



Univerzita Karlova v Praze  
Husitská teologická fakulta

**Specifika komunikace se seniory  
v kontextu sociálně-zdravotní péče**

**Specifics of communication with seniors  
in context social-health care**

Diplomová práce

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.  
vedoucí práce

Bc. Jana Vargová

Praha 2017

Děkuji vedoucí práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za vedení diplomové práce. Děkuji MgA. Aleně Špačkové za odborné konzultace a poskytování cenných rad a praktických připomínek.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci "*Specifika komunikace se seniory v kontextu sociálně-zdravotní péče*" vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 02.04.2017

Jana Vargová

## **Anotace:**

Cílem této diplomové práce je objektivně popsat problematiku komunikace zdravotně sociálních pracovníků v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, poukázat na význam a složitost sociální práce se seniory a navrhnout případné změny vedoucí k případnému zkvalitnění komunikace.

Sociální práce je zde složitá, protože senioři jsou mnohdy lidé osamělí, popř. s problematickými rodinnými vztahy, trpí demencí a jsou nezřídka polymorbidní.

Byla použita statistická data Centra následné péče - Léčebny pro dlouhodobě nemocné Fakultní nemocnice Motol, dále metody dotazníkového šetření se zdravotně sociálními pracovníky několika léčeben pro dlouhodobě nemocné z ČR, a řízených rozhovorů s pacienty v Centru následné péče - Léčebny pro dlouhodobě nemocné Fakultní nemocnice Motol.

**Klíčová slova:** léčebna pro dlouhodobě nemocné, následná lůžková péče, zdravotně sociální pracovník, multidisciplinární komunikace, stáří, polymorbidita, osamělý senior, sociální lůžka

## **Annotation:**

The purpose of this Master's thesis is to describe objectively topic of medical social workers' communication in centers of post-acute care, to highlight importance and difficulty of social work with senior citizens and to propose eventual changes leading to eventual communication improvement.

Social work here is complicated because senior citizens are often lonely or may have problematic family relationships or may suffer from dementia and quite often are polymorbid patients.

For the thesis were used statistics from The Centre of Postacute Care - Motol University Hospital, then method of questionnaire realized with medical social workers from centers of post-acute care in Czech Republic, and method of structured interview with patients in Center of Postacute Care - Motol University Hospital.

**Keywords:** center of post-acute care, post-acute inpatient care, medical social worker, multidisciplinary team communication, old age, polymorbidity, lonely senior citizen, social inpatient care facilities.

**Zkratky:**

LDN: léčebna pro dlouhodobě nemocné

CNP – LDN: Centrum následné péče - léčebna pro dlouhodobě nemocné

FNM: Fakultní nemocnice Motol

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

## Obsah

Úvod.....	8
1. Fenomén stáří.....	10
1.1 Sociální problematika seniorů v léčebně pro dlouhodobě nemocné.....	10
1.1.1 Vztahová problematika.....	11
1.1.2 Chudoba a bezdomovectví.....	13
1.2 Zdravotní problematika.....	14
1.2.1 Polymorbidní pacient.....	15
1.2.2 Demence.....	15
1.2.3 Umírající senior.....	16
2. Sociální práce se seniory.....	17
2.1 Specifika sociální práce se seniory v LDN.....	18
2.1.1 Sociální práce s pacientem a jeho rodinou.....	19
2.1.2 Sociální práce s osamělým seniorem.....	20
2.1.3 Sociální práce s umírajícím pacientem.....	21
2.2 Příspěvek na péči.....	23
3. Sociální komunikace.....	25
3.1 Přímá komunikace.....	25
3.2 Oboustranná a jednostranná komunikace.....	28
3.3 Komunikace soukromá vs. veřejná.....	30
3.4 Komunikace verbální a neverbální.....	32
4. Komunikace se seniory v LDN.....	37
4.1 Specifika komunikace při poskytování sociální péče v LDN.....	37
4.2 Komunikace s pacientem a jeho rodinou.....	38
4.3 Komunikace a sdělování informací osamělému pacientovi.....	40
4.4 Mezioborová komunikace v rámci LDN.....	42
4.5 Komunikace s třetími subjekty.....	44
4.6 Problematika profesní hranice zdravotně sociálních pracovníků.....	44
5. Doporučení pro komunikaci se seniorem.....	46
6. Praktická část.....	49
6.1 Přehled o vybraných činnostech ve FN Motol.....	49
6.1.1 Shrnutí statistických ukazatelů CNP - LDN FN Motol.....	53
6.2 Šetření u zdravotně sociálních pracovníků LDN.....	54
6.2.1 Shrnutí šetření u zdravotně sociálních pracovníků LDN.....	74
6.3 Šetření u seniorů - pacientů LDN.....	75
6.3.1 Shrnutí šetření u seniorů.....	88
Závěr.....	91
Seznam použitých zdrojů.....	94
Přílohy.....	99
Summary.....	103

## Úvod

V jakémkoli lidském společenství probíhá jistá úroveň interakce. V dnešní době, tolik odlišné od společnosti před dvaceti, třiceti lety, stoupá význam kvalitní osobní, mezilidské komunikace. Mnoho lidí (a nejen těch mladých) dává přednost komunikaci technické. Lidé si sdělují své názory a zážitky prostřednictvím mobilních telefonů, tabletů a počítačů. Důsledkem je pak určitá izolovanost jednotlivců, ztrácí se pospolitost, formy komunikace i mezi těmi nejbližšími se zjednodušují - jsou ochuzené o emoce vyjádřené neverbálně, tónem hlasu a mizí i pohotovost výmluvnosti, stejně tak i bohatost formulací.

Navíc počet lidí na planetě neustále stoupá, brzo nás bude již osm miliard. Vlivem globalizace života jsou mezilidské vztahy čím dál složitější - mísí se kultury mezi sebou, neustále je člověk konfrontován s novými a novými podněty, což zvyšuje nároky na komunikaci.

Jedním z účelů komunikace bezesporu je, aby se člověk v sociálním prostředí lépe orientoval. Toto je velmi patrné mimo jiné v oblasti společenských věd, které v naší zemi za poslední čtvrtstoletí doznaly obrovského rozmachu. A nejedná se jen o společenské vědy; schopnost kvalitní komunikace je velmi důležitá v oblasti jakéhokoli profesního uplatnění a všude tam, kde existují složitější vzorce mezilidských vztahů.

Paradoxně však v dnešní době, poznamenané rychlostí a informačním přetlakem přicházejícím ze všech možných zdrojů, se stále častěji dostáváme do situace, kdy si v rámci komunikace vyměňujeme pouze základní informace, zejména z důvodu nedostatku času. Současné tendence navíc směřují od kvality ke kvantitě, což je mimo jiné patrné např. z médií. Většina našich rozhovorů probíhá v tzv. „plytké“ nebo „faktické“ rovině, jen velmi nepravidelně se vzájemně obohacujeme svými představami, zřídka dokážeme věcně argumentovat, a zároveň přitom s respektem k osobnosti druhého člověka mu skutečně naslouchat.

Jednou z životních situací, kdy velice stoupá důležitost kvalitní komunikace, je pobyt ve zdravotnickém zařízení. Zde se totiž komunikace týká bazálních životních situací, jako je nemoc, mnohdy navždy změněná soběstačnost a s tím spojená celková sociální situace člověka, úmrtí blízké osoby apod. Věc je ještě složitější, pokud se do takové situace dostává senior, protože jeho duševní ani fyzické schopnosti mu často neumožňují se s náročnou situací správně vypořádat. Sociální práce se seniorem ve zdravotnickém zařízení



je odlišná podle oddělení, na kterém je hospitalizován, resp. podle charakteru jeho onemocnění. Největší kumulace seniorních pacientů je v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Pacienti těchto oddělení jsou mnohdy lidé osamělí, ne vždy s kvalitními vztahy s dalšími rodinnými příslušníky. Trpí demencí a jsou nezdědka polymorbidní (přítomnost více chorob současně).

Cílem této diplomové práce je popsat obsah komunikace zdravotně sociálních pracovníků se seniory v LDN a problematiku s tím spojenou. Za devět let práce v tomto oboru jsem se totiž přesvědčila, že kvalita práce se seniory souvisí mimo jiné právě s kvalitou komunikace. Proto jsou v závěru práce uvedeny návrhy, jak kvalitu komunikace se seniory zlepšit. Vycházím zde z vlastní zkušenosti, poznatků dalších odborníků z praxe a výzkumu, zaměřeného jak na sledování komunikačních potřeb seniorů, tak i možností zdravotně sociálních pracovníků tyto potřeby naplňovat.

## 1. Fenomén stáří

Díky stále se zlepšující zdravotní péči nelze paušálně definovat hranici stáří. V odborné literatuře proto existuje několik definic stáří. Např. Kalvach (Kalvach, Onderková 2006, s. 7) uvádí, že „...stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu...často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce).”

Stářím, tedy souhrnem poznatků o stárnutí a životě ve stáří, se zabývá obor gerontologie. Má několik odvětví (např. sociální, klinická, atd...) Zasahuje do politiky, sociální práce, ekonomie, práva, designérství i dalších oblastí.

V medicíně se častěji užívá slovo geriatric (řecky iatró = léčím). „V širším slova smyslu označuje geriatric celou geriatrickou medicínu, která prostupuje prakticky všechny klinické obory dospělého věku. V užším slova smyslu je geriatric označením specializačního lékařského oboru”. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7). Protože je tato práce zaměřena na zdravotnické prostředí, bude častěji užíván pojem geriatric.

Odborníci považují za začátek stáří věk 65 let. Zároveň se však připouští, že je tato hranice dost nepřesná vzhledem k různým možnostem životního stylu. Kalvach (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7) dokonce tvrdí, že věk 65-74 let (někdy dokonce 65-79 let) je jen počínajícím stářím a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až 100 let. „Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je nárůst počtu seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu.”

„Geriatric se zabývá ve své péči obvykle pacienty staršími 75 let, a to proto, že většina z nich již vykazuje změny typické pro stáří”. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003, s. 16)

### 1.1 Sociální problematika seniorů v léčebně pro dlouhodobě nemocné

Pro potřeby této práce je nutno vymezit pojem léčebna pro dlouhodobě nemocné (dále LDN). Jedná se o následnou a dlouhodobou lůžkovou péči. Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ) uvádí, že následná lůžková péče „...je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí

*náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí.” (MZ, <http://www.mzcr.cz/>, 2016)*

LDN zajišťuje potřebným pacientům i dlouhodobou lůžkovou péči. Definici této péče opět poskytuje MZ: *„...je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí”.*

Chronická nemoc a její náhlé zhoršení přináší v životě člověka snížení až ztrátu soběstačnosti, ekonomické problémy, často ztrátu bydlení, vztahové problémy, nemožnost návratu do svého přirozeného prostředí.

Byť se jedná o zdravotní lůžko, je zřejmé, že výše uvedené problémy nemohou řešit zdravotní pracovníci. Pomoc s řešením všech těchto situací je v kompetenci zdravotně sociálních pracovníků.

Zákon č. 96/2004 Sb. v § 10 vymezuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník musí mít splněny dvě kvalifikace odbornosti. Kvalifikaci v oblasti sociální práce získává vysokoškolským nebo VOŠ vzděláním. Zdravotní kvalifikace je získávána středoškolským studiem na zdravotnických školách, ale častěji absolvováním Akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně sociální pracovník. Je to logické, neboť většina sociálních pracovníků se od začátku vzdělává v sociální oblasti, nikoli zdravotní.

Z hlediska činnosti zdravotně sociálních pracovníků je vhodné zmínit zejména následující oblasti:

### **1.1.1 Vztahová problematika**

Člověk je tvor společenský a jeho přirozeností je žít ve společenských interakcích. V seniorském věku toto není výjimkou.

Dle Vágnerové (Vágnerová, 2007, s. 350) senioři prožívají své stáří v rámci své rodiny (manžel, děti s vnoučaty, sourozenci), přátel a známých ze sousedství a dále v rámci společenství obyvatel určité instituce (domov pro seniory, LDN atd.). Akcent na vztahy k blízkým lidem může být důsledkem odchodu ze zaměstnání, zároveň uvědomováním si konce života. Navíc senior odchodem ze zaměstnání získává více času na prožívání vztahů.

Zároveň však Vágnerová uvádí, že zvláště v pozdním stáří mají senioři tendenci k izolování se od společenského dění, často se pohybují pouze na teritoriu svého bytu.

Pichaud, Thareauová (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 70) dále doplňují, že vztahy mezi seniorem a rodinnými příslušníky mohou být často velmi komplikované. Senioři např. špatně mohou nést změny partnerů svých dětí, nevlastní vnoučata.

Velkou roli mohou hrát nesplněná vzájemná očekávání. Konkrétně může jít o následující situace: starý člověk má očekávání velké pozornosti ze strany svých dětí, péče při klesající soběstačnosti. Snížená soběstačnost starých lidí přichází mnohdy v době, kdy jejich děti jsou vytiženy povinnostmi péče o vlastní děti, chodí do zaměstnání a zároveň plní různé závazky v podobě hypotéky apod. Mnohdy tak naopak potomci seniorů očekávají pomoc od seniorů (péče o vnoučata apod.).

Všechny vztahové neshody se během nemoci mohou nakumulovat. Pobyt v LDN je však pouze na přechodnou dobu, senior by měl se svými příbuznými svou situaci vyřešit buď návratem do domácího prostředí, nebo návazným pobytem v dalším vhodném zařízení, nejčastěji v domově pro seniory. Obě tato řešení jsou však většinou stresová jak pro seniora samotného, tak i pro jeho příbuzné. Návrat domů, vzhledem k trvale snížené soběstačnosti, vyžaduje dopomoc rodinných příslušníků, což je často, při nutnosti vykonávat zaměstnání a starat se o vlastní děti, velmi náročné.

Přechod do jiného zařízení sociálních služeb je pro seniora náročný hlavně proto, že je nucen vzdát se svého domova, a může být zklamán z toho, že se o něho děti nepostarají v rodinném prostředí.

Jindy jsou naopak vazby s příbuznými zpřetrhané již delší dobu a nedaří se je obnovit. V LDN toto často vede u seniorů k prohlubování frustrací, depresím i generalizovanému negativismu. Přestože takoví senioři mají své rodinné příslušníky, lze je označit za osoby osamělé.

Osamělost je způsobena také ovdověním seniorů. Vícegenerační soužití, zvláště ve velkých městech, je dnes již neobvyklé, proto odchod partnera znamená pro seniora velkou ztrátu. *„Ovdovělost patří k hlavním příčinám osamělosti starých lidí, která je považována za jedno z největších úskalí pokročilého stáří. Zapojování do sítí sociálních vztahů a podpora komunikace s oživováním osamělého života by proto měly patřit k základním úkolům ošetrovatelského personálu. Řešením není „kolektivizace bez přátelství“ v ústavní péči“.* (Kalvach, Onderková, 2006, s. 9)

Další důvod osamělosti seniorů spočívá v tom, že někteří senioři nikdy nezaložili vlastní rodinu, takže v seniorském věku jsou na vyřizování svých záležitostí sami. U těchto

seniorů je role zdravotně sociálního pracovníka v LDN naprosto nezastupitelná. O tomto je podrobněji pojednáno v samostatné kapitole.

