **2.2 Vývoj sociální práce v České republice**

Sociální práce má u nás dlouhodobou tradici, proto je důležité zmínit její vývoj v České republice. V našem státě spočívala především na činnostech charitativních organizací, které zastupovaly širokou škálu pomoci. I přes činnosti charitativních organizací zůstávala důležitá rodina, která také pomáhala řešit sociální problémy.

Na začátku 19. století se výrazně změnily funkce rodiny a komunity, protože mnoho funkcí přebírají tzv. formální organizace a snaží se řešit různé sociální

---

<sup>53</sup>Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

<sup>54</sup>HÁŠKOVCOVÁ, Helena. ref. 33. str. 105-106

<sup>55</sup>Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

problémy, péči o zdraví lidí a celkové blaho společnosti. V tomto období dochází propojení sociální práce se státem.

Ve 20. století se z charitativní práce stala vědní disciplína s vlastním etickým kodexem a metodikou. Velmi významnou roli má Československý červený kříž, který během válečného období poskytoval sociální práci všem, ve všech částech země a bez ohledu na ekonomickou situaci jedinců. V roce 1918 to byli právě sociální pracovníci, kteří v nemocnicích zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás. Později vznikla Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče, kde bylo studium určeno pro zdravotní sociální pracovnice.

Po roce 1968 došlo k přerušení vývoje sociální práce a po třicet let sociální práce nebyla praktikována, protože panovalo tvrzení, že sociální problémy neexistují.

Po pádu komunistického režimu se sociální práce začala znovu praktikovat a vyskytovaly se zde i snahy o právní definování sociální práce. V návrhu zákona o sociální pomoci se objevuje definice, která sociální práci definuje jako metodu sociální pomoci. Pro lepší profesionalitu přispěl vznik minimálních standardů vzdělávání v sociální práci v roce 1993.

Na konferenci o profesním profilu sociální práce v ČR v roce 1996 se vymezil sociální pracovník, který řeší sociální problémy pacienta, nabízí pomoc při řešení a snaží se zabránit jejich vzniku nebo rozrůstání.<sup>56</sup>

### **2.3 Legislativní rámec pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení**

Nejzákladnějšími a nejdůležitějšími zákony pro sociální práci je zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhláška

---

<sup>56</sup>KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1. str. 13-18

č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 55/2011 vymezují dvě pracovní pozice v sociální oblasti a definují jejich odbornou způsobilost a činnosti. Mezi tyto dvě pracovní pozici se řadí:

### **Zdravotně-sociální pracovník**

Zdravotně-sociální pracovník dosáhne odborné způsobilosti podle § 10 zákona č. 96/2004 Sb. absolvováním:

- a) *„Akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření*
- b) *Nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo*
- c) *Specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle §5.“<sup>57</sup>*

Dále tento zákon č. 96/2004 Sb. všeobecně popisuje, co se považuje za výkon činnosti. *„Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“* Výkon činnosti podrobněji definuje vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v § 9:

- a) Realizace sociální prevence, vyhledávání jednotlivců, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci v důsledku své nemoci či nemoci blízkých osob

---

<sup>57</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 10

- b) Vykonávat sociální šetření u pacientů a posuzovat jaký vliv a následky má onemocnění na jejich životní situaci, pokud to bude situace vyžadovat, zdravotně-sociální pracovník provede analýzu sociální situace návštěvní službou v rodině, na základě spolupráce s orgány veřejné správy (nebo dalšími subjekty) a o objevených skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta
- c) Sestavovat plán psychosociálního intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat
- d) Poskytovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům
- e) Pomáhat se začlenění pacientů, kteří s integrací mají problém důsledkem chybějících fyzických, psychickým nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí, k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí
- f) Vykonávat činnosti při přípravování a organizování rekondiční pobytů v rozsahu své odborné způsobilosti
- g) Vykonávat činnosti při přípravě propouštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb
- h) V případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti, u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 9

## **Sociální pracovník**

Jiný odborný pracovník získává odbornou způsobilost podle § 43 zákona č.96/2004 Sb. odstavce 2 absolvováním:

1. *„Akreditovaného magisterského nebo bakalářského studijního programu uskutečňovaného vysokou školou ve studijním oboru sociálního zaměření (sociální pracovník)*
2. *Vyšší odborné školy ve studijní oboru sociální zaměření (sociální pracovník)*
3. *Střední odborné školy ve studijním programu sociálního zaměření.*“<sup>59</sup>

Činnosti jiných odborných pracovníků definuje vyhláška č. 55/2011 § 44 a § 51, která přesně vymezuje činnosti absolventa studijního programu sociální zaměření. V § 44 upravuje tyto činnosti:

1. Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu s vědomím právních předpisů upravující ochranu veřejného zdraví
2. Vedení zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů, pracování s informačním systémem zdravotnického zařízení s ohledem na svou způsobilost k těmto činnostem
3. Podílení se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v ČR a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů, podílí se na výzkumu a zavádění nových metod.

V § 51 jsou vymezeny tyto činnosti, které sociální pracovník může provádět v oblasti sociální péče:

---

<sup>59</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 43



1. Posouzení životní situace pacienta
2. Poskytovat sociálně-právní poradenství
3. Provádět ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.<sup>60</sup>

Zákon č. 108/2006 popisuje, jaké jsou obecné kvalifikační předpoklady pro odbornou způsobilost k výkonu sociálního pracovníka, a udává, že „*předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.*“<sup>61</sup>

Nutnou součástí pro práci sociálního pracovníka a zdravotně-sociálního pracovníka je vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V této vyhlášce jsou velmi důležité standardy kvality sociálních služeb, o které by se měl sociální pracovník opírat i ve zdravotnickém zařízení.

Sociální pracovník by se měl orientovat a opírat se o zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, zákon č.110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, zákon č.89/2012 Sb., občanský zákoník a zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Další legislativou a dokumenty související s činnostmi sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělením

č. 209/1992 Sb. a ústavním zákonem č. 2/1993 Sb., Listinou základních práv a svobod, Mezinárodním etickým kodexem a Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, §44, § 51

<sup>61</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §110 a)

<sup>62</sup>KUZNÍKOVÁ, Iva. ref. 56. s. 53-54

## 2.4 Sociální pracovník ve zdravotnictví

Profesní organizace Česká asociace sester (ČAS), největší odborná profesní organizace pro sestry a jiné odborné pracovníky působící ve zdravotnictví definuje poslání sociální práce. „*Posláním sociální práce ve zdravotnictví je pomoci pacientům/klientům, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům nevládají sami, s pomocí rodiny (resp. blízkých) či komunity vzniklou sociální situaci řešit: kompenzací, adaptací nebo integrací pacienta/klienta do společnosti, a umožnit tím jedinci dosáhnout maximální možné hranice při uspokojování jeho základních i vyšších životních potřeb s ohledem na jejich zdravotní stav a sociální podmínky.*“<sup>63</sup>

Aby zdravotně-sociální pracovník mohl pomoci řešit sociální situaci seniora je základem pro jeho práci vytvoření vztahu mezi ním a seniora. Tento vztah by měl být naplněn pocitem důvěry, bezpečí a jistoty, které patří mezi ty nejzákladnější lidské potřeby. Navázáním vztahu tak zdravotně-sociální pracovník nabízí podporu seniora, která mu pomáhá se rozhodovat a udržet kontrolu nad svým životem v jeho obtížné situaci.

Navázání kontaktu, rozeznání potřeb a poté práce se seniorem mohou být někdy obtížné a složité, proto sociální pracovník musí mít určité dovednosti a osobnostní předpoklady pro zvládnání těchto úkolů.<sup>64</sup>

Podle Kuzníkové mezi schopnosti, které by měl zdravotně-sociální pracovník mít, patří vymezení hranic ve vztahu s klientem a uvědomění si, co náleží řešit pracovníkovi a co pouze klientovi.

Další potřebnou dovedností je komunikace, kterou se budu zabývat až v další kapitole. Mezi osobnostní předpoklady patří například důvěryhodnost, která se skládá z více složek, patří sem také diskrétnost, spolehlivost a porozumění.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup>ČESKÁ ASOCIACE SESTER [online]. Praha, 2008 -[cit. 2016-02-25].

URL: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003\\_revize\\_3.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf)

<sup>64</sup>MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). ref.49. str. 164-165

## 2.5 Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních

Odbornou činnost sociální práce ve zdravotnických zařízeních provádí zdravotně-sociální pracovník, anebo sociální pracovník, který má kompetence působit ve sféře zdravotně sociální péče.<sup>66</sup> Přesnou náplň práce zdravotně-sociálního pracovníka lze nalézt v kapitole 3.3 Legislativní rámec pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení.

Nyní bych však ráda zmínila autorku Kuzníkovou, která řadí mezi hlavní činnosti sociálního pracovníka v nemocnici, zabývání se situací akutně hospitalizovaného klienta (zda se sociální situace bude řešit se sociálním pracovníkem, rozhoduje lékař), sociální pomoc (jednání s institucemi, spolupráce s rodinou a blízkým okolím, sociální poradenství), sociální prevenci. Dále autorka uvádí, že zdravotně-sociální pracovník určuje sociální anamnézu a prognózu s cílem reintegrace.<sup>67</sup> „Reintegrace je opětovné začlenění klienta do původního sociálního prostředí a obnovení původních sociálních rolí.“ Pokud reintegrace není možná, nastává zde pomoc rodině a její připravení se na klientovo trvalé poškození zdravotního stavu. Zdravotně-sociální pracovník by také neměl opomenout na použití metod sociální práce (individuální práce s klienty, skupinová práce, sociální práce s rodinou, intervence zaměřené na skupiny).

Ze sociální anamnézy, kterou provede zdravotně-sociální pracovník, vyplývají další praktické činnosti. Dělí se čtyř skupin: psychosociální podpora, edukace, poradenství a komunikace. Psychosociální podporou se myslí, podpora sociální a psychická nejen klienta, ale také jeho okolí, podpora v jeho rozhodnutí a obhajoba jeho potřeb vůči sociálnímu okolí.

---

<sup>65</sup>HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. ref. 35. str. 118

<sup>66</sup>KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7. str. 24

Do edukace patří např. pomoc klientům a jeho rodině, aby porozuměli léčbě a důsledkům, které léčba přináší nebo pomoc naučit se orientovat v nabídce služeb zdravotních i sociálních.

Poradenství zahrnuje poradenství při plánovaném propuštění a následné péči, při řešení finančních potíží klienta a také pomoc při obstarání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek klientům. Poslední složkou je komunikace a jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, spadá sem komunikace s klientem, rodinou a jeho blízkými, s profesním týmem, s institucemi a různými organizacemi.<sup>68</sup> Sociálně-zdravotní pracovník svou náplň práce provádí ve zdravotnickém zařízení a je součástí interdisciplinárního týmu.

## 2.6 Interdisciplinární tým

Profesní organizace ČAS, která sdružuje sociální pracovníky pracující ve zdravotnictví, popisuje sociální práci ve zdravotnictví jako prostor, v němž se prolíná péče sociální i zdravotní. Z tohoto vyplývá, že by sociální pracovník měl pracovat v týmu se zdravotníky.<sup>69</sup>

Základní informace, které se týkají interdisciplinárního týmu, jsou v kapitole 2.2 Geriatrický tým. Nyní se budu zabývat rolí, kterou má v interdisciplinárním týmu zdravotně-sociální pracovník.

Sociální pracovník je v týmu nepostradatelný, protože organizuje činnosti a cíle týmu a spolupracuje i s lidmi a organizacemi mimo tým. *„Nejčastěji spolupracuje se sociálními pracovníky obecními úřady, s úřady práce, správou sociálního zabezpečení, PČR, soudy, praktickými lékaři, organizacemi poskytujícími služby sociální a zdravotní péče, organizacemi zajišťující terénní služby zdravotně sociální péče a organizace zajišťující služby sociální*

---

<sup>68</sup>KUZNÍKOVÁ, Iva. ref.56. str. 47-52

<sup>69</sup>ČESKÁ ASOCIACE SESTER, ref. 62.

prevence.“<sup>70</sup> Sociální pracovník je však také nepostradatelný z toho důvodu, že pomáhá vyřešit pacientovu nepříznivou sociální situaci např. právě při plánovaném propouštění pacienta ze zdravotnického zařízení, kdy v případě potřeby pomáhá pacientovi se zařízením sociálních služeb, kompenzačních pomůcek či příspěvkem na péči.

## 2.7 Sociální služby

V České republice je široké spektrum nabídky služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi, církví, samosprávou krajů a obcí i soukromými osobami. Tuto nabídku sociální pracovník při plánovaném propouštění pacienta musí bezpochyby znát.

Sociální služby jsou vymezené zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhláškou č. 55/2006 Sb.<sup>71</sup>

Dle zákona č. 108/2006Sb. „*sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“<sup>72</sup> Cílem sociálních služeb bývá také podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, snížení sociální a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů.<sup>73</sup>

Důležité je také vymezení nepříznivé sociální situace, protože právě v ní se geriatrický pacient může nacházet. „*Nepříznivou sociální situací se myslí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv*

---

<sup>70</sup>KUZNÍKOVÁ, Iva. ref.56. str. 24-26

<sup>71</sup>KUZNÍKOVÁ, Iva. ref. 56. str. 160

<sup>72</sup>Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, §3 a)

<sup>73</sup>HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. ref. 35. str. 55-57

*a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“<sup>74</sup>

Pokud to situace vyžaduje a senior po propuštění bude potřebovat sociální služby. Zdravotně-sociální pracovník seniorovi poskytne informace o dostupných sociálních službách v jeho okolí, a pokud, pacient bude potřebovat a chtít pomůže mu je i zajistit. Senior by mohl po propuštění využít následující sociální služby.

### **2.7.1 Služby sociální péče**

Služby sociální péče se snaží seniorovi zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost v jejich přirozeném prostředí a snaží se je zapojit do běžného života společnosti. Nyní zmíním ty služby, které by se mohli nejvíce hodit klientovi nebo jeho rodině po jeho propuštění z nemocnice.

Pokud klient bude propuštěn do jeho přirozeného prostředí, mohl by v případě snížení jeho soběstačnosti využít, službu osobní asistence nebo pečovatelskou službu, které by mu pomohly při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu, s osobní hygienou, zajištění stravy a chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Jestliže by byl klient ve svém přirozeném prostředí v nepřetržitém vysokém riziku ohrožení zdraví nebo života kvůli náhlému zhoršení jeho zdravotního stavu nebo schopností, mohl by využít službu tísňové péče, která zajišťuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci.

Senior, který má sníženou schopnost v oblasti orientace nebo komunikace, může využít průvodcovské a předčitatelské služby, které by mu pomohly osobně si vyřídit vlastní záležitosti.

---

<sup>74</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 3 b)

Pro rodinu či pro osoby blízké pečující o seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí je určena odlehčovací služba, která chce dát možnost pečující fyzické osobě, aby si odpočinula. Služba obsahuje ty činnosti, aby bylo o seniora kompletně postaráno. Dále rodina se seniorem může vybrat službu denní stacionář, do kterého senior může denně docházet v případě, že senior vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní stacionář je vhodný ze dvou důvodů. Prvním je, že je o seniora postaráno, když rodina či pečující fyzická osoba musí chodit do práce a tím pádem se nemůže o seniora během dne postarat. Druhým důvodem může být začlenění do seniora do určité společnosti, rozvíjení jeho dovedností a schopností a možnost navázání nových sociálních kontaktů.

Senior může využít službu týdenní stacionář, která funguje na stejném principu jako denní stacionář, avšak s tím, že senior je ve stacionáři na týden.

Pokud se senior nevrací do svého přirozeného prostředí, jelikož to nezvládá a rodina o něj nechce, nemůže nebo neumí pečovat, může jít do domova pro seniory, který je určen pro seniory, kteří vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Senior v domově pro seniory bydlí a je mu poskytována sociální i zdravotní péče.