### 1.1.2 Chudoba a bezdomovectví

*„Tradičně je jako chudoba chápán stav, kdy nedostatek hmotných prostředků omezuje možnosti spotřeby, kdy nedostatek peněz neumožňuje zabezpečovat důležité (základní) životní potřeby na přiměřené úrovni.”* (Tomeš, 1996, s. 126). Tomeš dále pokračuje rozdělením chudoby na relativní a absolutní, kdy relativní chudoba je stav, v němž jedinec, rodina nebo sociální skupina uspokojuje své potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň v dané společnosti. Naproti tomu absolutní chudobu definuje jako absenci prostředků, jejímž důsledkem je nemožnost uspokojovat základní životní potřeby a je ohrožena sama existence člověka.

V LDN je poměrně výrazná skupina seniorů, o kterých se dá říci, že žijí v relativní chudobě, tzn., že mají výrazně nižší ekonomickou úroveň, než je průměrná úroveň ve společnosti. Příčiny jsou multifaktoriální; nízké důchody neumožňující zaplatit si adekvátní péči, vysoké náklady na léky a bydlení. S tím jsou spojené obavy ze stěhování do menšího bytu, a také již zmiňovaná osamělost.

Další příčinou je zadluženost, způsobená mimo výše uvedených důvodů také neovládnutím komunikace s vnějším světem - agresivní a podvodné formy nabízení různých služeb či zboží, převody energií na jiného obchodníka, neoprávněné vymáhání různých plateb apod.

Nežádka se stává, že během pobytu v LDN přichází senior o nájemní smlouvu na byt z důvodu neplacení nájmu, což navíc sděluje zdravotně sociálním pracovníkům nemocnice s fatální prodlevou, většinou z důvodu, že se za tento stav stydí. Toto je jedna ze situací, kdy se ze seniora de facto stává bezdomovec. Je samozřejmé, že do LDN se dostávají i senioři, kteří jsou bez domova již delší dobu, nežádka více let. U některých z těchto osob můžeme dokonce hovořit o absolutní chudobě, protože nemají nárok na výplatu důchodu. Zároveň nemají vyřízené sociální dávky.

Pro zajištění následné péče, resp. aby si senior mohl uhradit sociální službu, pomáhá zdravotně sociální pracovník vyřídit sociální dávku „příspěvek na péči” dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Osobám se zachovalou soběstačností však tento příspěvek nenáleží, proto mají problémy hradit si zvýšené náklady např. na léky.

## 1.2 Zdravotní problematika

Je vhodné v této práci zmínit zdravotní problematiku, protože lůžko v LDN je plně zdravotní, což znamená, že indikace k pobytu v LDN je vždy na základě zdravotního stavu.

Dále bez znalosti zdravotní problematiky není zdravotně sociální pracovník schopen u pacienta určit správné postupy pro řešení jeho sociální situace. *„Zdravotně sociální pracovník by měl znát problematiku jednotlivých onemocnění, být vzdělaný v oblasti somatické medicíny a znát důsledky, jež mohou jednotlivá onemocnění mít nejen na psychiku člověka, ale také na další sociální život.“* (Kuzníková 2011, s. 59). O činnosti zdravotně sociálních pracovníků je více pojednáno v kapitole zaměřené na sociální práci s pacienty.

Realita je však často taková, že se řeší více problematika sociální než zdravotní, nežádá proto, že sociální situaci dříve vyřešit nešlo. Nebo-li zdravotní problém již pominul, ale pacientova sociální situace neumožňuje jeho propuštění z LDN, protože pacienta z LDN lze propustit až po zajištění další péče: *"Pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z jednodenní nebo lůžkové péče až po předchozím včasném vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí."* (zákon č. 372/2011 o zdravotních službách, § 47 odst. 2). Všeobecně lze říci, že jsou obě složky úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují - špatný zdravotní stav zhoršuje sociální situaci a naopak komplikovaná sociální situace přináší či prohlubuje špatný zdravotní stav.

V LDN jsou mezi pacienty zastoupeny prakticky všechny diagnózy, nepotkáme zde však pacienty s onemocněním v jeho akutní fázi nebo s atakou duševní choroby.

*„Každé onemocnění má svá specifická omezení s projevy ve zdravotní, psychické a sociální rovině. Při identifikaci problémových oblastí klientů je nutná mezioborová spolupráce členů zdravotnického týmu, ale především spolupráce sociálního pracovníka, lékaře a sestry.“* (Kuzníková, 2011, s. 68.)

Pro potřeby této práce je rovněž vhodné vhlédnout do problematiky polymorbidity, demence a umírajícího pacienta, protože tyto skupiny pacientů jsou v LDN zastoupeny nejčastěji, a dochází rovněž ke kumulaci těchto faktorů u jednotlivých pacientů.

### 1.2.1 Polymorbidní pacient

Většina seniorů, hospitalizovaných v LDN, je tzv. polymorbidních.

*„Polymorbidita, multimorbidita, - jde o jev pro stáří zcela typický - tj. souběžnou přítomnost více onemocnění u jednoho jedince buď bez příčinné souvislosti, nebo chorob navzájem se kauzálně podmiňujících. Jde o přítomnost na sobě mnohdy nezávislých chorob (obvykle 3), jež patří k charakteristikám geriatrické medicíny.“* (Prof. MUDr. Pavel Weber CSc., internista, dostupné z: <https://www.muni.cz/research/publications/989627>)

Jedná se o choroby kardiovaskulárního systému, pohybového ústrojí, respirační, poruchy smyslových orgánů. Časté jsou diabetes mellitus, duševní a nervové choroby. Weber uvádí, že až 90 % osob nad 75 roků trpí aterosklerózou.

Kalvach (2008, s. 136) v této souvislosti konstatuje, že *„...i zdánlivě banální postižení a involuční změny mohou ve vzájemné kombinaci a potenciaci navodit závažnou míru chorobnosti a nezdatnosti.“*

### 1.2.2 Demence

Z pohledu zdravotně sociálního pracovníka je jednou z nejzávažnějších překážek při nutných intervencích demence. Velmi obtížná je zejména komunikace s pacienty. Proto o této chorobě pojednává samostatná podkapitola.

Demence je choroba mozku, zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni. Následují rozličné chorobné procesy a poškození, zejména Alzheimerova choroba. Většinou bývají postiženi jedinci nad 60 let věku. K tomu uvádí Nicholl, Wilson, Webster (Nicholl, Wilson, Webster, 2007, s. 37), že demence je u lidí starších 80 let je přítomná ve 20 % případů.

Koukolík (Koukolík, 2004, s. 19-20) uvádí jako průvodní znak demence poruchy kognitivních funkcí, např. poruchy paměti, jazykových nebo řídicích funkcí, např. plánování, abstrakce atd.). Demence se může rovněž projevat v podobě afázie (porucha jazykových funkcí) nebo apraxie (porucha schopnosti vykonávat motorické aktivity bez ohledu na zachovanou motorickou funkci), může mít i jiné projevy.

Dalším znakem demence je poškození sociálních funkcí v důsledku zhoršení kognitivních funkcí. Zásadním znakem demence je dle Koukolíka také postupný nástup a trvalé zhoršování poznávacích funkcí.

*„Průběh demencí lze schématicky rozdělit na tři stádia:*

1. počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí.
2. středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti, a pacient vyžaduje častý či převážný dohled.
3. pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit.” (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003, s. 50).

Z hlediska praxe jsou v LDN nejčastěji hospitalizováni pacienti ve 2., častěji ve 3. stádiu demence.

### 1.2.3 Umírající senior

Problematika umírání a smrti je samozřejmě na LDN frekventované téma a velmi zasahuje do celé práce zdravotně sociálního pracovníka, komunikaci nevyjímaje.

Vágnerová uvádí (Vágnerová, 2007, s. 429), že je téma smrti v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno. Také doplňuje, že *“...umírání se neodehrává v soukromí, a je proto chápáno jako něco, co přesahuje hranici normy a co se příliš netýká běžného lidského života.”* (Vágnerová, 2007, s. 429). Fakt, že stále větší počet lidí neumírá doma mezi nejbližšími, bezesporu souvisí se stále se zkvalitňující zdravotní péčí.

Lze však oponovat, že v poslední době klesá tabuizace tématu smrti. Stále více se mluví o paliativní péči, pořádá se mnoho vzdělávacích aktivit v této oblasti a řada organizací přichází s nabídkou různých služeb nebo možností poradenství v oblasti paliativní péče. Ve zdravotnických zařízeních jsou např. zaměstnáváni duchovní atd. a stoupá význam jejich pozice, zvláště proto, že na sklonku života se člověk zaobírá duchovní stránkou života.

V současné době MZ představilo vypracovaný metodický pokyn pro duchovní péči v nemocnicích, který má za cíl právně ukotvit pozici nemocničních kaplanů v lůžkových zdravotnických zařízeních ([http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-predstavilo-metodicky-pokyn%C2%A0pro-duchovni-peci-v-nemocnicich\\_13579\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-predstavilo-metodicky-pokyn%C2%A0pro-duchovni-peci-v-nemocnicich_13579_1.html))

O aspektech komunikace jak s umírajícími, tak s jejich příbuznými je pojednáno v samostatné kapitole.



## 2. Sociální práce se seniory

Je třeba vymezit definici sociální práce, která se vyvíjí souběžně s vývojem tohoto oboru. Matoušek (Matoušek, 2007, s. 184) uvádí několik definic, mezi nimi i definici americké Národní asociace sociálních pracovníků (NASW) z roku 1973: „*Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.*”

Tato definice bohužel není uplatnitelná u všech pacientů. V prostředí zdravotnického zařízení, obzvláště u seniorů, vznikají situace, kdy zlepšit či obnovit sociální fungování objektivně nelze. Chápeme-li sociální fungování jako schopnost vyrovnávat se se sociálními situacemi a překonávat překážky, je nutno konstatovat, že toto u seniorů ve zdravotnickém zařízení, ať již vzhledem k jejich fyzickému či psychickému zdraví, které způsobuje sníženou soběstačnost, většinou nelze očekávat. Přesto existují senioři, kteří jsou schopni sociálního fungování ve svém přirozeném prostředí i přes sníženou soběstačnost. Záleží na jejich chuti do života, rodinných vztazích, genetické výbavě atd.

Na základě výše uvedených poznatků je sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení, konkrétně v LDN, velmi specifická. Popis činnosti zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení vymezuje § 9 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků:

*„Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může*

- a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*
- b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*
- c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat*

- d) *zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům*
- e) *účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických 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) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,*
- g) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění 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.”*

Pro úplnost je vhodné zmínit některé konkrétní činnosti a intervence při výkonu činnosti zdravotně sociálního pracovníka. Řada jeho činností přináší kladnou odezvu, zvláště v situacích, kdy se vůbec poprvé pacient a jeho rodina dozvídá například o možnostech, jak zlepšit svoji finanční situaci díky sociálním dávkám, na které mají nárok.

Pokud jde o integraci pacientů, prostřednictvím zdravotně sociálních pracovníků se dozvídají o různých formách sociálních služeb. Může to být zajištění asistenta sociální péče seniorovi se sníženou soběstačností, díky kterému se bude moci alespoň zčásti účastnit společenského života. Pacientům jsou rovněž zajišťovány různé stacionáře, např. po centrální mozkové příhodě, kde se jim věnují ergoterapeuti, logopedi atd.

Co se týká zmíněných rekondičních pobytů, může jít o sjednání různých rehabilitačních ozdravných pobytů, např. pro pacienty po úrazech míchy.

## **2.1 Specifika sociální práce se seniory v LDN**

Některá specifika konkrétních činností zdravotně sociálních pracovníků, charakteristická právě pro LDN, jsou níže rozpracována s ohledem na již zmíněnou vyhlášku č. 55/2011 Sb. Konkrétně jde o sociální práci s pacientem a jeho rodinou, s osamělým pacientem a s umírajícím pacientem.

### 2.1.1 Sociální práce s pacientem a jeho rodinou

Kvalita sociální práce se v tomto případě odvíjí od vzájemných vztahů v rodině a úrovně spolupráce s rodinou. Na základě své dosavadní profesní zkušenosti řadím mezi znaky dobré spolupráce následující kritéria:

- rodina se kontaktu se zdravotně sociálním pracovníkem nevyhýbá, spolupracuje již od počátku pobytu pacienta v LDN
- rodinní příslušníci projevují iniciativu v hledání řešení po ukončení hospitalizace v LDN:
- jsou ochotní uzpůsobit bytové podmínky pro návrat seniora do jeho samostatného bydlení, nebo uzpůsobí své bytové podmínky tak, aby u nich mohl senior bydlet
- v případě potřeby kontaktují terénní sociální (pečovatelskou a asistenční) službu a terénní zdravotní služby (home care)
- pokud zdravotní stav seniora neumožňuje návrat domů, hledají pobytovou sociální službu, jako např. domov pro seniory
- rodinní příslušníci vzájemně spolupracují, efektivně si rozdělují činnosti spojené s péčí o seniora, jsou schopni dohodnout se na dalších vhodných opatřeních (např. přesunu seniora do sociální pobytové služby - domova pro seniory, domova se zvláštním režimem atd.). Zdravotně sociální pracovník zde především poskytuje sociální poradenství, případně zajišťuje vzájemný kontakt a spolupráci mezi pacientem, rodinou a sociální službou.

Dobrá spolupráce s rodinou je v celém procesu řešení situace pacienta stěžejní, všechny případné problémy se řeší mnohem lépe než v případech, kdy rodina chybí nebo je nefunkční.

Naopak nespolupracující rodina nese následující znaky:

- odmítá spolupracovat na zajištění další péče po propuštění pacienta z LDN
- přenáší zodpovědnost za řešení situace na jiné osoby, zejména na zdravotně sociálního pracovníka nemocnice (snaha úkolovat zdravotně sociálního pracovníka)
- rodinní příslušníci jsou arogantní, neplní dohody se zdravotně sociálním pracovníkem
- mají mezi sebou špatné vztahy projevující se tím, že se vzájemně obviňují z pasivity, touhy po majetku atd.
- členové rodiny bývají častými stěžovateli na úroveň poskytované zdravotní, ošetrovatelské a sociální péče, ačkoli sami své povinnosti neplní

- obviňují zdravotně sociální pracovníky z jednání, zaměřeného proti zájmům pacienta (zmanipulování seniora k podpisu žádosti o umístění do domova pro seniory apod.)

Je standardem očekávat od rodiny dobrou spolupráci, protože lze očekávat, že bude chtít pro svého seniora to nejlepší. V převážné většině případů, byť není senior omezený ve způsobilosti vykonávat svá práva, o sobě nechce rozhodovat sám, odkazuje na své rodinné příslušníky. Zvláště při propuštění domů, kam chtějí senioři nejvíce, opírají se o názor rodinných příslušníků, protože velká část péče o seniora na členy rodiny stejně připadne, bez ohledu na profesionální pomoc, např. pečovatelskou a asistenční službu, kde hodina poskytování péče stojí 130,- Kč/hod. (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Ve finančních možnostech seniorů obvykle není, aby si tuto službu platili 24 hodin denně.

Kuzníková (2011, s. 77) uvádí, že „*Dle Weinfurterové (2006), je rodina taktéž zdrojem objektivnějších informací o klientově situaci.*” V případě hospitalizovaných seniorů v LDN to mohou být často zatajované skutečnosti, za které se senior stydí (např. dluhy, přeceňování vlastních schopností). Pro rodinu je pomocí, když jim zdravotně sociální pracovník pomůže přesvědčit seniora o vhodných opatřeních, která jsou vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a sociální situaci nezbytná (děti seniora dlouhodobě vnímaly, že pobyt seniora doma je stále více nevhodný, ale nedařilo se jim přesvědčit jej o jiném, vhodnějším řešení.). Senior někdy odmítá přijmout fakt, že je jeho zdravotní stav takový, že potřebuje péči. Stále se snaží o roli rodiče svých dětí, tedy o toho, kdo sám pomáhá.