Existuje ještě jedna možnost, kterou by senior mohl vybrat, je to domov se zvláštním režimem, který je určen také pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu těchto onemocnění: stařecké, Alzheimerové demence a ostatních typů demence. Je určena pro osoby, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Služba je přizpůsobena specifickým potřebám těchto osob.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách §38 - §52

## 2.8 Příspěvek na péči

Senior, který je závislý na pomoci jiné fyzické osobě, má možnost si zažádat o příspěvek na péči. *„Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.“*

Fyzickou osobou se myslí osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je v registru poskytovatelů sociálních služeb, dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok a omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Nárok na příspěvek seniorovi náleží i během hospitalizace, kdy je klientovi poskytována zdravotní péče, avšak nesmí přesáhnout dobu jednoho kalendářního měsíce. Klient, zařízení sociálních služeb či pečující fyzická osoba jsou povinni tuto záležitost písemně nahlásit krajské pobočce Úřadu práce.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

U osob starších 18 let věku se považuje za závislou osobu na pomoci jiné fyzické osoby, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat:

1. Stupni (lehká závislost) – tři nebo čtyři základní životní potřeby
2. Stupni (středně těžká závislost) – pět nebo šest základních životních potřeb
3. Stupni (těžká závislost) - sedm nebo osm základních životních potřeb



4. Stupni (úplná závislost) – devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled a péči jiné fyzické osoby.

Výše příspěvku se určuje podle stupně závislosti. Aby měl senior právo na výplatu příspěvku, musí podat žádost o příspěvek na péči, která se podává na krajskou pobočku Úřadu práce. Žadatel o příspěvek se musí podrobit sociálnímu šetření, vyšetření zdravotního stavu lékařem plnicím úkoly OSSZ, osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek z důvodu posouzení pro stanovení stupně závislosti.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách §7 - §21

### 3. Metody sociální práce

Pokud sociální pracovník pracuje s pacientem na plánovaném propouštění ze zdravotnického zařízení, pracuje s ním na základě určitých metod. Dle Šimka neúčinnější metodou používanou při propouštění nemocných je tzv. „case management“.<sup>77</sup> Mezi další metody se řadí práce s rodinou, komunikace, komunitní práce, práce se sítěmi podpory a diagnostické metody sociální práce.

#### 3.1 Case management

Case management je termín, který označuje tzv. řízení případů. Tato moderní metoda se používá pro kvalitnější a efektivnější péči o nemocné, které potřebují zvláštní služby či péči. Mezi tyto pacienty patří rizikový pacienti, pacienti odlišného etnika a kultury, pacienti, kteří vyžadují mimořádnou péči apod.<sup>78</sup>

Za vedení případu je odpovědný odborník pracovník neboli case manager (většinou sociální pracovník), který vyhodnocuje potřeby klienta a koordinuje všechnu aktivitu, podporu a služby v tomto procesu. Samozřejmě vždy se spoluprací a souhlasem klienta, které case manager během procesu provází.<sup>79</sup> Špidurová ve své knize sděluje, že case management se využívá i pro proces plánovaného propouštění pacientů.

#### 3.2 Sociální práce s rodinou

Pro kvalitní proces propouštění, rodina by měla být do plánovaného procesu propouštění také zainteresována. Při sociální práci s rodinou se zdravotně-sociální pracovník snaží odstranit či zmírnit sociální důsledek

---

<sup>77</sup>ŠIMEK, J., CHLUMECKÁ, J., KOLÍNOVÁ, M. 2003. ref. 26. str. 335

<sup>78</sup>ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X. str. 163

<sup>79</sup>SOLAROVÁ, Hana. *Case management aneb případové konference v praxi*. 2. Benepal, a.s., 2003. str. 4-6

klienta. Během práce se však často neseťkává s celou rodinou, ale i přes to rodina představuje důležitý zdroj informací o pacientovi.

Mnoho konfliktů a nedorozumění mezi sociálním pracovníkem, pacientem a rodinou vzniká právě kvůli nesprávné komunikaci, proto je nezbytné, aby sociální pracovník zvládal komunikační techniky a vedení rozhovoru.<sup>80</sup>

### 3.3 Komunikace, rozhovor

Člověk bez komunikace nemůže existovat, potřebuje mluvit, potřebuje, aby mu někdo naslouchal, a aby měl pocit sounáležitosti s ostatními. Prostřednictvím komunikace člověk sděluje své pocity, názory, problémy, myšlenky apod.<sup>81</sup>

Skrze komunikaci je sociální pracovník schopen pochopit člověka a jeho činy.

<sup>82</sup> Komunikace mu napomáhá vytvořit si vztah s klientem. Ke komunikační dovednosti náleží fyzická přítomnost, naslouchání, empatie a analýza klientových prožitků. U naslouchání by měl pracovník vnímat u klienta jeho mimiku, jak sedí, jak gestikuluje, barvu hlasu atd.<sup>83</sup>

Komunikace se seniory se neliší od komunikace s ostatními lidmi, avšak při hovoru se seniorem sociální pracovník by měl brát na zřetel některé změny, které stáří doprovází. Měl by akceptovat, že snížení schopnosti smyslových funkcí, onemocnění a postižení mohou komunikaci určitým způsobem ovlivnit a zkomplikovat.

*„Cílem komunikace mezi sociálním pracovníkem a pacientem je především zjišťování potřeb, přání a možností a schopností pacienta, dále zjišťování osobních cílů a nastavování služeb, tak aby mohl být klient v co nejvyšší míře integrován zpět do společnosti a pokud to není možné, zajistit mu důstojné*

---

<sup>80</sup>MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). ref.49. str. 168-170

<sup>81</sup>PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. ref.17. str. 82

<sup>82</sup>KUZNÍKOVÁ, Iva. ref.56. str. 29-30

<sup>83</sup>HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVORÁČKOVÁ. ref. 35. str. 118

*prostředí pro jeho dožití.*“ Během komunikace by mělo být vytvořeno bezpečné prostředí, aby se pacient nebál vyjádřit své tužby a názory.

Zdravotně-sociální pracovník by měl mít na paměti, že verbální složka je vnímaná pacientem asi jen 10%, z čehož vyplývá, že záleží více na neverbální složce (co vyjadřuje tvář - mimika, řeč, oči, hlas – tón, intonace) a jakým stylem jsou informace podávány – zda je sociální pracovník předává věrohodně a srozumitelně.<sup>84</sup>

### **3.4 Rozhovor jako základní metoda práce**

Vést rozhovor by měl umět každý sociální pracovník. Tzv. profesní rozhovor se liší od ostatních rozhovorů tím, že v tomto rozhovoru chceme dosáhnout určité cíle. Tím pádem sociální pracovník vede rozhovor takovým způsobem, aby z rozhovoru vyplynulo, jaká je klientova životní situace, jeho možnosti a kam se chce po propuštění ze zdravotnického zařízení vrátit. Při rozhovoru s rodinou bude cílem rozhovoru zjistit, jaká je její celková životní situace a zda se o seniora bude chtít, moci a umět postarat.

Pro úspěšný rozhovor je předpokladem autentičnost, empatie vůči pacientovi, otevřenost ke změnám a podporovat jeho důstojnost.<sup>85</sup> Mezi další okolnosti, které ovlivňují kvalitu rozhovoru, patří mnoho maličkostí, např. zda má sociální pracovník hodinky, a jestli se na ně během rozhovoru podívá, je potřeba, aby měl vypnutý mobil, aby nebyli při rozhovoru rušeni a pokud rozhovor probíhá v kanceláři, je vhodné, aby zde byli pouze sociální pracovník a klient či rodina, protože díky soukromí jsou klient a rodina více otevření.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup>HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7. str. 82-85

<sup>85</sup>MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). ref. 22. str. 268

<sup>86</sup>HAUKE, Marcela. ref. 84. str. 89-90

### 3.5 Komunitní plánování

Komunitní plánování je podílení se a přímé vyjednávání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli služeb. Toto vyjednání se může uskutečnit v malých skupinách, veřejných shromážděních, konferencích, v tisku nebo v médiích, při kterém jsou účastny všechny tři strany. Cílem této metody je zlepšit sociální politiku a sociální či jiný druh služeb ve vymezeném území.<sup>87</sup>

Zdravotně-sociální pracovník by měl být v komunitním plánování jako zdroj pro rozvoj služeb pro seniory, protože velmi dobře zná cílovou skupinu, jejich potřeby a ví, které zdravotnické a sociální služby by mohl senior využít.

Senior by měl být plnohodnotným členem společnosti, a pokud by byl důsledkem nemoci vyřazen, měl by mít možnost se znovu začlenit se do komunitního života a získat role, které jsou pro něho v životě smysluplné.

Součástí komunitního plánování může být plánování komunitních programů, které mohou poskytovat placené i bezplatné jednání v oblasti služeb, sportu a kultury, ve kterých si senior může najít činnosti, kterého ho budou bavit a uspokojovat. Zdravotně-sociální pracovník by měl při výběru těchto služeb pomáhat a podporovat v jeho rozhodování.<sup>88</sup>

### 3.6 Diagnostické metody sociální práce

Zdravotně-sociální pracovník při své práci může využívat diagnostické metody. Při získávání informací se snaží být objektivní, diskretní a řídí se zákonem

č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Metodami opatřuje nezbytné informace o sociálních a zdravotních problémech, kterými zhodnocuje a stanovuje, jaký je seniorův problém. Veškeré informace

---

<sup>87</sup>MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0. str. 94

<sup>88</sup>HAUKE, Marcela. ref. 83. str. 89-90

získává od seniora, jeho rodiny, další blízké rodiny, ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem členů interdisciplinárního týmu (ošetřující lékař, staniční sestra a zdravotní sestry, kteří pečují o pacienta každý den).

První metodou je osobní anamnéza, do které sociální pracovník zjišťuje identifikační a osobní údaje. Při využití zdravotnické dokumentace, může získat diagnózu, stupeň orientace v místě, času a prostoru, stupeň soběstačnosti klienta, zdravotní pojišťovnu a jméno praktického lékaře.

Další diagnostickou metodou je sociální anamnéza, ve které jsou zaznamenávány informace o životních podmínkách seniora, o bytové situaci, ekonomických poměrech, zaměstnání, studiu, u seniorů se také zjišťují informace o jeho blízkých.<sup>89</sup>

### **3.7 Práce se sítěmi podpory**

Práce se sítěmi podpory je podstatou součástí sociální práce. Matoušek práci se sítěmi podpory popisuje „jako formu koordinace spočívající v navazování, dotváření nebo udržování vztahů, které jsou předpokladem pro spolupráci a výměnu zdrojů mezi různými subjekty.“ V sociální práci se vytvářejí sítě podpory pro klienty, aby mohli vznikat podpůrné interakce. Tyto interakce by měli být zprostředkovávány, tak aby komunita byla příznivým prostředím pro seniory.

Sítě podpory pro klienty se uskutečňují mezi nejméně dvěma zdroji podpory. Mezi klasické sítě podpory patří stálé předávání klientů mezi organizacemi nebo kooperace dvou a více organizací při poskytování pomoci společným klientům.

Rozlišují se tři typy vazeb: primární, sekundární a terciální podpůrné vazby. Za primární se pokládá rodina a přátelé (př. o seniora se postará přítelkyně

---

<sup>89</sup>TRČKOVÁ, M. ref. 49. str. 43-45

dcery), za sekundární se považují sousedé, obyvatelé komunity, pomáhající pracovníci a místní úředníci. Výrazem terciální se rozumí podpůrné sítě mezi formálně ustanovenými organizacemi a jejich pracovníky. Zdravotně-sociální pracovník prostřednictvím terciálních vazeb zařizuje sociální služby pro klienta. <sup>90</sup> Jaké sociální služby zdravotně-sociální pracovník dohaduje v případě propouštění pacienta, jsem se zabývala v kapitole 2.7 Sociální služby.

---

<sup>90</sup>MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). ref.22. str. 316-320

## **4 Přístupy v sociální práci**

Nejen metody, ale také jednotlivé přístupy v sociální práci napomáhají zlepšit a ulehčit proces plánovaného propouštění.

### **4.1 Bio-psycho-socio-spirituální přístup**

Využívání bio-psycho-socio-spirituálního přístupu je typické pro zdravotně-sociální pracovníky v nemocnicích. Tento přístup poskytuje vyváženou perspektivu, která bere v úvahu celého člověka v jeho prostředí a pomáhá zdravotně-sociálnímu pracovníkovi při hledání a posuzování potřeb jedince z multidimenzionálního hlediska.

Podle Bedera bio-psycho-socio-spirituální přístup bere v úvahu čtyři aspekty pro fungování klienta: bio poukazuje na biologickou a lékařskou stránku seniorova zdraví a duševní pohody, psycho směřuje ke klientově sebeúctě, sebevědomí a emocionálnímu zdroji, které ovlivňují jeho zdravotní stav, socio se vztahuje k sociálnímu prostředí, které obklopuje a ovlivňuje seniora a spirituální část se týká jeho prožívání, jednání a spirituálního směřování. Zdravotně-sociální pracovník tak posuzuje každou tuto oblast s cílem plně porozumět klientovi.<sup>91</sup>

### **4.2 Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse**

Tento nedirektivní přístup se uplatňuje v situaci, kdy seniora bere tuto situaci jako konečnou a bez řešení (např. při sdělení negativní diagnózy), těžko se vyrovnává s chorobou a jejími důsledky anebo při situaci, kdy senior si nechce přiznat, že je nemocný. Zdravotně-sociální pracovník tuto situaci využívá také, když senior nechce spolupracovat a je agresivní. Při těchto

---

<sup>91</sup> Beder. J. ref. 28. str. 7-9



situacích zdravotně-sociální pracovník má být nehodnotící, přátelský, empatický a má pacientovi aktivně naslouchat.

### **4.3 Úkolově orientovaný přístup**

Úkolově orientovaný přístup pomáhá aktivně zapojit seniora do řešení jeho problému. Je důležité, aby se na řešení problému participoval. Je tedy potřeba, aby senior určitý problém přijímal a souhlasil s jeho řešením. Používá se při sociální práci s jedincem, s rodinou i skupinami.

Senior tedy problém sdělí zdravotně-sociálnímu pracovníkovi, ta mu nabídne jednotlivé možnosti řešení. Pokud si senior jednu variantu řešení vybere a schválí jí, může započít proces na vyřešení problému, při kterém pacient se podílí na řešení své situace a plní samostatně jednotlivé úkoly.

### **4.4 Systemická práce s jedincem**

Tento přístup se opírá o interakce nemocného seniora a jeho prostředí, které ovlivňují jeho problémy. Zdravotně-sociální pracovník je součástí systému a předpokládá, že problémy vznikají ve vztazích. *„Důležitým pojmem při řešení problému je pojem „problémem utvářený systém“, do systému patří a aktivně přispívá každý, koho se problém nějakým způsobem dotýká, kdo se zabývá jeho řešením a kdo o problému hovoří.“*

Zdravotně-sociální pracovník zde zastává roli toho, který zaktivizuje nevyužité zdroje a zahrne do procesu řešení ty, kterých se problém dotýká.

Přístup je nejčastěji používán u seniora, který žije sám, má komplikované vztahy v rodině a tím pádem se nemá v případě potřeby na koho obrátit. Senior popíše, jaká je jeho situace a co by s tím chtěl udělat nebo požádá o radu.

Společně se zdravotně-sociálním pracovník si stanoví cíl, na kterém začnou pracovat.<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> Kuzníková. Iva. ref. 56. str. 38-43

## **5 Proces plánovaného propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení**

Plánované propouštění se týká celého procesu hospitalizace, protože propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení je situace, které je nutno v rámci hospitalizace věnovat náležitou pozornost.

Náležitou pozornost jí věnuje právě zdravotně-sociální pracovník, jelikož v popisu práce dle vyhlášky č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v § 9 má posuzovat, jaký vliv a následky má onemocnění na seniorovu životní situaci. Na jeho životní situaci má reagovat a pomoci mu tuto životní situaci řešit.

Zdravotně-sociální pracovník tedy řeší na základě určitých kvalifikačních požadavků, požadavků na náplň jeho práce a znalostí metod a sociální přístupů využívaných v sociální práci, nejen jaká je pacientova životní situace během hospitalizace, ale také jaká bude po jeho propuštění ze zdravotnického zařízení.