### **2.1.2 Sociální práce s osamělým seniorem**

Sociální práce s osamělým seniorem je specifická právě s ohledem na jeho sociální fungování.

Samotná osamělost zdravého člověka nutně nemusí omezit jeho sociální fungování. Nemoc a ztráta soběstačnosti však starému člověku přináší řadu komplikací v běžném životě. Při hospitalizaci v LDN se tyto komplikace ještě stupňují.

Zdravotně sociální pracovník počítá při řešení sociální situace seniora s rodinou, kterou provází spíše poradenstvím a podporou, viz kap. 2.1.1. V případě absence rodiny se stávají problémem následující situace:

- vyřizování běžných záležitostí - nájemné za byt, nutnost úhrady energií a dalších poplatků spojených s bydlením

- péče o zvíře, o které se při pobytu seniora ve zdravotnickém zařízení nemá kdo postarat
- při setrvalém špatném zdravotním stavu u snížené soběstačnosti se stává návrat osamělého seniora domů nereálným, senior na něm však trvá. Pokud však chybí rodina a senior nemá dostatek financí na úhradu terénních pečovatelských služeb, není návrat možný.

V takových případech se zdravotně sociální pracovník snaží navázat spolupráci pokud možno se vzdálenějšími příbuznými nebo sousedy. Protože však není jejich povinností postarat se o osamělého seniora, nelze jejich spolupráci vymáhat. V takovou chvíli se zdravotně sociální pracovník snaží výše uvedené záležitosti vyřizovat sám. Komunikuje s majitelem bytu, nechává se zplnomocnit seniorem pro jednání s dodavateli energií, zajišťuje platbu složenek atd. Tyto úkony však vyžadují vysokou časovou dotaci, nicméně zdravotně sociální pracovník s těmito situacemi musí počítat. Problém však nastane ve chvíli, kdy organizace odmítají se zdravotně sociálním pracovníkem spolupracovat s tím, že se jedná o třetí osobu. Toto se týká zejména peněžních ústavů.

Pokud se senior může vrátit domů, zdravotně sociální pracovník pomáhá zavést terénní zdravotní a sociální služby do jeho přirozeného prostředí.

Jak již bylo zmíněno, potíže nastávají ve chvíli, kdy návrat domů není možný a zdravotně sociální pracovník je nucen přimět pacienta k podání žádosti do pobytové sociální služby (dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem). Tento proces je mnohdy zdlouhavý a předpokládá mimo jiné důvěru mezi seniorem a zdravotně sociálním pracovníkem. Zvýšená administrativní zátěž, např. vyplňování žádostí do sociálních služeb nebo o sociální dávky, klade opět vysoké nároky na pracovní vyžití zdravotně sociálního pracovníka.

### **2.1.3 Sociální práce s umírajícím pacientem**

Umírající pacient může být jak osamělý člověk, tak senior s rodinou. Umírání pacienta se tak dotýká celé rodiny, která tím více v takové době nabývá na významu. Umírání přináší z pohledu pacienta zejména tyto situace, v nichž potřebuje pomoci:

- a) nechce umírat ve zdravotnickém zařízení
- b) problematika majetkového vypořádání (závěť, dluhy, darování)
- c) vyřešení vztahové problematiky (kontaktování rodinného příslušníka nebo jiné osoby)

d) duchovní, náboženská rovina

Ve výše uvedených oblastech je úloha zdravotně sociálního pracovníka následující:

ad a) V případech, kdy pacient chce umírat doma, může zdravotně sociální pracovník sjednat pacientovi domů tzv. mobilní (domácí) hospice, který v rámci svých služeb zajistí paliativní péči.

„Paliativní, nebo-li útěšná a zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- - symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího”

(<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>)

Zdravotně sociální pracovník má kontakty na domácí hospice. V poslední době se rozšířila činnost tzv. paliativních týmů, které tuto podpůrnou činnost pomáhají pacientovi a jeho rodině zajišťovat v jeho přirozeném prostředí.

Pokud se v tomto případě jedná o časovou a emocionální zátěž pro rodinu v takové míře, kterou nezvládá, zdravotně sociální pracovníci nabízejí pomoc v tzv. „kamenných” hospicích. Jedná se o pobytovou službu, kde nemocný dostává potřebný, výše uvedený servis.

Existence kamenných hospiců je dobré řešení, nicméně finančně si tuto službu někteří umírající nemohou dovolit. Pro všechny zúčastněné, tedy i zdravotně sociálního pracovníka, navíc představuje emočně náročnou situaci okolnost, kdy si senior nepřeje zemřít ve zdravotnickém zařízení, ale fakticky mu nic jiného nezbývá.

ad b) především u osamělých umírajících je pomoc zdravotně sociálních pracovníků zaměřena především na následující oblasti: V případě, že umírající senior hodlá cosi darovat nebo sepsat závěť, sjednává návštěvu státního notáře, na základě zmocnění komunikuje např. s různými organizacemi za účelem uspořádání „posledních věcí”, ale také se soukromými osobami dle přání umírajícího.

ad c) standardní je, že když rodina funguje, zůstává se seniorem i v jeho posledních chvílích a je semknutá. Ale bohužel, rodiny často nemají dořešené vztahy, a jejich členové spolu léta nemluví. Toto je pro umírajícího natolik citlivé téma, že se zpravidla odváží oslovit zdravotně sociálního pracovníka s prosbou, aby zkontaktoval blízkou osobu. Dá se říci, že se jedná o specifickou činnost v LDN, a to právě z pohledu komunikace. Jedná se totiž o emocionálně i situačně obtížnou intervenci, protože kontaktovaná osoba někdy reaguje negativně nebo je vůbec obtížné tuto osobu dohledat. Zdravotně sociální pracovník je v takovém případě koordinátorem i mediátorem, a hraje tak klíčovou roli. Lze však říci, že když se tento kontakt podaří, ve výsledku se většinou jedná o přínos pro obě strany.

ad d) Zdravotnická zařízení samozřejmě potřeby umírajících reflektují a zaměřují se na ně.

Pokud je senior nucen zemřít ve zdravotnickém zařízení, má obvykle možnost mluvit s psychologem nebo využít služeb duchovního.

Pomoc duchovního je nezřídka chápána jako jakési „poslední pomazání“ nebo manipulace k víře. Tak tomu ale není. „*Nemocný zpravidla nepotřebuje, aby mu jeho situaci někdo umně vysvětlil (co by mu to pomohlo?), ale potřebuje, aby nebyl ve své situaci zcela sám. Aby ho tedy někdo chápal, dělal mu společníka v jeho otázkách (na které také třeba neumí odpovědět!)...*” (Opatrný, 2001, s. 16).

Tyto věty jsou důležité i při „běžné“ nemoci, ale v případě umírání jsou zcela zásadní. Je to právě duchovní, kdo dokáže rozlišit, kdy je třeba pouze s porozuměním naslouchat, a kdy je možno ukázat jakýsi přesah. Právě mezi seniory je více věřících než v generaci mladých lidí, a patří do různých denominací. Věřící senioři očekávají konkrétní duchovní pomoc ze strany právě své církve se všemi náležitostmi (např. udělení svátostí u katolické církve). Větší nemocnice proto zaměstnávají duchovní z různých církví, aby těmto požadavkům vyhověly.

## **2.2 Příspěvek na péči**

Pro potřeby této práce je účelné popsat sociální dávku - příspěvek na péči. Právní úpravu této dávky zajišťuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Příspěvek na péči je určen osobám, které vzhledem k dlouhodobému nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují pomoc druhé osoby či osob. V případě seniora je takovým pečujícím osoba blízká (rodinný příslušník), asistent sociální péče, poskytovatel registrované sociální služby (jak terénní, tak pobytové).

Výši příspěvku na péči určuje stupeň závislosti na pomoci druhé osoby resp. služby;

- lehká závislost: 800,- Kč
- středně těžká závislost: 4.400,- Kč
- těžká závislost: 8.800,- Kč
- úplná závislost: 13.200,- Kč

Některým pacientům, hospitalizovaným v LDN, byl příspěvek na péči již přiznán dříve. V ostatních případech, kdy řada z nich o příspěvku vůbec neví, musí být zdravotně sociálním pracovníkem teprve zajištěn.



### 3. Sociální komunikace

Podle Janouška (Janoušek in Kohoutek, 1998, s. 22) „...můžeme sociální komunikaci vymezit jako sdělování a přejímání významů v sociálním chování a sociálních vztazích lidí“. Dále Kohoutek (Kohoutek, 1998, s. 22) uvádí, že termín komunikace vznikl z latinského slova *communis* (což znamená společný). Pojem komunikace etymologicky souvisí také se slovem „*communicare*“, což znamená nejen „spojovat“, ale také „*multum dare*“ („mnoho dávat“) či „*participare*“ („účastnit se“). Z toho pramení, že komunikace je něco bytostně lidského a patří tedy k přirozenosti člověka. Funkčně komunikovat znamená vzájemně se obohacovat. Bez sociální komunikace by se člověk nemohl rozvíjet a společnost, jak ji vnímáme, by neexistovala.

Allen and Brock (2000, s. 1) uvádějí, že lidé mají různé způsoby komunikace, většina nějaký způsob komunikace preferuje. S některými lidmi je snadnější komunikovat než s jinými.

Typy sociální komunikace:

Kohoutek (1998, s. 22-37) typologizuje komunikaci takto:

1. *přímá nebo nepřímá komunikace*
2. *oboustranná nebo jednostranná*
3. *soukromá versus veřejná (masová - ke komunikaci se využívají prostředky jako tisk, televize, internet apod.)*
4. *verbální a neverbální*

Níže jsou zpracovány typy komunikace, které nejvíce odpovídají praxi v podmínkách LDN:

#### 3.1 Přímá komunikace

Jedná se o komunikaci tváří v tvář. Ve zdravotnickém zařízení se tak děje na mnoha úrovních. Pacient takto komunikuje s lékařem, zdravotní sestrou a dalším zdravotnickým personálem, tedy i se zdravotně sociálním pracovníkem.

Ptáček a Bartůněk (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 62) uvádějí, jak by měl vypadat rozhovor mezi pacientem a lékařem. Bezesporu tato doporučení platí také pro rozhovor pacienta se zdravotně sociálním pracovníkem. „.....“*Nicméně úkolem lékaře je podpořit*

*pacienta a vytvořit dojem profesionála s přiměřeným zájmem a empatií.*” (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 62).

Více k termínům „přiměřený zájem“ a „empatie“ z pohledu zdravotně sociálního pracovníka:

Je nesporné, že čím lépe rozumí zdravotně sociální pracovník sociální situaci pacienta, tím efektivněji může jeho problém řešit. V první řadě by měl zdravotně sociální pracovník umět používat techniky aktivního naslouchání. Musí totiž zvládnout seniora povzbudit, stimulovat jej k tomu, aby vyjevil potřebné informace. Zjevené informace si zpřesní objasňovacími otázkami. Je dobré, když zopakuje pacientovi jeho sdělení, aby se ujistil, že vše správně pochopil. Zdravotně sociální pracovník by měl umět shrnout to, co mu senior řekl, včetně reflexe jeho pocitů. Nemělo by chybět ani ocenění pacienta za to, že byl otevřený, že se snaží spolupracovat. To vše je možno doplňovat vhodnou neverbální komunikací (např. pohlazením ruky, optimální fyzickou vzdáleností, vstřícným výrazem v obličeji včetně funkčního očního kontaktu, apod.).

Ptáček a Bartůněk (2011, s. 62) dále upozorňují, že v komunikaci je třeba vyvarovat se:

- skákání do řeči
- otevřeného projevování nesouhlasu
- odcházení během konzultace
- dávání najevo netrpělivosti
- udělování direktivních rad
- uhýbání očima

S těmito doporučeními lze jen souhlasit, nicméně z hlediska praxe je nutno dodat, že zdravotně sociální pracovníci se někdy otevřenému projevování nesouhlasu či udělování direktivních rad nemohou vyhnout. Je také třeba přiznat, že z časových důvodů se dokonce stane, že zdravotně sociální pracovník musí odejít během konzultace. Aktivní naslouchání totiž předpokládá vysokou časovou dotaci, kterou zdravotně sociální pracovník v podmínkách LDN často pracně hledá. O konkrétních důvodech projevování nesouhlasu a direktivních radách je pojednáno v samostatném odstavci této kapitoly.

Pro obě strany je velmi užitečné, když zdravotně sociální pracovník použije tzv. pozitivní pojmenování, jehož podstatou je dle Špačkové předávání negativních informací tak, aby je přijímající zpracoval pozitivně. Špačková (Špačková, 2011, s. 66) „*Když formulujete své myšlenky pozitivně, napomáháte k realizaci vhodných představ a působíte vlídněji.*” Z hlediska praxe lze uvést následující příklad: "Pokud využijete asistenční

služby, budete moci si vyjít ven na procházku, o které jste při posledním rozhovoru mluvila." Pacientka je v tomto případě seznámena se skutečností, že již není plně soběstačná, avšak asistence může mít svá pozitiva.

Výše byl zmíněn termín „empatie“. Dle Ptáčka a Bartůňka (2011, s. 71) se termín užívá „...jako vžívání se, vcit'ování se do něčeho (artefaktu) nebo do někoho (člověka)“. Lartey (Lartey, 2003, s. 92) vnímá empatii jako schopnost zůstat s pocity člověka bez ohledu na to, jak jsou bolestivé či nevysvětlitelné.

Kopřiva (Kopřiva, 2000, s. 79) dále definici doplňuje jako umění představit si a procítit, co se v druhém děje, zároveň ale neztrácíme „sami sebe“. Kopřiva ovšem upozorňuje, že empatií rozhodně není „splývání“, které znamená „...potřebovat, aby mne klient potřeboval proto, aby se necítil sám, "...sebeobětování pracovníka ve prospěch klientů, přebírání i těch jejich potřeb, které jsou s to zabezpečit sami.“ U seniorů se sníženou soběstačností je často obtížné určit, co všechno ještě zvládnou, a co už ne. V minulosti jsem například řešila následující situaci:

Seniorka ve věku 70 let, která byla zároveň "osobou bez přístřeší", prodělala zlomeninu dolní končetiny. Po ukončení léčby potřebovala k chůzi hůl, s jejíž pomocí se pohybovala velmi zdatně. Pacientka nesplňovala podmínky pro vyplácení starobního důchodu a samozřejmě neměla dostatek financí na to, aby mohla doufat v přijetí do domova pro seniory. Jediná možnost, která připadala v úvahu, bylo propuštění pacientky do azylového domu. Sem však pacientka odmítala nastoupit s odůvodněním, že nezvládne chůzi do schodů. Rehabilitační pracovnice ovšem tvrdila opak. Pro zdravotně sociálního pracovníka je v takovém případě komunikačně velmi náročné přimět seniora k opuštění zdravotního lůžka. Kloní se ke stanovisku odborníka, avšak úcta ke stáří i etika práce činí velmi obtížným obvinít pacienta z účelového chování. I když bylo v tomto případě zcela jasné, že paní si tímto postupem hodlá co nejdéle prodloužit pobyt v LDN, který nebyla povinna hradit.

Zdravotně sociální pracovník musí umět čelit tendencím řešit za pacienta i to, co může řešit sám. Např. v případě hospitalizovaných osob je třeba rozhodnout, které žádosti je vhodné vyhovět a kde již je zdravotně sociální pracovník oprávněn žádost odmítnout. Je zde v jistém konfliktu vzhledem k obecnému (a oprávněnému) požadavku neinvalidizovat pacienta nadbytečnou péčí a objektivně daným faktem, že pacient na lůžku si opravdu spoustu věcí nemůže zařídit sám.