### **5.1 Dosavadní poznatky z procesu plánovaného propouštění geriatrického pacienta ze zdravotnického zařízení v ČR**

V České republice ve zdravotnickém zařízení se trvale snižuje délka hospitalizace pacientů než v minulých desetiletích, jelikož nemocnice chce, co nejrychleji propustit seniory z akutního lůžka kvůli omezeným finančním prostředkům na zdravotní péči a potřebují lůžka pro další pacienty.<sup>93</sup> Tento rychlý proces však je velkou nevýhodou pro seniory, kterým trvá rekonvalescence, rehabilitace a nácvik nových dovedností delší dobu. Proto mnohé z toho, co mohlo být zajištěno v době hospitalizace, je nutné ponechat na péči v domácím prostředí nebo v instituci sociální péče.<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup>TRČKOVÁ, M. ref. 49str. 128

<sup>94</sup>ŠIMEK, J., CHLUMECKÁ, J., KOLÍNOVÁ, M. 2003. ref. 26. str. 334

Mezinárodní sdružení COHEHRE se zabývá problematikou propouštění seniorů a z projektu vyplývá výsledků o České republice. V České republice proces propouštění seniorů z nemocnice je velmi neformální, propouštěcí postupy se liší v jednotlivých nemocnicích, v mnoha nemocnicích se nezaměřují na specifickou skupinu seniorů, multidisciplinární týmy formálně neexistují, ve většině případů na akutních odděleních se zabývají pouze zdravotním stavem, funkční stav a soběstačnost se zjišťují pozorováním a komunikací a informování o péči pacienta není dokumentováno.<sup>95</sup>

Lékaři často naléhají na sociální pracovníky, aby napomohli k co nejrychlejšímu propuštění geriatrického pacienta do domácího prostředí nebo do jiného zdravotnického či sociálního zařízení. Rodina se také často brání rychlému propuštění, protože se o seniora nechce starat, nemůže a neumí pečovat.<sup>96</sup> Je proto na sociálním pracovníkovi, aby dokázal řešit proces plánovaného propouštění seniora tak, aby bylo pro seniora, co nejlepší. Existují určité předpoklady, které napomáhají efektivnějšímu procesu. Proces plánovaného propouštění má jednotlivé fáze a je do něj zařazen jen určitý okruh pacientů.

## **5.2 Okruh jedinců zařazených do procesu plánovaného propouštění**

Do procesu plánovaného propouštění se zařazují tzv. riziková pacienta neboli geriatrická pacienta. Podrobně jsem se jim věnovala v kapitole 1.4 Geriatrie. Mezi riziková pacienta patří např. pacienta, kteří jsou nesoběstační, starší 65 let, trpí chronickým onemocněním anebo jejich nemoc bude být dlouhodobé následky, mají problémy s ubytováním, trpí psychiatrickými chorobami, které omezují jejich orientovanost a schopnost rozhodovat se, mají problémy

---

<sup>95</sup> TRČKOVÁ, M. ref. 49, str. 128-129

<sup>96</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). ref.50. str. 166

s medikací, mají stomie, potřebují následnou rehabilitační léčbu, mají kyslíkovou terapii nebo mají kanyly.

### **5.3 Fáze procesu plánovaného propouštění**

Zdravotně-ociální pracovník (case manager) převážně pracuje na základě metody case management. Metoda si zakládá na tom, že senior má právo znát svou diagnózu, léčbu a má vlastní právo spolurozhodování na způsobu péče během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Case manager má tyto úkoly během procesu propouštění:

1. fáze – case manager započne proces plánovaného propouštění seniora. Jak již bylo zmíněno, proces by se měl zahájit ihned po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, aby byl dostatek času na zařízení následné péče a služeb.
2. fáze – case manager zapojí pacienta, který má právo o své budoucnosti rozhodovat sám a vyhodnocuje jeho potřeby a cíle, které souvisí s jeho propuštěním a péčí v rodině či v sociálním zařízení. Do procesu nezbytně musí dále zapojit lékaře, který rozhoduje, kdy bude pacient propuštěn a řadu dalších odborníků.
3. fáze – v této fázi case manager plánuje proces s dalšími lidmi, kteří jsou v procesu účastni.
4. fáze – case manager poté uskutečňuje naplánovaný proces.
5. fáze – akt samotné propuštění seniora.
6. fáze – case manager sleduje seniora po propuštění ze zdravotnického zařízení.
7. fáze – case manager uzavírá případ a zpětně ho vyhodnocuje.<sup>97..</sup>

---

<sup>97</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). ref.50. str. 166

#### **5.4 Předpoklady úspěšného procesu plánovaného propouštění**

Pro úspěšný proces plánovaného propouštění je velmi důležité, aby na veškeré plánování byl dostatek času, proto se s plánování začíná ihned při hospitalizaci seniora. Senior během procesu by se měl cítit v bezpečí, svobodný ve svém rozhodování, měl by cítit, že jeho důstojnost je za každých podmínek zachována a je mu poskytována podpora.

Nezbytnou součástí pro úspěšný proces plánovaného propouštění je komunikace s geriatrickým seniorem.<sup>98</sup> Zdravotně-sociální pracovník respektuje totožnost seniora a oslovuje ho jménem nebo příslušným titulem, nepoužívá oslovení „babi“ nebo „dědo“, protože takovéto oslovení seniora poníží. Stejně tak, je pro seniora je ponížující, když se k němu někdo chová, jako by byl malé dítě. Při komunikaci je důležité nechvátat na odpovědi a počítat se zpomalením psychomotorického tempa. Pokud si zdravotně-sociální pracovník není jistý, zda senior rozumí, tomu co říká, pokusí se informaci několikrát zopakovat v případě potřeby nebo napsat na papír. Komunikuje se seniorem s ohledem na jeho poruchu smyslových funkcí, proto se drží v zorném poli pacienta a udržuje oční kontakt. Pokud si neověřil nedoslýchavost, nezvyšuje hlas a nepřekřikuje jiný hovor či hluk. V případě hluku je vhodné ho odstranit či počkat až přestane.<sup>99</sup>

#### **5.5 Úloha zdravotně-sociálního pracovníka při procesu plánovaném propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení**

Celý proces by měl plynout podle vývoje zdravotního stavu pacienta a jeho potřeb. Mělo by mu být přizpůsobeno tempo procesu, komunikace a zapojení dalších osob do procesu. Na začátku procesu zdravotně-sociální pracovník

---

<sup>98</sup> Trčková, M. ref. 49. str. 128-129

<sup>99</sup>JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9. str. 130-131

zahajuje sociální šetření, aby zjistil, jaká je sociální situace pacienta. Podnět k sociálnímu šetření sociálně-ekonomické oblasti podává ošetřující lékař nebo také přímo zdravotně-sociální pracovník. Někdy je možné, že návrh na sociální šetření dává několik subjektů najednou.

Základní informace pro osobní anamnézu získá rozhovorem s kolegy z geriatrického týmu a studiem zdravotnické dokumentace. Poté začne pracovat s pacientem a jeho sociální situaci zjišťuje pomocí rozhovoru s ním, jehož cílem je zjistit, jaké jsou jeho potřeby, přání a cíle. Rozhovorem se dozvídá, jaké je jeho přirozené prostředí, rodinná situace a sociální anamnéza.

Pokud onemocnění nemá vliv na sociální situaci seniora, může být propuštěn. U geriatrických seniorů se však toto moc často nestává a

zdravotně-sociální pracovník řeší seniorovu obtížnou sociální situaci (senior není soběstačný, nepříznivá rodinná situace, dlouhé čekací doby v sociálních zařízeních a také obvykle s neochotou přijmout senior, o kterého je náročné pečovat) a společně sestavují plán, ve kterém jsou vymezené určité cíle.

Senior často projeví přání, že chce být propuštěn domů. Z důvodu nepříznivé sociální situace způsobenou jeho zdravotním stavem nemůže být propuštěn do přirozeného prostředí, kde by byl sám. Proto zdravotně-sociální pracovnice zapojí do procesu i jeho rodinu či jeho blízké.

Pokud je rodina do procesu propouštění zainteresována, jeho průběh je kvalitnější. Rodina přináší mnoho důležitých informací o pacientovi, které se hodí nejen sociálnímu pracovníkovi, ale také dalším odborníkům. Při rozhovoru s rodinou zdravotně-sociální pracovník zjišťuje, zda by rodina byla schopna, chtěla či uměla poskytnout seniorovi potřebnou péči. Aby se rodina rozhodla pro péči o seniora, musí mít čas se rozhodovat a být správně motivována.