### 3.2 Oboustranná a jednostranná komunikace

Oboustranná komunikace je samozřejmě v komunikaci zdravotně sociálního pracovníka s pacientem běžná. Jedná se o komunikační proces, kdy obě strany mají možnost svobodně vyjádřit v míře odpovídající jejich potřebám a možnostem svoje názory, vyslovit otázky a dostatečně reagovat na podněty druhé strany.

Někdy však je nutno použít při nutných intervencích jednostrannou komunikaci, respektive rozhovor má převažující ráz jedné strany, a to právě zdravotně sociálního pracovníka. Natolik, že situace může působit až jako komunikačně asymetrická. Kohoutek (Kohoutek a kol., 1998, s 38) k asymetrické komunikaci uvádí, že vlastně signalizuje rozdíly v sociálním postavení: *"Vztah mezi nadřízeným patronem a klienty je po mocenské stránce výrazně nerovný, asymetrický."* Nikdy to však neznamená, že zdravotně sociální pracovník vede monolog a pacientovy reakce (byť jen neverbální) ignoruje.

K jednostranné komunikaci dochází zejména v situacích, kdy je pacientovi sdělována nepříznivá zpráva, např. že se již nemůže vrátit domů. Taková situace nastává buď na základě zdravotního stavu nebo rodinné či ekonomické situace. Pokud souběžně zdravotní pojišťovna oznámí, že již nebude dál hradit pobyt pacienta v LDN, protože pominul zdravotní důvod, komunikace zdravotně sociálního pracovníka začíná mít ráz oznamování, direktivy, kde není prostor pro vyjednávání.

Zdravotně sociální pracovník je samozřejmě se seniorem, případně jeho rodinou, v neustálém kontaktu a o možnosti následné péče po hospitalizaci spolu diskutují. Poté je třeba přikročit k zařizování nutné agendy, kdy již mohou nastat potíže, např. když pacient odmítá podepsat žádost o umístění do domova pro seniory. Je pochopitelné, že z jeho pohledu se jedná o velmi náročnou životní situaci, kterou zpracuje až po jistém čase. S osamělým pacientem tuto záležitost řeší výhradně zdravotně sociální pracovník, pro kterého je však tato situace také náročná. V takovou chvíli je velmi obtížné dodržet např. požadavek Pokorné a nesklouznout do autoritativního způsobu vyjednávání (Pokorná, 2010, s. 38) :*"typ autoritativní (vnucuje seniorovi své názory a jen on ví, co je pro něj dobré)"*.

Z výše uvedeného vyplývá, že takovéto situace se nejlépe řeší se spolupracujícími příbuznými pacienta. V takovém případě zdravotně sociální pracovník poskytuje pouze poradenství. Osamělému seniorovi musí vše vyřídit sám.

Je samozřejmě dobré, když ve vhodném případě (který by měl zdravotně sociální pracovník umět po konzultaci s lékařem předvídat) je případný přechod do pobytové sociální služby zmíněn již v začátku hospitalizace. Pak může v komunikaci převládat

partnerské vyjednávání, které funguje nejlépe. Zdravotně sociální pracovník si tak může získat důvěru jak pacienta tak i příbuzných, a efektivněji může řešit citlivé téma následné péče. To koresponduje s definicí "spolupracujícího typu" dle Pokorné (Pokorná, 2010, s. 39) *"...spolupracující typ (nejefektivněji identifikuje potřeby nemocného, umožňuje mu nejen udržení stávajících dovedností, ale také rozvoj nových)."* Pod partnerským jednáním je možno vidět oboustrannou komunikaci, kdy se očekává, že senior a jeho rodina budou mít dostatek informací a jejich kroky budou konstruktivní a spolupracující, a komunikace se zdravotně sociálním pracovníkem bude transparentní.

Souhrnně lze říci, že direktivnější přístup nastává ve chvíli, kdy není již důvod k dalšímu setrvání na zdravotním lůžku, ale pacient se nemůže vrátit domů a zároveň další pobytové zařízení odmítá.

Občas také není možno vyhnout se odmítnutí nereálných návrhů a požadavků pacienta nebo jeho příbuzného, např. že zdravotně sociální pracovník může zařídit pobyt v jakémkoli zařízení sociálních služeb v krátkém čase. Jindy se jej snaží zatížit povinnostmi, které jsou ale povinnostmi rodiny, např. zajištění následné péče, kde zdravotně sociální pracovník v těchto případech poskytuje pouze poradenství.

Lze říci, že to souvisí i s nastavenými hranicemi (osobními a profesními), které si musí zdravotně sociální pracovník držet. Nutnost hranic je uvedena v samostatné kapitole.

Ptáček a Bartůněk (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 68) uvádí několik obtíží při sdělování nepříznivých zpráv od lékaře směrem k pacientovi, a mnohé z nich (níže citované) se týkají sdělování informací zdravotně sociálním pracovníkem seniorovi:

*„Co je na sdělování špatných zpráv obtížné?*

- sdělující cítí zodpovědnost a strach z obvinění*
- neví, jak nejlépe informace sdělit*
- strach z emocionální reakce pacienta, příbuzných*
- neznalost pacienta*
- strach z dopadu na pacienta - bolest, sociální a finanční ztráty apod.*
- neschopnost zodpovědět některé otázky”*

Bezesporu se zdravotně sociální pracovník setkává s jednostrannou komunikací také ze strany pacienta. Jedná se především o chvíle, kdy se chce pacient vypovídat, vzpomíná, často se svěří s nějakým problémem. Tyto chvíle, kdy se pacient sám rozpovídá, jsou obvykle pro zdravotně sociálního pracovníka velmi cenné. Mohou napomoci k získání jak důležitých informací, tak důvěry, bez které se mnohé složité situace hůře řeší.

### 3.3 Komunikace soukromá vs. veřejná

Ve zdravotnických zařízeních je jednou z nejdůležitějších zásad zajištění diskrétnosti. Každý ze zdravotně sociálních pracovníků se při nástupu do zaměstnání písemně zavazuje k dodržení mlčenlivosti o pacientovi a jeho záležitostech. Zdravotně sociální pracovník se při sběru anamnestických údajů i v průběhu další sociální péče dozvídá mnoho citlivých informací. Vzhledem ke své sociální situaci je pacient v průběhu sociálního řízení často nucen otevírat témata, o kterých až doposud mlčel. Např. o zadluženosti nevědí ani jeho děti nebo životní partner, a za tuto situaci se navíc stydí. Proto je třeba zajistit pro tyto rozhovory soukromí.

Zde se objevuje problém - pacienti jsou umístěni ve dvou až třílůžkových pokojích, a někteří, obzvláště senioři, hůře slyší. Chodícího pacienta je možno odvést do jídelny (kanceláře zdravotně sociálních pracovníků jsou umístěny tam, kam nemocní pacienti nemají přístup, tedy za nimi docházejí na jejich oddělení), avšak v LDN není nouze o pacienty, kteří chodit nemohou. Rozhovory - i na ta nejcitlivější témata - proto často probíhají před dalšími pacienty, čímž je jednoznačně porušováno právo pacienta na ochranu citlivých údajů. Senioři bývají navíc velmi bezprostřední a některým nečiní žádný problém do těchto rozhovorů vstupovat a dávat zdravotně sociálním pracovníkům rady, jak mají vyřešit situaci seniora, se kterým probíhá rozhovor.

Doprovodným rizikem výše zmíněného problému je to, že pacient některé důležité údaje za těchto okolností prostě nesdělí. Při následné péči, např. v domově pro seniory, to může znamenat velmi nepříjemné komplikace. V případě dluhů a následné exekuce může nastat situace, kdy zůstává seniorovi pouze částka určená na pobyt a stravu, což senioři vnímají úkorně. Požadují navýšení finančních prostředků a ze situace viní personál domova, který následně vytýká zdravotně sociálním pracovníkům nemocnice, že tuto informaci nepředali. Většina LDN ovšem není placená zdravotní služba, takže se zde případné dluhy a exekuce nemusí vůbec projevit.

Je samozřejmé, že citlivými, obtížně sdělovanými tématy nejsou pouze finanční problémy. Pro seniory je mnohdy velmi obtížné hovořit o problematických vztazích s ostatními rodinnými příslušníky, dědických náležitostech, závislostech apod.

Řešením by samozřejmě bylo zřízení prostorné samostatné místnosti na každém oddělení, kam by se vešlo i mobilní lůžko, případně i s možností využití výpočetní techniky k pořízení záznamu ze sociálního šetření či možnosti připojení k internetu. Jedna z dílčích otázek výzkumné části práce se tohoto tématu týká.

O veřejné komunikaci mluvíme především, jedná-li se o komunikaci mediální. „*Nepřímá a masová komunikace předpokládá technické rozšiřování, sdělovací prostředky (médiá)*”. (Kohoutek, 1998, s. 22). Kohoutek mezi hlavní média řadí převážně tisk, rozhlas, televizi. Vzhledem k roku vydání publikace je nutno dodat, že v současné době mezi významná média patří především internet.

Následující popis události demonstruje složitost komunikace jak soukromé tak veřejné, a zneužití médií ze strany jednoho z aktérů:

Do nemocnice Motol byla přivezena seniorka ve věku 87 let ve velmi zuboženém a zanedbaném stavu, podvyživená (váha cca 35 kg). Současně přijel syn (věk 58), který byl zjevně pod vlivem alkoholu, fyzicky napadl pracovníka nemocnice a i nadále se choval agresivně. Dožadoval se přijetí matky v LDN, její kritický stav si vyžádal hospitalizaci na akutním lůžku (lůžko na kratší dobu s nutností zajištění stabilizace zdravotního stavu pacienta). Za dva dny nato zdravotně sociální pracovníci nemocnice kontaktovala sociální pracovnice sociálního odboru z místa bydliště pacientky.

Popisuje situaci pacientky, sděluje, že bydlí společně se synem. V bytě je velký nepořádek a zápach. Dle sociální pracovnice syn péči o maminku nezvládá, mají u něho podezření na abusus alkoholu. Také sděluje, že by chtěla zahájit řízení o omezení svéprávnosti pacientky z výše zmíněných důvodů a žádá o spolupráci jak sociálního oddělení, tak zdravotního personálu.

Pacientka je bohužel ve stavu, kdy s ní není možné komunikovat, a informace sociální pracovnice soc. odboru tudíž nelze u ní ověřit. Zároveň je třeba zajistit následnou pobytovou službu a do budoucna i trvalé umístění mimo bydliště, nejlépe v domově pro seniory.

Syn byl při návštěvách matky opakovaně slovně agresivní a svým chováním narušoval chod pracoviště. Obviňoval personál ze špatně poskytované zdravotní péče, a později dokonce inicioval návštěvu nemocnice ze strany jisté televizní společnosti, která zde natočila reportáž v jím pojatém duchu, tedy že nemocnice špatně poskytuje péči, a tuto reportáž také odvysílala.

Ačkoli nemocnice nic nezanedbala a paní přijela v zuboženém stavu z domova, reportáž vyzněla jednoznačně v neprospěch nemocnice, která se ani nemohla bránit proti poškozování svého dobrého jména. V tomto jednoznačně spatřuji úskalí mediální komunikace, která opravdu nemusí být vždy objektivní. Pak je nasnadě důvodně se domnívat, že média baží pouze po negativně laděných kauzách. Umím si však představit

situaci, že si média dají práci, a při ověření fatálně špatné péče ze strany syna naopak ocení profesionální péči nemocnice a de facto záchranu života pacientky.

Za ideálních okolností by se mediální komunikace mohla využít k seznámení s chodem LDN či akutních lůžek, ale i s problematikou sociální práce na těchto odděleních. Tato oblast však doposud stojí stranou zájmu dokumentaristů. I současná "reality show" s názvem Nemocnice Motol, vysílaná na TV Prima, dokumentuje především "akční" situace záchrany života pacientů.

### 3.4 Komunikace verbální a neverbální

Zdravotně sociální pracovník se při své práci setkává s oběma typy komunikace a sám je také používá. Kvalitní kultura mluveného projevu je v práci zdravotně sociálního pracovníka naprosto nezastupitelná. „*Rétorika je nenahraditelnou oporou i těm, pro něž je pravidelná komunikace součástí jejich profese a za výsledek komunikační situace nesou zodpovědnost.*“ (Špačková, 2011, s. 10)

Pro efektivní komunikaci se seniory je třeba respektovat určité zásady, respektive vědět, čeho se vyvarovat ve verbální komunikaci s nimi:

- a) Problematické je užití tzv. kulturního slovního vyjádření - např. "myš" pro seniora představuje hlodavce, nikoli komponent k počítači.
- b) Užívat zásadně spisovné vyjadřování proti nespisovnému. Věta: "*Dneska jste měla dobrou vobedu, paní Růžičková, že jo?*" může pro pacientku znamenat projev neúcty či vlezlosti. Naopak rozhovor můžeme uvést vhodnějším vyjádřením: „*Jak vám dnes chutnal oběd, paní Růžičková?*“
- c) Není vhodné používat slova výplňková. Jedná se např. o ukazovací zájmena (např. "ten, toho"), která máme tendenci nadužívat pro důrazné sdělení. Dle Schneiderové (<http://nase-rec.ujc.cas.cz/archiv.php?art=7107>) jde však o náhražková slova, která mají překlenout určitou mezeru vzniklou neznalostí, nejistotou, hledáním vhodného, přesného výrazu. Příklad: "*Paní Mrázová, popište mi ten váš příběh.*" Klientka může vnímat tuto formulaci právě kvůli ukazovacímu zájmenu jako zlehčování její situace.
- d) Celkově nesolidním dojmem působí i nadužívání ukazovacích zájmen. "Paní Mrázová, popište mi ten váš příběh s těmi vašimi vnoučaty, jak se musely stěhovat do toho jiného města s rodiči." Na seniory může věta „prošpikovaná“ ukazovacími zájmeny působit matoucím dojmem.



e) Pacienta zásadně oslovujeme 5. pádem. Př.: *"Dobrý den, pane Nováku, mohu s Vámi mluvit?"* Nikoli - *"Dobrý den, pane Novák, mohu s Vámi mluvit?"*

Neverbální (mimoslovní) komunikace doplňuje komunikaci verbální. „Patří k ní všechny projevy, které jsou vysílány, aniž bychom jako komunikující subjekt promluvili.“ (Pokorná, 2010, s. 28). Význam neverbální komunikace v práci se seniory je právě tak zásadní jako komunikace slovem. Za léta praxe v komunikaci se seniory mám zkušenost, že za určitých okolností je zcela na místě pohazení ruky či paže, úsměv, vlídný či chápavý tón.

Lze říci, že v následujících situacích je neverbální komunikace dokonce více vhodná či příležitější:

1. někteří pacienti vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou komunikovat verbálně
2. u pacientů, kteří potřebují spíše vyslechnout a cítit pochopení, se neverbální komunikace často osvědčuje více než verbální
3. senioři postižení demencí
4. umírající senioři (pacienti)

Ve všech těchto situacích pacient nemůže nebo nechce komunikovat a přesto je pro něj důležité, že má nablízku nějakého člověka. Toto reflektuje i odborná literatura, např. Opatrný (Opatrný, 2001, s. 18) doporučuje následující: *„S nemocným je třeba především být a mít účast na jeho situaci, brát ho vážně. Je to nezbytné a mnohdy to stačí.“* Seniora právě v těchto chvílích lze doprovázet vhodnou neverbální komunikací, např. zvolit vhodnou vzdálenost, postoj těla, přiměřenou mimiku apod.

Chce-li zdravotně sociální pracovník rozvíjet svou dovednost neverbálně komunikovat, pak dodržuje hlavní zásady:

1. U sebe i komunikačního partnera sleduje, zda jsou verbální a neverbální sdělení v rovnováze, pokud ano, působí věrohodně.
2. Aby se přesněji zorientoval v komunikační situaci, soustředěně pozoruje minimálně tři ze šesti oblastí neverbální komunikace – jeho odhad se přiblíží skutečnosti.
3. Aby navodil vstřícnou atmosféru jednání, vědomě „zrcadlí“ svého komunikačního partnera – výjimkou jsou agresivně naladěni jedinci.

Dřív, než budou uvedena jednotlivá specifika komunikace v LDN, je dobré vyjít z citace Desatera komunikace se seniory a Desatera komunikace s pacienty se syndromem demence, tak jak je uvádí Kalvach a Onderková (Kalvach a Onderková, 2006, s. 42 - 43):

**„Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty se zdravotním postižením):**

1. *Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“, jsou ponižující.*
2. *Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou ani obsahem).*
3. *Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).*
4. *Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí i stabilitou.*
5. *Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme a raději ještě napíšeme na list papíru.*
6. *Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.*
7. *K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.*
8. *Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.*
9. *Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a přehledným značením.*
10. *Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci”.*

Většina bodů je uplatnitelná také pro zdravotně sociálního pracovníka.

**„Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence:**

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, popř. pro zklidnění, používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek, a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme, a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila) nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem. Oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.”

S jistotou lze říci, že vyjma bodů, týkajících se ošetrovatelské péče, se všechny uplatňují při komunikaci zdravotně sociálního pracovníka s pacientem v LDN. Narážíme zde však na mnohá úskalí, která nedovolují dostát všem teoretickým zásadám. V následující kapitole se hodlám věnovat problematice specifických situací, týkajících se komunikace se seniory v podmínkách LDN. Vedle teoretických poznatků z odborné

literatury je mým záměrem využít i svých odborných zkušeností, získaných na pozici jak zdravotně sociálního pracovníka, tak i vedoucí sociálního oddělení ve FN Motol.

## 4. Komunikace se seniory v LDN

Komunikace je pro zdravotně sociálního pracovníka zcela zásadním instrumentem v interakci se seniorem a při řešení jeho sociální situace. Pro nástin důležitosti komunikace jsou uvedeny jednotlivé etapy sociální práce v LDN:

- a) získání zdravotní a sociální anamnézy (rodinné zázemí, bytová a finanční situace)
- b) stanovení sociální diagnózy, neboli problémů pacienta v oblasti integrace, a to v pořadí naléhavosti řešení. Sociální diagnóza se stanovuje vždy v souvislosti s řešením následné péče. Např. jde o seniora - osobu bez přístřeší po amputaci končetiny, který je bez dokladu totožnosti a nemá požádáno o starobní, resp. invalidní důchod.
- c) plán sociálních opatření

V případě výše zmíněné konkrétní sociální diagnózy je třeba jednotlivá sociální opatření naplánovat tak, aby mohlo nastat propuštění pacienta, v tomto případě osobu bez přístřeší s amputovanou končetinou, z LDN. Nejdříve je nutno zahájit vyřízení dokladu totožnosti, dále zprostředkovat žádost o starobní (invalidní) důchod a až poté, kdy je jasné, jakými financemi pacient disponuje, je možno žádat o sociální službu.

- d) realizace sociálních opatření
- e) ukončení intervencí po vyřešení sociální situace
- f) průběžné písemné zaznamenávání celého procesu včetně anamnézy a sociální diagnózy

V průběhu všech těchto kroků potřebuje zdravotně sociální pracovník komunikovat nejen s pacientem a jeho rodinou, ale také s ostatními členy multidisciplinárního týmu (lékař, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, psycholog atd.), se všemi příslušnými organizacemi a dalšími subjekty.

### 4.1 Specifika komunikace při poskytování sociální péče v LDN

*"Sociální práce je aktivita zaměřená na zlepšení, obnovení sociálního fungování klienta a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl."* (Payne, 2006 in projekt Vysoké školy evropských a regionálních studií o.p.s., Centrum celoživotního vzdělávání).

*"Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci pacientovi/klientovi , jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci." (Kuzníková, 2011, s. 18)*

Sociální práce se tedy v podmínkách nemocnice odvíjí především od zdravotního stavu pacienta, který je zde prioritní. Jakmile se totiž zdravotní stav hospitalizovanéholepší či je stabilizován natolik, že důvody k hospitalizaci pominuly, mělo by být zdravotní lůžko uvolněno pro další pacienty. Tento přístup pobytových zdravotnických zařízení vychází z oficiálního stanoviska zdravotních pojišťoven, které zejména v LDN provádějí kontroly, při kterých sledují, jestli je pobyt seniora v tomto zařízení ještě nutný. Zdravotně sociální pracovník je s tímto faktem seznámen.

Pokud však v této době ještě není vyřešena sociální situace pacienta, dostává se zdravotně sociální pracovník pod tlak lékařů, resp. zdravotních pojišťoven, které péči hradí. Z hlediska efektivity sociální práce je totiž často nezbytné ponechat pacienta na lůžku až do doby vyřešení jeho sociální situace. Např. osoby, které si doposud nepožádaly o důchod a jejich sociální situaci lze řešit pobytem v domově pro seniory. Zde je ovšem uznání žádosti vázáno na příjem dávek důchodového pojištění. Vyřízení tohoto typu dávek však trvá několik měsíců.

Z výše uvedeného vyplývá, že se jedná o situace, které kladou na zdravotně sociálního pracovníka zvýšené nároky. Jedná se nejen o komunikaci s pacientem a dalšími subjekty, podílejícími se na zlepšení jeho sociální situace, ale také s pracovníky nemocnice, zejména lékaři, kteří jsou k propuštění pacienta kompetentní.

## **4.2 Komunikace s pacientem a jeho rodinou**

Komunikace s pacientem se nedá oddělit od komunikace s jeho rodinou. Zejména v případě seniorů, kterým síly ubývají nejen na základě nevyhovujícího zdravotního stavu, se důvodně očekává pomoc rodiny.

Zdravotně sociální pracovník poskytuje informace a poradenství seniorovi a jeho rodinným příslušníkům v následujících oblastech:

- Nárok na sociální dávky. Jedná se nejčastěji o příspěvek na péči, dávky pro osoby zdravotně postižené a dále pak dávky ze státní sociální podpory, zejména příspěvek na bydlení. Seniorům, kteří jsou na hranici chudoby, poskytuje informace o dávkách hmotné nouze, případně pomoc s jejich vyřízením.

- Terénní sociální (pečovatelské a asistenční služby) a zdravotní služby (např. domácí zdravotní péče)
- Pobytové služby poskytující sociální služby
- Limitování pobytu v LDN

Zatímco informace o sociálních dávkách pacient a jeho rodina vnímají vesměs pozitivně a jsou za ně vděční, k informacím o nutnosti vyřízení jiného pobytového zařízení nebo nutnosti ukončit hospitalizaci v LDN, kde je průměrná doba pobytu tři měsíce, se stavějí většinou negativně. Senior se mnohdy spoléhá na to, že půjde domů a odmítá si připustit, že již doma není schopen fungovat. Jindy by byl návrat domů možný za předpokladu pomoci rodinných příslušníků. Často se však stává, že rodina si pacienta domů vzít nechce nebo nemůže. Problémy s tím spojené, včetně zajištění následné péče, přináší zdravotně sociálnímu pracovníkovi komunikačně náročné, emočně vypjaté situace, a to např. z následujících důvodů:

- Pacient ani rodina nemají dostatek financí na zaplacení návazné péče, ať již doma či v pobytovém zařízení.
- Senior si ještě neuvědomuje, že jej rodina přijmout domů odmítá, protože se pro její členy stává přítěží.
- Rodinní příslušníci odmítají řešit propuštění seniora z LDN; neberou telefony, nereagují na podněty a výzvy, nebo přesouvají odpovědnost na stávající zdravotnické zařízení apod. Toto přináší komunikační zátěž rovněž při kontaktu s lékaři, kteří mají vůči hospitalizaci seniora v LDN výhrady, protože chybí medicínský důvod, viz kap. Multioborová spolupráce.
- Senior byl až do hospitalizace naprosto soběstačný a v LDN musí spolu se svou rodinou přijmout současnou realitu, hlavně v oblasti trvale změněného zdravotního stavu a soběstačnosti. Tuto problematiku přibližuje následující kazuistika:

Paní MP náhle prodělala centrální mozkovou příhodu (dále CMP) s dost závažným průběhem. Její dcera je samoživitelka s dvěma malými dětmi, takže naopak paní MP pomáhala dceři s péčí o děti. Přestože paní MP nebyla schopná chůze a díky ochrnutí jedné poloviny těla byla soběstačná na lůžku pouze částečně a potřebovala pomoc se stravou a hygienou (m. j. z důvodu inkontinence), skončil důvod setrvávat na zdravotním lůžku v LDN (možnosti léčby a rehabilitace byly vyčerpány). Pro paní MP se nabízela dvě možná řešení:

1. Propuštění domů, ale s nutností zajistit 24hodinovou péči, kterou nebylo možno zajistit finančně.

2. Zažádat pro paní MP domov pro seniory jako náhradní řešení. To by znamenalo pro paní MP i dceru velmi závažný krok.

Paní MP chce domů, upíná se na dceru, že to nějak zajistí. Nikdy o takovémto řešení nemusela přemýšlet. Pro dceru je náročné časově zajistit i to, aby mohla maminku navštěvovat v LDN, proto si neumí představit, jak by zkoordinovala 24 hodinovou péči o maminku. Zároveň by chtěla mamince pomoci, tak jako ona jí doposud pomáhala s dětmi. Zdravotně sociální pracovník na zvládnutí všech těchto komunikačních situací potřebuje mít dostatek času. Problematika nedostatku času bude řešena ve výzkumné části práce.

Existují rodiny, které jsou schopné a ochotné postarat se o svého nemohoucího člena v jakémkoli stupni nesoběstačnosti, a přizpůsobí tomuto faktu svůj osobní i profesní život. Je však třeba konstatovat, že většina rodin třetí a čtvrtý stupeň nesoběstačnosti již nezvládne (členové si nemohou dovolit změnu či dokonce ukončení zaměstnání, ať již z důvodu hypotéky nebo snížené možnosti nalézt si vhodnější práci) a jsou nuceny otevírat téma přechodu seniora do pobytového zařízení sociálních služeb.

### **4.3 Komunikace a sdělování informací osamělému pacientovi**

V podstatě tytéž okruhy sdělování informací jako v předchozí kapitole probíhají v případě komunikace s osamělým seniorem. Téměř každý osamělý senior v LDN potřebuje intervenci zdravotně sociálního pracovníka, zvláště v případě, pokud jeho onemocnění přineslo změnu v podobě snížení soběstačnosti.

V případě, že je osamělý senior propuštěný domů, je nutno mu většinou nabídnout terénní sociální a zdravotní služby. Co se týká terénních sociálních služeb, jedná se především o pečovatelskou službu a osobní asistenci dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pečovatelská služba nabízí tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Osobní asistence je v mnoha úkonech totožná služba, byť určité rozdíly tu jsou. "*...osobní asistence více podporuje zbylé schopnosti jednotlivce.*" (Tomancová, 2008, s. 23) Zákonná úhrada za pečovatelské a asistenční služby je 130 Kč/hod. Domácí zdravotní péči může však dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách poskytovat registrovaná



zdravotní sestra, a výkony u seniora jsou taxativně dané. Jde vždy o zdravotnické nebo ošetrovatelské úkony (aplikace injekcí, převazy, dohled nad užíváním léků).

Již zde může nastat problém. Senior, který žil sám, byl zvyklý spoléhat se na sebe. Až do hospitalizace žádnou pomoc nepotřeboval. Nyní je však nucen využívat nabídky terénních služeb, což mimo jiné znamená vpouštět cizí osoby do svého soukromí. Pokud využívá např. jak pečovatelskou službu, tak domácí zdravotní péči, přichází do jeho domácnosti i několik pracovníků služeb, protože v praxi je obvyklé, že se pracovníci, i v rámci jedné služby, u seniora střídají. Tento problém by mohl vyřešit zákon o dlouhodobé péči. Válková a Holmerová uvádějí, že by zákon měl přinést lepší propojení zdravotní a sociální péče (Válková a Holmerová, Sociální práce, sociální práce, 3/2011).

Z hlediska seniorů by bylo ideální, kdyby oba druhy služeb poskytovala jediná osoba. Z hlediska praxe je však nutno poukázat na fakt, že se jedná o dvě (zdravotní a sociální) odbornosti. Sociální péči poskytuje pečovatelka, což je pracovníce v sociálních službách, zatímco zdravotní péči smí poskytovat pouze registrovaná zdravotní sestra, která má dle současné legislativy alespoň vyšší odborné vzdělání. Nelze očekávat, že pracovníci v sociálních službách si takové vzdělání mohou snadno doplnit.

Problematika úhrady sociálních služeb u osamělého pacienta:

Vzhledem k absenci rodiny je osamělý nesoběstačný senior nucen hradit si sám veškeré sociální služby, k čemuž využívá příspěvek na péči. Na rozdíl od seniora s rodinou je však nucen hradit si veškerou péči, a to i 24 hodin denně. Pokud jedna hodina pečovatelské a asistenční služby stojí 130 Kč., a maximální výše příspěvku na péči činí 13.200,- Kč., je zřejmé, že průměrný senior si čtyřadvacetihodinovou péči není schopen zaplatit. Toto je jeden z hlavních důvodů, proč je osamělý senior nucen využít pobytových služeb, kde je mu potřebná péče také zajištěna.

S touto situací jsou nuceni konfrontovat se právě v prostředí LDN. Vyrovnat se s touto změnou a akceptovat ji je pro osamělé seniory velmi problematické a pro zdravotně sociální pracovníky tak nastává velmi obtížná komunikační situace.

Následující krátký příběh ilustruje výše uvedené obtíže:

V LDN byla hospitalizována zcela osamělá žena ve věku 85 let po předchozí hospitalizaci na interní klinice. Byla zcela orientována v čase i prostoru, avšak upoutaná na lůžko po náhlé nemoci a 24 hodin denně odkázána na pomoc jiné osoby. Do hospitalizace byla zcela soběstačná avšak osamělá, nevyhledávala ani společnost sousedů.

Vzhledem k prognóze zdravotního stavu bylo nutno s pacientkou hovořit o nutnosti podat žádost o umístění do domova pro seniory, protože k hospitalizaci v LDN již nebyl

žádný důvod. Přes veškerou snahu zdravotně sociálního pracovníka se nepodařilo souhlas pacientky získat. Ta se naopak stávala stále více verbálně agresivní a negativistická. Ačkoli paní byla zcela nepohyblivá, přesvědčovala personál, a zřejmě i sebe samotnou, že je schopna doma vše zvládnout.

Po konzultacích se sociálními pracovníky v místě bydliště pacientky a lékařem věc vyústila v podání podnětu k úpravě způsobilosti k právním úkonům, který podala nemocnice. Ustanovený opatrovník by byl kompetentní rozhodnout o umístění v domově pro seniory. Před rozhodnutím soudu však pacientka zemřela.