Zdravotně-sociální pracovník by měl svými schopnostmi motivovat rodinu tak, aby pokud to bude v jejich silách a možnostech, pečovala o seniora v domácím prostředí co nejdéle a vytvořila mu tak vhodné a důstojné podmínky pro život. Pokud se tak rozhodne a přání seniora bude, aby se o něj postarala rodina, sociální pracovník by je měl obeznámit se všemi možnými zdroji pomoci, dostupnými sociálními službami v jejich okolí, doporučit kompenzační pomůcky pro seniora a poradit, jakým způsobem by mělo být upraveno domácí prostředí, aby vyhovovalo jak seniorovi, tak i rodině.

V případě péče o seniora rodinou, by se měla od sociálního pracovníka dozvědět nejen o sociálních službách, ale také o finanční podpoře, na kterou má pečovatel nebo senior nárok a jak o ni požádat. Jedná se o příspěvek na péči a příspěvek na kompenzační pomůcky.

Zdravotně-sociální pracovník nejen že podává základní a odborné sociální poradenství, ale v případě potřeby pomáhá i některé věci zajišťovat (např. sociální služby).

Při propouštění seniora se neřeší pouze sociální stránka seniora, ale také zdravotní stránka. Zajišťuje se následná zdravotní péče (kooperace praktického lékaře či ambulantních specialistů, domácí ošetrovatelská péče, následná doléčovací a rehabilitační péče v léčebně dlouhodobě nemocných) a způsob propuštění (zda pacienta ze zdravotnického zařízení odveze sanitka, rodinný příslušník či odejde sám).

Někdy může nastat situace, kdy o pacienta se rodina nechce, nemůže nebo neumí postarat, takže zdravotně-sociální pracovník řeší s pacientem, kam bude po hospitalizaci propuštěn. Pacientovi nabízí všechny možnosti, které senior může využít.

Pokud nastane taková to situace, pracovník seniorovi na to připraví, protože pro seniora je to velká životní změna. Senior musí být seznámen se všemi informacemi, argumenty pro a proti a při svém rozhodování je podpořen. Pro



lepší zvládnutí adaptačního procesu je důležité, aby se pacient aktivně účastnil při výběru instituce, výběr byl široký a nebyl do ničeho nucen. Těmito správnými východisky se předchází translokačnímu syndromu (což znamená, přemístování seniora z místa na místo, z přemístování by mohl být senior zmatený, apatický, mohl by trpět depresemi a odmítat život).

Senior v této situaci je často propuštěn do domova seniorů, domova seniorů s pečovatelskou službou či domova se zvláštním režimem. Při zařizování instituce sociální péče pro seniora, zdravotně-sociální pracovník využívá práci se sítěmi podpory.

Propouštění seniora ze zdravotnického zařízení do zařízení sociální péče, je pro zdravotně-sociální pracovníky velmi obtížné, stává se to z důvodu nedostatku volných míst v institucích sociální péče a nepříznivým rodinným zázemím, kdy se o seniora nechtějí, nemůžou nebo neumí postarat.

Stává se, že není vyhověno potřebám a přáním seniora, který tak čeká na lůžku následné péče, např. v léčebně dlouhodobě nemocných, po dobu i několika let než jsou přijati do domova seniorů. Jsou označováni jako „nepropustitelní“.<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup>MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). ref.50. str. 166-167



## ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo ukázat roli zdravotně-sociálního pracovníka/sociálního pracovníka při plánovaném propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení. Jeho roli v procesu jsem představovala a zdůrazňovala během celé práce, ve které jsem popisovala veškeré souvislosti, které s procesem plánovaného propouštění souvisí.

Neustále stoupá počet seniorů, kteří se dožívají vyššího věku. S vyšším věkem senior častěji trpí křehkostí a chorobami. Kvůli jejich projevům bývá často hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Onemocnění může způsobit, že se seniorovi zhorší funkční schopnosti a po propuštění ze zdravotnického zařízení nebude schopen se sám o sebe postarat a uspokojit své potřeby. Senior tedy potřebuje pomoci, jak po stránce sociální, tak i po stránce zdravotní.

Touto problematikou se zabývá obor geriatric, který vymezuje hlavní charakteristiky geriatrického seniora, popisuje funkční geriatrické vyšetření, které zjišťuje, jak je na tom senior v určitých oblastech. Funkční geriatrické vyšetření provádí geriatrický tým. Součástí týmu je právě zdravotně-sociální pracovník a zajímá se o sociálně-ekonomickou oblast jedince, která může být po propuštění ohrožena. Zdravotně-sociální pracovník se podílí na procesu plánovaného propouštění.

Jak je vidět, sociální práce ve zdravotnictví zaujímá své místo.

Odbornou způsobilost pro výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka a sociálního pracovníka vymezuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Aby mohl jedinec vykonávat náplň zdravotně-sociálního pracovníka včetně potřebného vzdělání, potřebuje mít určité schopnosti a dovednosti.

Při procesu plánovaného propouštění je nutné, aby zdravotně-sociální pracovník měl přehled o sociálních službách, o příspěvku na péči a uměl využívat metody a přístupy sociální práce.

Z dosavadních poznatků z procesu plánovaného propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení vyplývá, že v České republice je proces velmi neformální a je vyvíjen velký tlak na zdravotně-sociální pracovníky, aby napomohli k co nejrychlejšímu propuštění seniora. Je proto na zdravotně-sociálním pracovníkovi, aby řešil s pacientem jeho životní situaci, co nejrychleji s nejlepším výsledkem pro pacienta. Z toho důvodu zdravotně-sociální pracovník figuruje v procesu plánovaného propouštění již od začátku, aby se životní situace seniora mohla vyřešit. Při procesu zdravotně-sociální pracovník pracuje s pacientem na základě case managementu, pro zjišťování cílů a potřeb využívá jednotlivé metody sociální práce. Do procesu zahrnuje jeho rodinu a blízké a dělá vše proto, aby se senior mohl vrátit do přirozeného prostředí. Někdy se však stává, že pacient nemůže vrátit do svého přirozeného prostředí a musí využít instituce sociální péče či léčebny dlouhodobě nemocných.

V přílohách se nachází případové studie, které jsem získala na mé měsíční odborné specializační praxi ve zdravotnickém zařízení. Na jednotlivých případových studiích dokumentuji probíranou problematiku.

## Seznam literatury

1. BEDER, J. Hospital social work, the interface of medicine and caring. USA, New York: Tylor and Francis group, LLC, 2006. 196 s. ISBN 978-0415950671
2. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-505-9
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
4. HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7
5. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8
6. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0
7. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9
8. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7
9. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1
10. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3
11. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7

12. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2
13. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
14. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
15. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2
16. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. Medicína a praxe. ISBN 80-855-2632-8
17. PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku: Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha. Karolinum, 1997, 122 s. ISBN 978-80-718-4486-0
18. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-717-8184-3
19. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1
20. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4
21. SOLAROVÁ, Hana. *Case management aneb případové konference v praxi*. 2. Benepal, a.s., 2003
22. ŠIMEK, J., CHLUMECKÁ, J., KOLÍNOVÁ, M. 2003. Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný a i organizační problém. *Praktický lékař*, 2004, Roč. 84, č. 5

23. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X
24. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2
25. TRČKOVÁ, M. 2000. Propouštění geriatrických pacientů z akutních lůžek nemocnic. In Marečková, J., Vránová, M. (Eds.), *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí: sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí (s. 128-130)*. Praha: Galén
26. TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-716-9099-6
27. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. Vyd. 1. Praha: Diderot, 1999. Encyklopedie Diderot. ISBN 80-902-5553-1
28. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. Vyd. 1. Praha: Diderot, 1999. Encyklopedie Diderot. ISBN 80-902-5553-1

Elektronické zdroje:

1. PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. Praha 2, 2015 -[cit. 2016-02-28].  
URL: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
2. WORLD POPULATION PROSPECTS, THE 2015 REVISION [online]. USA, 2015 -[cit. 2016-02-28]. URL: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>
3. SPORT PRO ZDRAVÍ, Tomšik David [online]. Praha, 2010 -[cit. 2016-04-11].  
URL: <http://www.sportprozdravi.cz/clanky/malnutrice/>

4. ČESKÁ ASOCIACE SESTER [online]. Praha, 2008 -[cit. 2016-02-25].  
URL. [http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003\\_revize\\_3.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf)

Zákony, dokumenty:

Etický kodex sociální pracovníků České republiky

Mezinárodní etický kodex sociální práce

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných  
odborných pracovníků

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách



# Přílohy

## Případové studie

Na případových studiích bych ráda ukázala roli zdravotně-sociálního pracovníka/sociálního pracovníka při procesu plánovaného propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení. Zdravotně-sociální pracovník v tomto procesu hraje nezastupitelnou roli.