Z uvedeného případu vyplývá obtížnost situace zdravotně sociálního pracovníka. Ten musí zohlednit blaho pacienta, jeho přání rozhodovat o sobě sám ačkoli na svou situaci nemá adekvátní náhled, vyrovnat se s nepříjemným chováním pacienta a obviňováním z ubližování a zároveň je pod tlakem nemocnice, aby co nejrychleji uvolnil v LDN lůžko pro dalšího pacienta. V neposlední řadě je problémem také generační rozdíl, kdy pro zdravotně sociálního pracovníka je problém vystupovat vůči seniorům v roli autority, a pro seniory je mnohdy zásadní problém vnímat mladé zaměstnance nemocnice jako autoritu.

Celkově je u osamělého pacienta mnohdy patrná nedůvěra až podezřívavost. Často neochota si přiznat, že potřebuje pomoci. Obvykle zdravotně sociální pracovník potřebuje uskutečnit několik návštěv u lůžka seniora, než se jej podaří vyladit k ochotě komunikovat na téma další péče o svou osobu.

U některých pacientů lze říci, že jednotlivé fáze, které prožívají u takto výše zmíněných náročných témat, odpovídají pěti stádiím smutku, tak jak je popsala Kübler-Rossová. *"Elizabeth Kübler-Rossová vyvinula model vyrovnávání se se smrtí, poprvé publikovaný v knize O smrti a umírání v roce 1969. Původně byl určený personálu nemocnic a blízkým osobám umírajících, později platnost těchto fází rozšířila i na obecné ztráty (zaměstnání, svobody, vztahu)".* (<https://psychologie.cz/kdyz-konecne-preboli/>). Jedná se o popírání, hněv, smlouvání, depresi a smíření. Nesoběstačný osamělý senior může popírat, že již nebude moci svoji situaci zvládat tak, jako tomu bylo před hospitalizací. Poté, kdy si začne více uvědomovat svoji realitu, prožívá hněv a vztek. Zatímco stadium smlouvání nebývá vždy patrné, fáze deprese je častá ale může být zásadní pro konečné smíření se situací.

#### **4.4 Mezioborová komunikace v rámci LDN**

Bez dobré komunikace s multidisciplinárním týmem není možné vyřešit situaci hospitalizovaného pacienta v LDN. Členy multidisciplinárního týmu jsou vedle zdravotně

sociálního pracovníka lékař, střední zdravotnický personál (sestry), rehabilitační pracovník, pracovník spirituální péče, psycholog, nutriční terapeut, ergoterapeut.

Hlavním partnerem pro komunikaci je pro zdravotně sociálního pracovníka lékař. S ním zdravotně sociální pracovník průběžně konzultuje zdravotní stav pacienta, spolupráci rodiny, a v neposlední řadě úroveň schopnosti pacienta komunikovat. Od lékaře potřebuje zdravotně sociální pracovník řadu potvrzení o zdravotním stavu (pro přiznání pojistných i nepojistných sociálních dávek, atd.) a dále písemnou zprávu o zdravotním stavu a soběstačnosti v případě, že senior žádá o jakoukoli pobytovou sociální službu.

Komunikační úskalí v kontaktu s lékařem mohou nastat ve všech výše uvedených situacích. U pacientů, kteří se nemohou vrátit domů a mají nízký finanční příjem, je nutno vyplnit více žádostí do domovů pro seniory. Důvod je zřejmý. Tito senioři si žádají o domov pro seniory zřízený obcí nebo krajem, protože cena za pobyt v těchto zařízeních je mnohem nižší než v soukromých pobytových zařízeních. Vzhledem k ceně jsou zde dlouhé čekací lhůty, a proto zdravotně sociální pracovník doporučuje podávat zpravidla více žádostí, aby se co nejvíce zkrátila doba čekání na příslušné zařízení. Účelem je opět nutnost uvolnit lůžko pro dalšího potřebného pacienta. Lékaři ovšem mají často výhrady vůči tomu, aby vyplňovali více formulářů, z jejich pohledu se jedná o nadbytečné úkony.

Mnoho konzultací a vyjasňování si vyžaduje situace, kdy ze zdravotního hlediska je již možné propuštění, sociální situace však není dořešená, což opět přináší komunikačně náročné situace mezi zdravotně sociálním pracovníkem a lékařem:

- senior nemá finanční prostředky na úhradu sociální služby nebo je ještě nemá vyřízené. Čeká na přiznání starobního nebo invalidního důchodu. Toto je častý jev u osob bez přístřeší v seniorském věku.

- senior odmítá jakoukoli sociální službu, ale bez její pomoci se neobejde
- pobytová sociální služba stanoví termín přijetí, senior ale odmítá nastoupit
- ke kvalitě komunikace s lékařem nepřidá, když zdravotní pojišťovna dá LDN na vědomí termín ukončení platby za zdravotní pobyt seniora

Všechny tyto situace vyžadují průběžnou komunikaci mezi zdravotně sociálním pracovníkem a lékařem. Pokud se tak nestane, zdravotně sociální pracovník se může dostat do situace, kdy je podezříván z nečinnosti. Zapisuje sice do chorobopisu, co v dané věci vykonal, některé situace si ale vyžádají tolik administrativy a telefonátů, že není možné všechny je zaznamenat. Při zápisech nelze zabíhat do takovýchto podrobností.

Mezi zdravotně sociálním pracovníkem a lékařem je zapotřebí vzájemný respekt a partnerství. Zde se nejlépe osvědčuje asertivní přístup. *"Charakteristickým znakem*

*asertivního přístupu v jednání je naprosto převládající racionalita, která emoční vzrušení eliminuje. Takovému jednání se říká "dospělý s dospělým" - využijete práva sdělit svůj názor, ale zároveň počítáte s tím, že totéž udělá i váš partner a že se sdělení vás dvou mohou dostat do rozporu." (Špačková, 2011, s. 99)*

#### **4.5 Komunikace s třetími subjekty**

Asertivita je nutná i v komunikaci se třetími subjekty. Zdravotně sociální pracovník vstupuje v zájmu pacienta do komunikace s mnoha organizacemi, např. státní správa (např. Česká správa sociálního zabezpečení), státní správa s přenesenou působností - sociální odbory na obcích, úřady práce. Dále to jsou agentury domácí zdravotní péče, pečovatelské a asistenční služby, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, hospice atd.

Bez spolupráce s těmito organizacemi by se mnohdy nepodařilo situaci seniora vyřešit. Mnohé z nich totiž přebírají péči o seniora, pokud rodina chybí nebo nefunguje. Komunikace s nimi probíhá písemně, většinou se ale jedná o komunikaci telefonickou. Špačková (Špačková, 2011, s. 169) popisuje několik výhod, které přináší telefonická komunikace: ušetří nám čas, zkrátí vzdálenosti, sníží finanční náklady atd. Zdravotně sociální pracovník v LDN ocení hlavně úsporu času.

Na druhou stranu se ale může při telefonickém kontaktu setkat s mnoha obtížemi:

- do příslušné organizace se nelze dovolat
- organizace neposkytne žádné informace o pacientovi a vyžaduje pouze písemnou komunikaci, anebo je pro organizaci zdravotně sociální pracovník třetí osoba, a z toho důvodu neposkytne telefonické ani písemné informace
- komunikující může kdykoli ukončit rozhovor

Z výše uvedeného vyplývá, že zprostředkování další péče o seniora je výsledkem intenzivní komunikace jak se seniorem samým, jeho rodinou, lékařem (případně dalším členem multidisciplinárního týmu) a organizacemi mimo LDN. Zdravotně sociální pracovník zde funguje jako spojovník mezi všemi těmito subjekty, a proto je zvládnutí komunikačních dovedností z jeho strany nezbytné. To mimo jiné souvisí i nastavením profesní hranice.

#### **4.6 Problematika profesní hranice zdravotně sociálních pracovníků**

Všechna výše zmíněná témata souvisí s nastavením vlastní hranice.

Zdravotně sociální pracovník ve specifických případech agendu vyřizuje sám, pokud je senior osamělý nebo jeho příbuzný má sám zdravotní obtíže nebo rodina vůbec nespolupracuje. V ostatních případech mají zdravotně sociální pracovníci provázet rodinu poradentvím. Mnohdy se to nedaří a zdravotně sociální pracovník, kvůli nutnosti věc rychle řešit, podléhá tlaku ze strany rodiny a veškeré podklady zajišťuje sám. Příbuzní často verbalizují názor, že vyřízení všech formalit je povinností zdravotně sociálních pracovníků. Výzkumná otázka č. 4 je zaměřena na zjištění, kolika procentům pacientů (např. díky funkční rodině) by stačilo pouhé poradenství. Výzkumná otázka č. 10 se zaměřuje na zjištění, jestli je pro zdravotně sociálního pracovníka důležité získat více času na samotnou komunikaci s pacientem.

Jistou hranici by si měl zdravotně sociální pracovník držet i v případech, kdy je svědkem odkrývání určitých rodinných tabu, nevyříkaných problémů, které se projeví až v podmínkách LDN. Zdravotně sociálnímu pracovníkovi pacienti i rodinní příslušníci často sdělují spoustu informací, ovšem za účelem házet špinu na toho druhého, či si vyrovnat účty. Zdravotně sociální pracovník by měl být mediátorem jen v případě, že tyto diskuse vedou k vyřešení další péče o seniora, protože v zájmu této péče koná. Nemůže řešit celkové vztahy nebo majetkové poměry v rodině, ačkoli je do této role často manipulován.

## 5. Doporučení pro komunikaci se seniorem

Z předchozího textu vyplývá, že pro zdravotně sociálního pracovníka je komunikace zásadní nástroj pro vyřešení situace pacienta. Toho jsou si samozřejmě vědomi i autoři odborné literatury, kteří poskytují alespoň rámcová vodítka. Ovšem pro potřeby zdravotně sociálních pracovníků v LDN, kteří řeší specifické problémy seniorů, není doposud konkrétní publikace k dispozici. Zdravotně sociální pracovníci jsou proto odkázáni na publikace, ze kterých mohou čerpat pouze odvozeně, popř. si vytvářejí tzv. případy dobré praxe. Např. Pokorná (Pokorná 2010, s. 112) nabízí pro komunikaci se seniory následující doporučení:

"...

- *Využívejte technik aktivního naslouchání.*
- *Sledujte projevy neverbální komunikace a nezdáhejte se je komentovat pro ověření aktuálního psychického stavu nemocného.*
- *Akceptujte princip zpomalení (nedělejte prudké pohyby, zpomalte komunikaci, snažte se o klidné chování a pozitivní výraz).*
- *Máte-li pocit, že nemocný nepochopil obsah slov, použijte jiné pojmy, neopakujte stejná slova.*
- *Nabídněte psané orientační body pro oporu zvukové informace v průběhu hovoru (poruchy sluchu i demence), na závěr hovoru shrňte nejdůležitější body a opět je předejte v písemné podobě.*
- *Pečlivě rozlišujte situaci, kdy použít otevřené a kdy uzavřené otázky.*
- *Pamatujte - nemáte-li dostatek času, raději odložte rozhovor na jinou dobu, nemocnému se omluvte a dohodněte se na dalším termínu, ten však již musíte dodržet.*
- *Pracujte s informacemi z přirozeného sociálního prostředí nemocného (vzpomínky, rozhovor o domácím mazlíčkovi, o blízkých atd.)."*

K výše uvedeným doporučením považuji za vhodné z hlediska praxe sociální práce v LDN uvést následující:

- **Aktivní naslouchání.** O významu aktivního naslouchání se zmiňuji již v kap. 3.1, týkající se přímé komunikace s pacientem. Tyto techniky jsou důležitou pomůckou zdravotně sociálního pracovníka, která mu napomáhá objasnit stávající sociální situaci pacienta a zároveň jej přesvědčit o skutečném

zájmu o jeho problémy. Pro řešení složitých situací je získání důvěry pacienta nezbytné. V praktické části je ot. č. 11 zaměřena právě na zjištění, jak jsou pacienti spokojeni s úrovní komunikace zdravotně sociálních pracovníků. V praxi však není použití všech zásad aktivního naslouchání vždy efektivní. U dementních nebo špatně slyšících seniorů je problém užívat např. metodu parafráze.

- Sledování projevů neverbální komunikace. Právě při sdělování různých informací by zdravotně sociální pracovník měl adekvátně reagovat na různé emoční projevy, např. pohlazením ramene, vzetím za ruku. Samozřejmě by měl ovládat zrcadlení emocí, např. když se pacientka rozpláče, lze užit větu: "Chápu, paní Růžičková, že pro Vás tato situace není vůbec jednoduchá." Zdravotně sociální pracovník tak dává najevo emoční spoluúčast.
- Akceptace principu zpomalení. Význam principu zpomalení je jistě neoddiskutovatelný. Avšak akceptovat tento princip nutně znamená disponovat dostatkem času na komunikaci, který ale zdravotně sociální pracovníci často nemají.
- Použití jiných pojmů, nabídka psaných orientačních bodů. Obě doporučení velmi zohledňují aktuální zdravotní stav pacienta a případný smyslový hendikep. Ale v případě demence pacienta tato metoda nestačí a zdravotně sociální pracovník řeší problémovou situaci spíše s rodinnými příslušníky. Pokud příbuzní nejsou nebo nespolupracují, řešením je v krajním případě návrh ze strany zdravotnického zařízení na omezení způsobilosti k právním úkonům.
- Použití otevřených /uzavřených/ otázek. Otevřené otázky používáme spíše při zjišťování sociální anamnézy. Uzavřené spíše při vyplňování dotazníku pro přijímání do domova pro seniory. Při komunikaci s pacientem se zdravotně sociálním pracovníkům spíše osvědčuje používat otázky otevřené.
- Odložení rozhovoru na jinou dobu. Ačkoli si zdravotně sociální pracovníci uvědomují význam této komunikační metody a rádi by ji využívali, již zmiňovaný nedostatek času a široká škála jejich činností jim umožňují tuto metodu užívat pouze omezeně.
- Práce s informacemi z přirozeného prostředí pacienta. Praxe potvrzuje účinnost této doporučené metody, která mj. slouží k důležitému navození důvěry. Problémem je zde však opět nedostatek času.

Na pozici zdravotně sociálního pracovníka se pohybuji již 9 let, z toho 6 let jako vedoucí Oddělení sociálního oddělení FN Motol. S výše uvedenými zásadami mohu jen souhlasit, problematika LDN však přináší spoustu situací, které jejich používání zásadním způsobem komplikují. Komplikované jsou např. situace, kdy pacient popírá realitu nebo se o ní nechce bavit (např. se nevyrovnal s faktem, že se již nebude moci vrátit domů, zapírá dluhy atd.) nebo není mentálně schopen rozhovor zvládnout.

Složitost situace je dána také tím, že zdravotně sociální pracovníci vykonávají spoustu dalších činností a na rozhovory s pacienty potřebují soukromí i dostatek času. Na tuto problematiku se zaměřuje následující výzkumná část této práce.



## 6. Praktická část

Cílem této diplomové práce je objektivně popsat problematiku komunikace zdravotně sociálních pracovníků v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Jejich klienty jsou totiž pacienti, často osamělí, s kumulací zdravotních handicapů včetně demence. Za hlavní kritérium úspěšnosti zdravotně sociálního pracovníka je ovšem považováno co možná nejrychlejší propuštění pacientů z péče LDN. Je tedy namístě položit si otázku, jestli vůbec mají zdravotně sociální pracovníci vytvořeny podmínky ke kvalitní komunikaci? Toto je hlavním výzkumným cílem této práce.

K dosažení tohoto cíle vede zodpovězení dílčích otázek, týkajících se zejména počtu pacientů v péči zdravotně sociálního pracovníka, penzum jeho dalších činností, a samozřejmě možnosti zajistit soukromí pro rozhovory s pacienty.

Nezbytnou součástí tohoto výzkumu je samozřejmě zjištění názorů samotných pacientů. U nich jsem mapovala zejména jejich názory na potřebnost a úroveň komunikace se zdravotně sociálními pracovníky a potřebu mít zajištěno soukromí při těchto rozhovorech.

Pro hlubší seznámení s problematikou práce zdravotně sociálních pracovníků je úvod výzkumné části doplněn vybranými statistickými ukazateli z Centra následné péče - Léčebny pro dlouhodobě nemocné ve Fakultní nemocnici Motol (dále CNP - LDN FN Motol).

Obsahem výzkumné části jsou:

1. přehled vybraných činností zdravotně sociálních pracovníků v CNP - LDN FN Motol za období let 2012 až 2016, ze kterého je patrný jak počet pacientů v jejich péči, tak i okruhy jejich činnosti a kvantifikace jednotlivých úkonů.
2. Informace devíti zdravotně sociálních pracovníků z LDN v ČR, získané dotazníkovou metodou.
3. Informace dvanácti seniorů - pacientů CNP - LDN FN Motol, získané metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Vyjma kvalitativních údajů jsou zkoumaná kritéria pro přehlednost doplněna tabulkami hodnot a sloupcovými nebo výsečovými grafy.

### 6.1 Přehled o vybraných činnostech ve FN Motol

Vybrané okruhy činnosti zdravotně sociálních pracovníků v LDN Motol za roky 2012 - 2016															
roky	1. Počet pacientů v soc. péči	2. Propuštění do domácí péče	3. Zemřelí	4. Rozhovor s pacientem	5. Jednání s příbuznými-os., tel.	6. Poradenství	7. Jednání s mult. týmem	8. Zaj.terénních sl.soc.péče	9. Zaj.terénních sl.zdr.péče	10. Soc. pobytové sl.	10 a) Umístění	11. Zaj.sl.soc. prevence	11 a) Umístění	12. MPSV + MZ - os. a tel.jednání	13. MPSV + MZ - pís. zpr.žádosti
2012	1151	315	354	2118	2051	2274	2036	118	88	746	173	18	8	829	853
2013	1338	409	356	2253	2161	2048	2233	82	121	673	188	33	16	859	774
2014	1325	469	343	2040	1991	1541	1923	87	189	560	149	20	12	779	655
2015	1387	443	370	2525	2206	1485	2085	42	181	624	169	18	7	580	437
2016	1396	478	396	2113	1710	979	1712	33	151	589	130	5	6	498	397

Tabulka 1: Vybrané okruhy činností zdrav.soc.prac. v CNP - LDN FN Motol 2012-2016

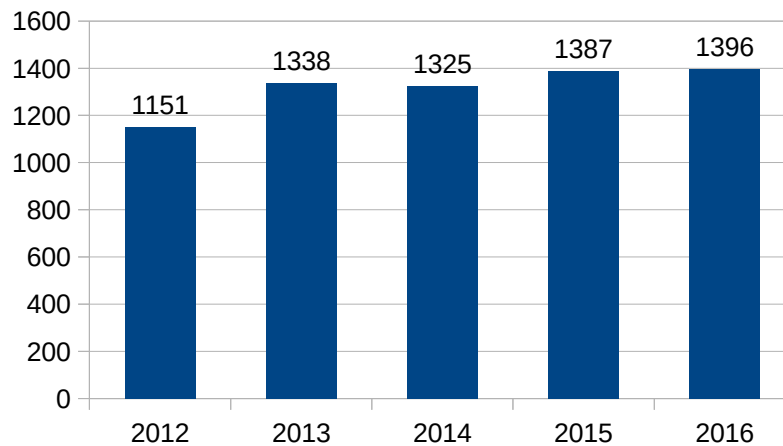
Z výše uvedených okruhů jsou dále více rozpracována data o **počtu pacientů** v sociální péči a **rozhovorů s pacientem**, protože se tematicky nejvíce vztahují k účelu této diplomové práce. Uvedených okruhů činností se týká jak komunikace ústní, tak písemná.

#### Počet pacientů:

CNP - LDN FN Motol má kapacitu 381 lůžek. Na každou ze čtyř zdravotně sociálních pracovníků tak připadá více než 95 pacientů. Následující tabulka a graf přináší podrobnější údaje o celkovém počtu pacientů za roky 2012 - 2016. Vyplývá z nich mj. že počet pacientů od roku 2012 vzrostl o 245 osob. Počet zdravotně sociálních pracovníků se však nezměnil.

počet pacientů CNP – LDN ve FN Motol v sociální péči				
2012	2013	2014	2015	2016
1151	1338	1325	1387	1396

Tabulka 2: Počet pacientů CNP - LDN Motol v sociální péči 2012-2016



*Graf 1: Počet pacientů CNP - LDN Motol v sociální péči 2012 až 2016*

### **Počet rozhovorů**

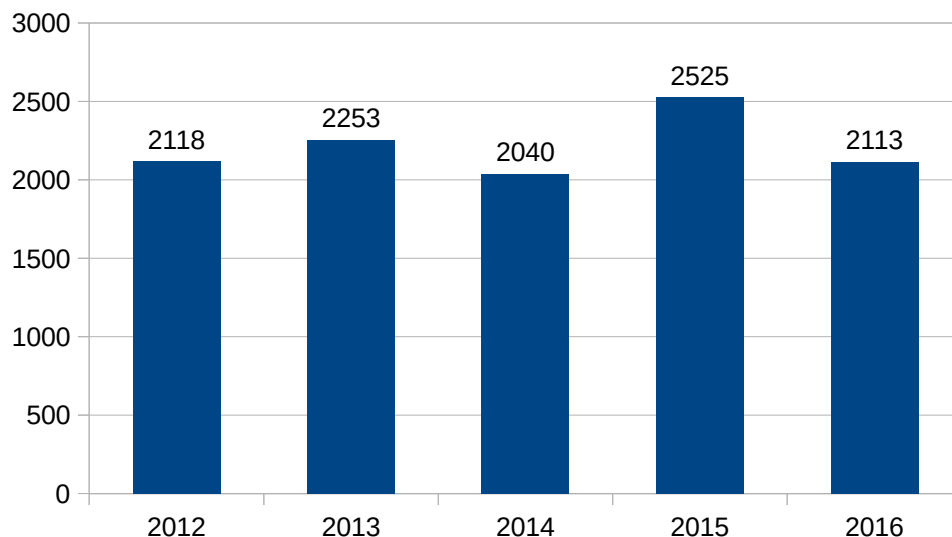
Pro seznámení se s problematikou seniorů v LDN je účelné přinést informace o počtu rozhovorů zdravotně sociálních pracovníků s pacienty.

Rok 2016 je specifický tím, že je zde nejvíce pacientů v péči za poslední čtyři roky, rozhovorů je však poskytnuto nejméně. Jedním z důvodů je, že v uvedeném roce bylo nejvíce úmrtí. V LDN totiž zdravotně sociální pracovníci vedou rozhovory především účelné, tedy takové, které vedou ke sjednání další následné péče, o které je podrobněji pojednáno v teoretické části této práce. Pacienti v terminálním stádiu nejsou z tohoto důvodu zdravotně sociálními pracovníci kontaktováni. Ve většině případů by ani nechápali význam sděleného, nebo vůbec nejsou rozhovoru schopni. U těch, kteří realitu ještě vnímají, jsou k dispozici duchovní z různých církví, případně psycholog.

Čím víc je pacientů na stejný počet lůžek, tím kratší dobu je pacient na lůžku, zdravotně sociální pracovníci proto stihne udělat omezenější počet rozhovorů.

<b>počet rozhovorů</b>	
<b>roky</b>	<b>rozhovory</b>
2012	2118
2013	2253
2014	2040
2015	2525
2016	2113

*Tabulka 3: Počet rozhovorů s pacienty*



Graf 2: Počet rozhovorů s pacienty CNP - LDN Motol v letech 2012 - 2016

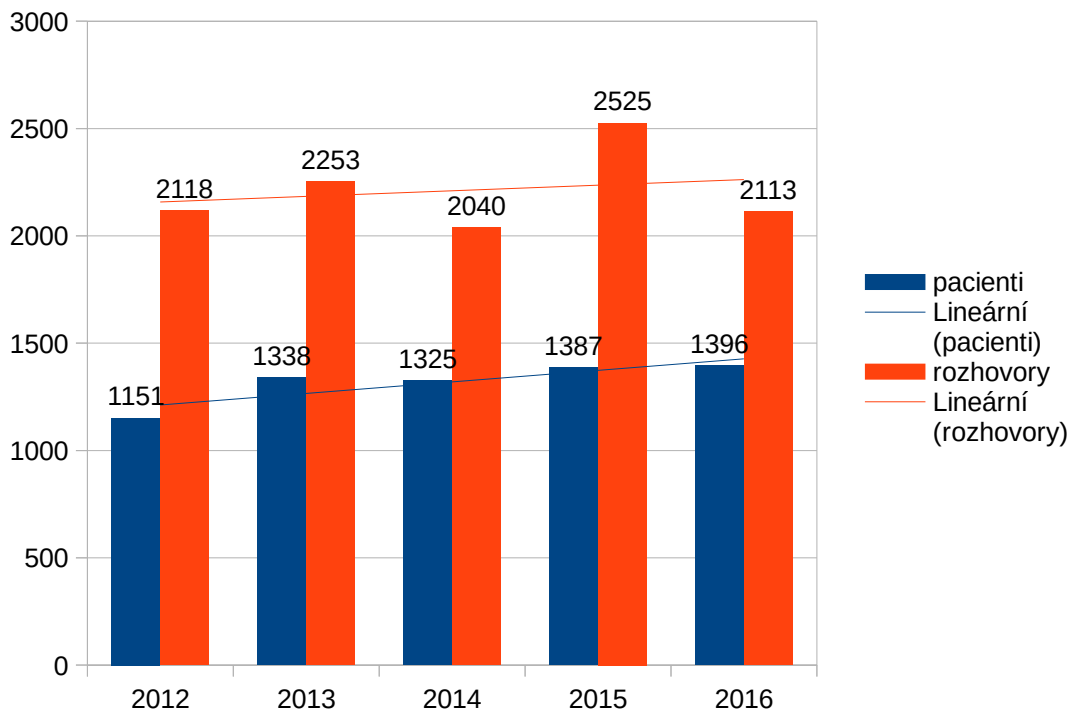
### Srovnání počtu pacientů a uskutečněných rozhovorů

Z porovnání celkového počtu pacientů a rozhovorů (viz následující tabulka a graf) je patrné, že na 100 pacientů v r. 2016 připadalo 151 rozhovorů. Pro srovnání je vhodné uvést, že na ostatních odděleních ve FN Motol se jedná o méně než 100 rozhovorů na 100 pacientů. Důvod je dán specifickou klientelou a delší dobou hospitalizace v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Z grafu 3 je patrný mírný, avšak několikaletý vzestup jak počtu pacientů v LDN, tak i uskutečněných rozhovorů.

Srovnání počtu pacientů a rozhovorů v CNP – LDN FN Motol					
roky	2012	2013	2014	2015	2016
pacienti	1151	1338	1325	1387	1396
rozhovory	2118	2253	2040	2525	2113
počet hovorů na 100 pac.	184	168	154	182	151

Tabulka 4: Srovnání počtu pacientů a rozhovorů v CNP - LDN FN Motol v letech 2012 - 2016



Graf 3: Srovnání počtu pacientů a rozhovorů v LDN v letech 2012 - 2016

### 6.1.1 Shrnutí statistických ukazatelů CNP - LDN FN Motol

Výše uvedené ukazatele potvrzují praxi, že čím větší počet pacientů má zdravotně sociální pracovník v péči, tím menší počet rozhovorů může jednotlivým pacientům věnovat. Toto však není jediné kritérium. Počet rozhovorů se zásadním způsobem odvíjí od rodinného stavu pacienta; je-li u něho přítomna rodina, počet rozhovorů stoupá. Více k této problematice v následující kapitole, konkrétně u rozboru odpovědí na otázky č. 7 a 8.

Z tabulky č. 4 vyplývá, že průměrný počet rozhovorů zdravotně sociálních pracovníků na CNP - LDN v přepočtu na 100 pacientů výrazně převyšuje počet rozhovorů na jiných klinikách. Již tento údaj je důkazem, že důležitost komunikace je právě v prostředí LDN velmi významná. Např. v roce 2016 měly čtyři zdravotně sociální pracovníce ve své péči celkem 1396 pacientů. Na každou zdravotně sociální pracovníci tak připadalo téměř 350 pacientů, což znamená průměrně 525 rozhovorů. Dalších celkem 1710 rozhovorů bylo vedeno s příbuznými pacientů, což samozřejmě zvyšuje nároky na komunikaci a množství času.

Pokles úkonů v roce 2016, jak vyplývá z tabulky č. 1, je multifaktoriální; více pacientů, u nichž rozhovor není důvodný nebo pro krátký čas hospitalizace možný, více

pacientů v terminálním stádiu (v r. 2016 nejvíce za sledované období). Počet pacientů a rozhovorů proto nemůže mít společný přepočítací koeficient. Např. z grafu 3 je patrné, že

- v roce 2013 stoupl počet pacientů o 187 osob oproti roku předchozímu, avšak počet rozhovorů stoupl pouze o 135
- v roce 2014 poklesl počet pacientů o 13 osob, avšak počet rozhovorů poklesl o 213

## 6.2 Šetření u zdravotně sociálních pracovníků LDN

Oslovila jsem devatenáct zdravotně sociálních pracovníků z dvanácti různých LDN v ČR se žádostí o vyplnění dotazníku (viz příloha této diplomové práce).

Šest zařízení je mimopražských (Třebotov, Dobříš, Měšice, Vojkov, Turnov a Hořice). Jedná se spíše o menší zdravotnická zařízení, respektive o taková, která mají pouze LDN nebo minimum dalších specializací.

Šest zařízení je pražských. V případě dvou z nich se jedná o malá zařízení, provozující pouze LDN (Domov sv. Karla Boromejského v Praze 6, LDN Bubeneč). Čtyři LDN jsou součástí velkého poskytovatele zdravotních služeb, tzn., že je zde mnoho klinik s další specializací (Fakultní nemocnice Motol, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Ústřední vojenská nemocnice a Thomayerova nemocnice).

Dotazník, který tvoří přílohu této diplomové práce, byl vytvořen pomocí internetového programu Survio a touto formou byly rovněž zajištěny jednotlivé odpovědi, které jsou proto anonymní. Návratnost činila 9 dotazníků, tj. 47,4 %. Kvantitativní i kvalitativní otázky jsou samozřejmě zpracovány odděleně. Kde to bylo možné, je zachováno rovněž pořadové číslo respondenta.

Otázky 1 až 5 mají charakter kvantitativní, stejně tak otázky 7 až 11. V těchto případech bylo možno odpovědi kompletně zpracovat formou tabulek a grafů. Otázky č. 5 a 11 jsou dichotomické (možná odpověď ano/ne). Na otázku č. 11 však dva respondenti odpověděli svými slovy. Pro zachování co možná nejpřesnější interpretace jsou odpovědi v tomto případě zaznamenány doslovně. Otázky 9 a 10 jsou otázky škálové. Protože spolu tematicky souvisí, jsou zpracovány společně.