Cílovou skupinu tvoří geriatřičtí senioři ve zdravotnickém zařízení ve věku 85-90 let, kteří se nacházejí v obtížné sociální situaci, jelikož se kvůli svému vysokému stáří, zdravotním a sociálním problémům nedokáží sami o sebe postarat. Tudíž potřebují pomoc a podporu zdravotně-sociálního pracovníka, který jim pomůže tuto situaci vyřešit.

Případové studie jsem získala na základě nestrukturovaných rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníky, pozorování a studiem spisů na své odborné specializační praxi ve zdravotnickém zařízení.

Zdravotnické zařízení, které si přálo být v anonymitě, se nachází ve Středočeském kraji. Ve zdravotnickém zařízení je 20 specializačních oddělení, jedno z nich je právě zdravotně-sociální oddělení. Na celé zařízení jsou dvě zdravotně-sociální pracovnice. První zdravotně-sociální pracovnice má na starosti internu, neurologii a lůžkovou ošetrovatelskou péči. Druhá zdravotně-sociální pracovnice je pro oddělení ortopedie, chirurgie, ORL, ARO a gynekologicko-porodnické oddělení.

Obě zdravotně-sociální pracovnice pracují se seniory a věnují se procesu plánovaného propouštění. Senioři jsou pro zdravotně-sociální pracovnice klienty.

Ve středočeském kraji se nachází hospice, domovi pro seniory, domovi se zvláštním režimem, denní i týdenní stacionáře, organizace a instituce

poskytující pečovatelskou službu, osobní asistenci, domácí ošetrovatelskou službu, odlehčovací pobyty atd.

V následujících případových studiích jsou popsány jednotlivé případy, které demonstrují roli zdravotně-sociálního pracovníka v procesu plánovaného propouštění geriatrického seniora ze zdravotnického zařízení

### **Kazuistika č. 1**

Rok narození: 1929

Pohlaví: žena

Důvod sociálního šetření: Sociální šetření bylo zahájeno na základě požádání ošetřujícího lékaře, jelikož členové rodiny nebyli jednotného názoru ohledně místa propuštění u své matky v konečném stádium nemoci.

Osobní anamnéza: Paní je vdaná, děti již bydlí sami, pacientka je příjemcem starobního důchodu a nepobírá příspěvek na péči.

Sociální anamnéza: Paní žije v rodinném domku, děti navštěvují otce a matku jednou za měsíc, jelikož bydlí daleko.

Sociální šetření: Zdravotně-sociální pracovnice zahájila sociální šetření na popud lékaře, který klientce doporučil hospicovou péči. Klientka leží na neurologickém oddělení. Ze spisů, rozhovorem s lékařem, zdravotní sestrou a psycholožkou zdravotně-sociální pracovnice zjistila, že klientka je zcela orientovaná, avšak nemůže se sama pohybovat, s pohybem jí musejí pomáhat vždy dvě osoby, jelikož paní již nemá sílu. V posledním roce byla klientka již 4x hospitalizovaná, 2x kvůli dlouhodobé nemoci a 2x důsledkem pádu. Od sanitární sestry zdravotně-sociální pracovnice zjistila, že klientka v poslední době nechce přijímat potravu, proto dostává umělou výživu.

Poté co zdravotně-sociální pracovnice zjišťuje, jaký je zdravotní stav klienty, zajde za klientkou, aby zjistila její psychický stav a sociální situaci a potvrdila si, zda se klientka nemůže sama pohybovat. Rozhovor probíhal u lůžka

klientky. Z rozhovoru s klientkou vyplynulo, že je ve špatném psychickém stavu kvůli konečnému stádiu nemoci a rodinné situaci.

Klientka konstatovala, že se bojí smrti, a proto poprosila zdravotně-sociální pracovníci, zda by zařídila návštěvu faráře, aby si s ním o smrti mohla popovídat. Dále probírali rodinnou situaci, klientku a manžela trápilo, že děti nedokáží pochopit, že jejich otec sám nezvládá péči o matku. Proto požádali zdravotně-sociální pracovníci o intervenci k dětem. Klientka sama vyslovila, že chce do hospice. Z rozhovorů s klientkou a jejím pozorováním sociální pracovnice usoudila, že její funkční schopnosti jsou opravdu oslabené.

Na žádost klientky si sjednala zdravotně-sociální pracovnice schůzku s jejími dětmi. Schůzka probíhala v kanceláři zdravotně-sociální pracovnice. Děti sdělily, že by preferovaly návrat do přirozeného prostředí s mobilní hospicovou péčí, avšak aby matka byla u otce. Oni mají malé byty a pracovní povinnosti. Zdravotně-sociální pracovnice vysvětlila, jaké je matky přání a co péče o ní obnáší. Poskytla jim základní a odborné sociální poradenství (informace ohledně hospice). Po rozhovoru rodina souhlasila a sociální pracovnice podala žádost do hospice, který klientku přijmul.

Propouštěcí plán: Zjištění kam chce být klientka propuštěna, sjednání klientce rozhovor s farářem, rozhovor s jejími dětmi.

Metody použité při sociální práci: Sociální šetření, rozhovory, případová práce a práce s rodinou, práce se sítěmi podpory.

## **Kazuistika č. 2**

Rok narození: 1924

Pohlaví: Žena

Důvod sociálního šetření: Ke zdravotně-sociální pracovnici se dostala informace od faráře, že klientka po propuštění z nemocnice nebude zajištěna.

Klientce by měl být ukončen pobyt v domě s pečovatelskou službou. Primář ortopedie rovněž o prověření situace, protože předpokládá demisi 14 dnů.

Osobní anamnéza: Klientka je vdova, pobírá vdovský a starobní důchod. Klientka nemá zařízené potřebné pečovatelské služby.

Sociální anamnéza: Klientka žije sama v domě s pečovatelskou službou (DPS), kde žije již 7 let a má tam kamarádky. Jejimi nejbližšími je synovec s rodinou, který bydlí 40 km od DPS, svou tetu navštěvuje každý týden i se svou rodinou.

Sociální šetření: Zdravotně-sociální pracovnice začala zjišťovat sociální zázemí klientky, jelikož získala informace o její budoucí možné nezajištěnosti. Dle faráře klientce bude končit smlouva v DPS. Primář ortopedie konstatoval, že pokud nenastanou komplikace po operaci, klientka by měla být za 14 dní propuštěna. Fyzioterapeutka sdělila zdravotně-sociální pracovníci, že klientka je v kondici, avšak potřebuje následnou rehabilitaci pro zlepšení hybnosti dolní končetiny a pro nácvik stabilnější chůzi.

Při rozhovoru u lůžka klientka sdělila zdravotně-sociální pracovníci, že v DPS by jí neměla vypršet smlouva a ráda by se tam vrátila. Klientka měla však menší obavy, aby si zvládla nakoupit, uvařit si a umýt se. Bála se, aby ve sprše znovu neupadla. Společně se dohodli na postupu, sociální pracovnice se ujistí v DPS, že smlouva klientce nevyprší, zajistí jí pečovatelské služby – zajištění donášky stravy a nákupů a pro výkon osobní hygieny domluví osobní asistenci. Během rozhovoru přišel na návštěvu za klientkou synovec, který po dohodě s klientkou přinesl žádost do domova seniorů jako pojistku pro budoucnost. Zdravotně-sociální pracovnice dříve v tomto domově pro seniory pracovala, tak klientce a synovcovi podala bližší informace ohledně zařízení. Klientka žádost podepsala.

I přes velkou nedoslýchavost a šedý zákal klientka byla zcela orientovaná a v dobré psychické kondici, byla komunikativní a vstřícná dáma. Její funkční

schopnosti jsou oslabeny, ale ne na tolik, aby klientka musela mít 24 hodinovou asistenci.

Zdravotně-sociální pracovnice jednala s DPS a potvrdila si, že nájem klientce nekončí, DPS budou připraveni na příchod paní i s pečovatelskými službami. Dále také na žádost klientky ověřila, že za ní bude docházet rehabilitační sestra z domácí péče. Všechny tyto informace zdravotně-sociální pracovnice předala primáři a fyzioterapeutce.

Před propuštěním do DPS si klientka u zdravotně-sociální pracovnice vypůjčila kompenzační pomůcky – sedačku do sprchy a přenosnou podpěru na WC.

Propouštěcí plán: Zjištění sociálního zázemí klientky a jejích potřeb, zajištění pečovatelské služby, osobní asistence a kompenzačních pomůcek.

Metody použité při sociální práci: Sociální šetření, rozhovory, případová práce a práce se sítěmi podpory.

### **Kazuistika č. 3**

Rok: 1930

Pohlaví: Muž

Důvod sociálního šetření: Impulz pro zahájení sociálního šetření byl častá hospitalizace klienta, výskyt stařecké demence u klienta, který byl po nějaké době přeložen na lůžka ošetrovatelské péče a také proto, že jeho manželka nezvládá péči o něj, péči ji momentálně ztížila komplikovaná zlomenina nohy.

Osobní anamnéza: Klient je příjemcem starobního důchodu a příspěvku na péči 2. stupně.

Sociální anamnéza: Muž je ženatý, žije ve společné domácnosti s manželkou. Domácnost však nezvládají.

Sociální šetření: V tomto případě zdravotně-sociální pracovnice započala ihned po přijetí klienta k hospitalizaci, ne během hospitalizace jako u předešlých dvou případů. Situace u toho klienta byla komplikovaná, jelikož pacient byl

neorientovaný a rodina nechtěla během jeho hospitalizace příliš spolupracovat. Rodina začala spolupracovat, až když se blížil konec hospitalizace.

S rodinou a klientem se sešla sociální pracovnice, primář lůžkové ošetrovatelské péče a vrchní sestra, aby si promluvili o dalším postupu. Schůzka se konala u lůžka na nadstandartním pokoji pacienta, který v tuto dobu trpěl dekubity kvůli své imobilitě.

Při rozhovoru klient byl dezorientovaný, měl výpadky krátkodobé paměti a nepoznával manželku svého syna. Na otázku kam by chtěl být propuštěn, odpověděl, že chce zůstat v nemocnici.

Rodina se o klienta nechce postarat, jelikož se bojí, že by péči o něj nezvládala. Zdravotně-sociální pracovnice jim sdělila, že existují kurzy pro rodiny, které chtějí pečovat o seniora doma, kde je naučí, jakým způsobem o seniora pečovat. Poskytla jim také informace o praktických návodech, které jsou dostupné na internetových stránkách. Dále jim poskytla literaturu a potřebné kontakty. Rodina si vzala čas na rozmyšlenou. Rodina zvážila situaci a rozhodla se, že o klienta se nezvládne postarat.

Rodina chtěla umístit klienta na jiná lůžka ošetrovatelské péče, bylo jim vysvětleno, že to však nelze. Poté si mysleli, že pokud pacient bude přemístěn do léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), péče se definitivně vyřeší. Bylo jim podáno odborné sociální poradenství, aby se rodina orientovala v léčebnách dlouhodobě nemocných a v sociálních zařízeních.

Bylo jim doporučeno, aby hledali pro klienta domov seniorů se zvláštním režimem. Rodina přehodnotila svoji domněnku o zajištění další péče, avšak na překladu do jiného zdravotnického zařízení trvala. Žádá o rychlý překlad i s vědomím, že rychle musí zajistit žádost do domova se zvláštním režimem. Byla tedy podána žádost do LDN, kde byl klient přijat. Klient s převozem do LDN souhlasil. Zdravotně-sociální pracovnice poskytuje odborné sociální

poradenství k sociálnímu zařízení i kontaktu. Rodina si ihned vybere a přemýšlí o sponzorském daru do domova se zvláštním režimem.

Propouštěcí plán: Zjištění potřeb nemocného, poskytnutí odborného poradenství rodině ohledně domácí péče, domova seniorů a LDN. Zařízení přemístění pacienta do LDN.

Metody použité při sociální práci: Sociální šetření, rozhovory, případová práce a práce s rodinou, práce se sítěmi podpory.

#### **Kazuistika č. 4**

Rok: 1929

Pohlaví: Muž

Důvod sociální šetření: Sociální šetření bylo započato díky ošetřující lékařce pro objektivní posouzení sociálních poměrů klienta – sdělil, že po skončení hospitalizace se nechce vrátit domů, protože už nezvládá sebeobsluhu a bojí se opakovaného pádu.

Osobní anamnéza: Vdovec, příjemce starobního a vdovského důchodu, příspěvek na péči nepobírá.

Sociální anamnéza: Žije sám v rodinném domě na okraji lesa, má 3 syny, 2 žijí v zahraničí a 1 u hranic.

Sociální šetření: Sociální šetření započalo ihned při hospitalizaci klienta, jelikož se jednalo o nezajištěného seniora, který doma upadl a nemohl vstát. Ležel bez pomoci 24 hodin, byl dehydrovaný a podchlazený a při pádu si způsobil vážný úraz. Obvykle na muže dohlízejí sousedé, ti ale museli náhle odejet za svou rodinou kvůli rodinným problémům. Muž řekl, že pár dní to zvládne sám, avšak upadl, když vylézal z vany a mobil neměl u sebe. Našel ho jeho syn, který se rozhodl ho dojet zkontrolovat, jelikož mu otec nezvedal telefon. Při nalezení byl otec v bezvědomí, protože se uhodil do hlavy.

Po přijímacích vyšetřeních se pacient přibližně za 6 hodin probral, ze začátku byl neorientovaný, ale po nějaké době se zorientoval. Popsal celou situaci a sdělil ošetřující lékařce, zdravotně-sociální pracovnice a synovi, že se bojí a nechce se vrátit.

Z geriatrického vyšetření, které probíhalo pomocí rozhovoru a pozorováním klienta během hospitalizace vyšlo, že si nezvládá připravit jídlo, špatně vstává z lůžka, nezvládá si přinést dřevo ze sklepa na topení, protože mu dělá problém chůze po schodech nahoru a dolů, je bez sociálních kontaktů, navštěvují ho pouze sousedé. Senior tráví celé dny doma, kde si čte, luští křížovky a sudoku. Senior se nechce vrátit domů, ale nemá podanou žádost do domova seniorů a nechce obtěžovat rodinu.

Syn však začne jednat, sjedná si schůzku se zdravotně-sociální pracovnicí, fyzioterapeutkou a ošetřující lékařkou. Chce se dozvědět informace ohledně poskytnutí péče, jakou péči bude obnášet jeho zdravotní stav, jaké služby a kompenzační pomůcky může využít a za jakých podmínek dostane příspěvek na péči. Zdravotně-sociální pracovnice podává odborné sociální poradenství a nabídku kurzů o domácí péči u seniora.

Když klient vidí, že syn má zájem si ho vzít domů a pečovat o něj, má z toho velkou radost a velmi pozitivně to ovlivňuje jeho myšlení. Syn absolvuje kurz o domácí péči pro seniory, kde se naučí, jak o seniora pečovat a dostane doporučení, jaké kompenzační pomůcky by seniorovi zlepšily, zkvalitnily a usnadnily život. Zdravotně-sociální pracovnice pomáhá klientovi se synem vybírat kompenzační pomůcky a zajistit příspěvek na kompenzační pomůcku a příspěvek na péči. Vybrali chodítko pro bezpečnější chůzi, madla do koupelny a na WC a poté polohovací lůžko.

Dále se všichni tři dohodli, že by bylo pro klienta vhodné, aby docházel do denního stacionáře, aby navázal nové sociální kontakty a díky sociálně aktivizačním činnostem si procvičoval paměť a jemnou i hrubou motoriku.



Po zotavení klient byl propuštěn do domácího prostředí.

Propouštěcí plán: Zjištění potřeb klienta, poskytnutí odborného sociálního poradenství, pomoc při vyřizování příspěvku na kompenzační pomůcku a příspěvku na péči.

Metody použité při sociální práci: Sociální šetření, rozhovory, případová práce a práce s rodinou