Otázky 6, 12 a 13 jsou kvalitativní, tedy otevřené. Vzhledem k obsáhlosti odpovědí jsem odpovědi kodifikovala tak, aby je bylo možno operacionalizovat. Přesné znění odpovědí jednotlivých respondentek je možno nalézt v příloze.

Následující tabulka znázorňuje souhrnné odpovědi na kvantitativní otázky, dále následuje jejich jednotlivé zpracování:

odpovědi zdravotně sociálních pracovníků na otázky č.1-5 a 7-11:										
respondent č.	1	2	3	4	5	7	8	9	10	11
počet let v sociální oblasti	počet let v LDN	počet pacientů v péči	% kdy nestačí poradenství	má administrativního pracovníka	% pracovní doby s osamělými pacienty/pacienty s rodinou	% pracovní doby na ostatní agendu s osamělými pacienty/s pacienty s rodinou.	na stupnici 1-4 označte důležitost komunikace s pacientem	na stupnici 1-4 označte důležitost více času na rozhovor s pacientem	máte možnost zajistit při komunikaci s pacientem soukromí?	
1	20	9	105	70	ne	5/65	30/-	4	4	ano
2	20	2	30	70	ne	20/10	30/30	4	4	pouze u mobilních, u poloviny pacientů není možné
3	5	3	215	25	ne	50/50*	50/50	4	4	u imobilních ne
4	12	6	60	10	ne	40/60	40/-	3	3	ne
5	10	10	56	60	ano	30/10-20	50-60/40-50	4	4	ne
6	3	3	60	70	ne	20/40	20/20	4	4	ano
7	2	2	120	50	ne	30/35	70/65	4	3	ne
8	16	4	90	80	ano	20/40	80/60	3	4	ne
9	24	16	90	75	ano	15/20	15/20	3	4	ne

Tabulka 5: Odpovědi na otázky 1 až 5 a 7 až 11

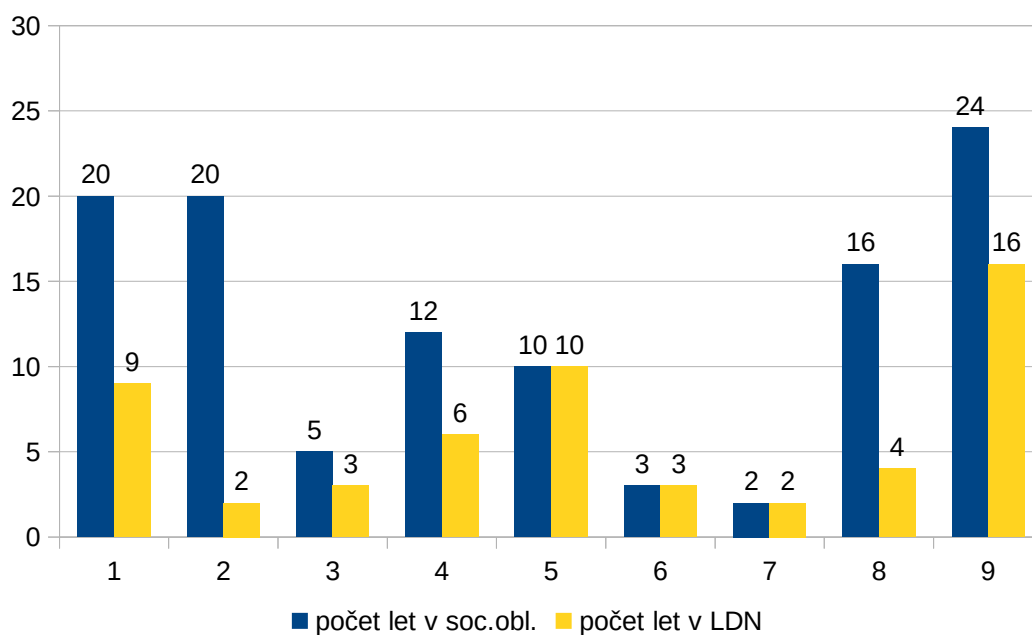
Otázky č. 1 a 2 testují profesní erudici a zkušenosti respondentek, tedy jak dlouho pracují v sociální oblasti, resp. na pozici zdravotně sociálního pracovníka v LDN.

**Otázka č. 1 - Kolik let pracujete v sociální oblasti?**

**Otázka č. 2 - Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovnice v LDN/lůžkách následné péče?**

<b>ot.č.1 a 2 – počet let práce v sociální oblasti a v LDN</b>		
<b>resp.č.</b>	<b>počet let v soc.oblasti</b>	<b>počet let v LDN</b>
<b>1</b>	20	9
<b>2</b>	20	2
<b>3</b>	5	3
<b>4</b>	12	6
<b>5</b>	10	10
<b>6</b>	3	3
<b>7</b>	2	2
<b>8</b>	16	4
<b>9</b>	24	16

*Tabulka 6: Počet let práce respondentů v soc. oblasti a v LDN*



*Graf 4: Porovnání počtu let praxe v oboru sociální práce a v LDN*

Průměrná doba praxe v oboru sociální práce činí u respondentek 12,4 roku a průměrná doba praxe v LDN činí 6,1 roku. Jedná se tedy o dostatečnou dobu praxe v oboru, i na pozici zdravotně sociální pracovnice v LDN.

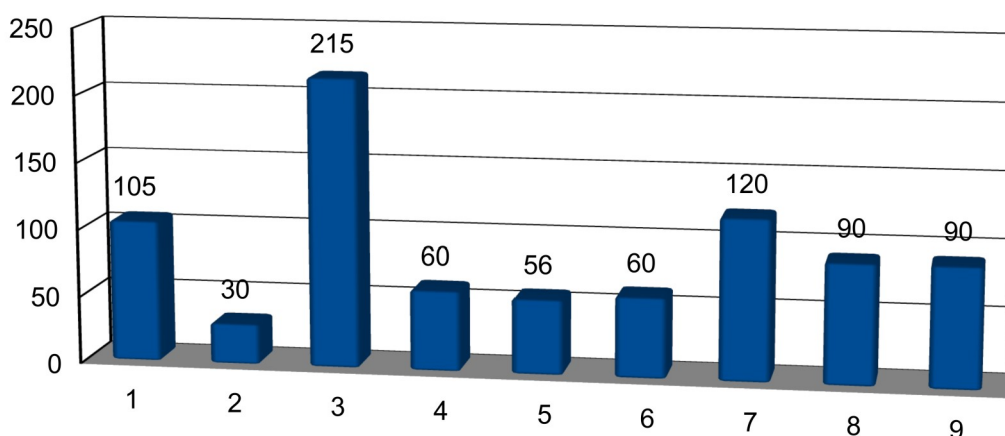
V oboru sociální práce pracuje nejdéle respondentka č. 9 (24 let), nejkratší dobu respondentka č. 2 (2 roky). Na pozici zdravotně sociální pracovnice v LDN pracuje nejdéle opět respondentka č. 9 (16 let), nejkratší dobu respondentky č. 2 a č. 7 (2 roky).



### Otázka č. 3 - Kolik máte v péči průměrně pacientů?

Ve vyhlášce 99/2012 Sb., *Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*, je uvedeno: "Následná lůžková péče...je zabezpečena zdravotně-sociálním pracovníkem... v úvazku 0,2 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek do 30; v úvazku 0,5 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek nad 30". Požadavek na další úvazky v případě vyššího počtu pacientů ve vyhlášce již uveden není. Absence horního limitu způsobuje, že různá lůžková zdravotnická zařízení mají zcela odlišný počet zdravotně sociálních pracovníků na určitý počet klientů, a jejich vedoucí pracovníci zcela odlišné názory na potřebnost této profese.

Nelze se tedy divit tomu, že respondentka č. 2 má v péči 30 pacientů, zatímco respondentka č. 3 celkem 215 (viz tabulka níže). Z hlediska své praxe, kdy mj. vykonávám profesi školitele v rámci akreditovaného kvalifikačního kurzu Zdravotně sociální pracovník, kde se setkávám se zdravotně sociálními pracovníky z celé republiky, mohu potvrdit, že existují zdravotně sociální pracovníci, kteří mají v péči i čtyři kliniky včetně LDN se 130 lůžky. Toto je však problém spíše menších měst.

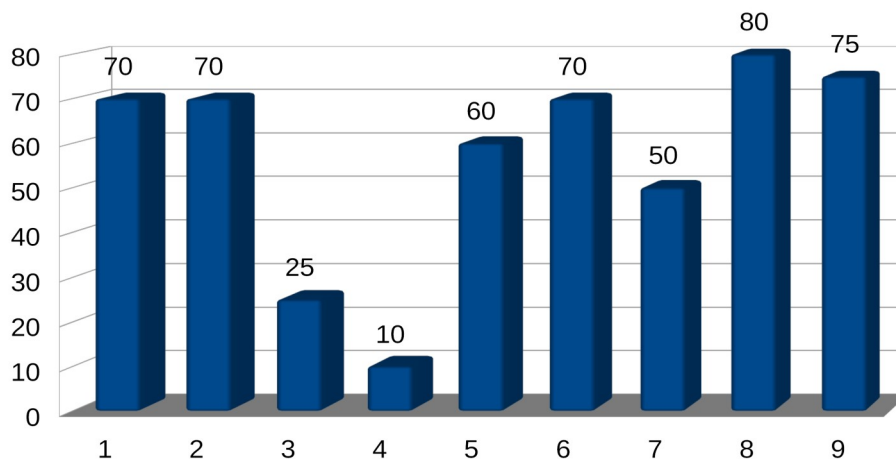


Tabulka 7: Počet pacientů v péči dle pořadí respondentky

### Otázka č. 4 - Odhadněte, u kolika procent Vašich klientů nestačí poskytnout pouhé poradenství (osamělost seniora nebo nefunkční rodina, jiné důvody):

Odborné poradenství stačí ve funkčních rodinách, které se o člena své rodiny postarají, nebo u jednotlivců, kteří mají odpovídající fyzické i mentální schopnosti, a prostředky k tomu, aby si své potřeby zajistili. Jak vyplývá z mých zkušeností i odpovědí respondentek

(viz následující graf), toto je u seniorů v LDN spíše zřídka. Z grafu vyplývá, že v průměru poradenství nestačí ve více než 50 % případů:



Tabulka 8: V kolika procentech případů nestačí poskytnout pouhé poradenství

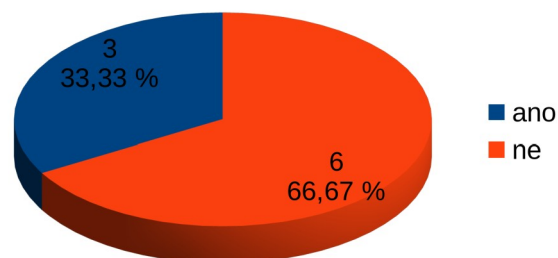
Z praxe lze pouze poukázat na zásadní rozdíl v klientele LDN podle velikosti daného regionu. Ve velkých městech jako Praha nebo Brno žije více osamělých seniorů a osob bez příštřeší. Obě tyto skupiny jsou v LDN zastoupeny ve velkém množství. Je zde tedy daleko větší procento těch, u kterých nestačí poskytnout pouhé poradenství. Je možné, že disproporce v odpovědích byly tímto zapříčiněny. Roli hraje absence či přítomnost rodiny, ale také úroveň její spolupráce. Někteří zdravotně sociální pracovníci běžně za rodiny vykonávají jejich práci (vyplňují a odesílají žádosti o přijetí do dalších zařízení).

**Otázka č. 5 - Máte k dispozici administrativního pracovníka, který Vám pomáhá s odesláním písemností, popř. s další administrativní činností?**

Následující dotaz tematicky souvisí s otázkou č. 5. Komentář tedy bude proveden pro oba dotazy souběžně.

ot.č. 5 - je k dispozici administrativní pracovník?	
ano	3
ne	6

Tabulka 9: Admin. pracovník



Graf 5: Administrativní pracovník k dispozici

**Otázka č. 6 - Pokud byste měla k dispozici administrativního pracovníka, jaká činnost by Vám zůstala v náplni práce?**

Ot.č. 6 - Pokud byste měla k dispozici administrativního pracovníka, jaká činnost by Vám zůstala v náplni práce?										
odpovědi	resp. č.									četnost
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
jednání s úřady, organizacemi, domovy pro seniory a dalšími institucemi (zdrav.pojišťovny)	X	X			X	X	X		X	6
jednání s rodinami klientů	X	X			X		X			4
osobní práce s klientem		X			X		X	X		4
Provádění sociálních šetření	X					X			X	3
práce nad rámec zdrav.soc.prac.		X			X	X				3
poradenství pacientům a rodinám		X				X			X	3
vyřizovat žádosti o příspěvek na péči	X	X								2
Práce s os. bez přístř.	X					X				2
předávání pošty pacientům			X	X						2
vyřizování důchodových dosílek	X				X					2
sociální lůžka	X									1
doprovázení		X								1
komunikace s oš. lékařem							X			1
účast na primářských vizitách									X	1

Tabulka 10: Jaká činnost by zůstala, pokud by byl administrat. pracovník

Komentář k otázce č. 6:

Odpovědi v tabulce jsou uspořádány dle jejich četnosti a zpracovány tak, aby byly patrné odpovědi každé respondentky. Jednalo se o otázku otevřenou, respondentky neměly k dispozici předem daný rejstřík odpovědí. Proto nelze odpovědi interpretovat např. tak, že pouze resp. č. 9 je jediná, která vnímá účast na primářských vizitách jako důležitou. Je

vhodnější interpretovat odpovědi jako penzum činností zdravotně sociálních pracovníků v lůžkových zdravotnických zařízeních, které by vykonávaly, i kdyby měly administrativního pracovníka. Respondentky 5,8 a 9 uvedly, že administrativního pracovníka k dispozici mají. Následuje komentář k jednotlivým odpovědím:

#### 1. Jednání s úřady, organizacemi, domovy pro seniory a dalšími institucemi (zdrav. pojišťovnami)

Tento bod znamená velice širokou škálu intervencí. Zdravotně sociální pracovník při své praxi jedná se zdravotními pojišťovnami, úřady práce, sociálními odbory v místě trvalého bydliště, s Policií ČR. Na poli pobytových sociálních služeb jsou to Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Domy s pečovatelskou službou, odlehčovací služby, azylové domy a noclehárny. V případě zdravotních pobytových služeb to mohou být hospice, rehabilitační zařízení. V případě terénních sociálních služeb jsou to pečovatelské a asistenční služby. Širokou škálu intervencí zaujímá sjednávání domácí zdravotní péče v přirozeném prostředí seniorů. Málokterý senior, propuštěný z LDN domů, se bez této služby obejde. Dalšími spolupracujícími organizacemi jsou nestátní neziskové organizace, nadace apod.

#### 2. Jednání s rodinami klientů

Rozbor důležitosti jednání s rodinami, jeho spektrum i problematika s tím spojená jsou již podrobněji popsány v teoretické části.

#### 3. Osobní práce s klientem

Zvláště u osamělých pacientů je nutno zajistit placení nájemného, energií, aby se nedostali do dluhů. Často s nimi však již přišli, a je třeba tuto situaci řešit. V praxi se však někdy jedná o dlouhá a velmi často marná jednání, protože pro věřitele je zdravotně sociální pracovník třetí osobou, se kterou odmítají jednat.

Osobní práce s pacientem se také často týká situací, kdy má pacient osobnostní problémy (plačtivost, neústupnost, léty zažitá stereotypy, špatné vztahy s příbuznými...), které efektivní řešení jeho situace ztěžují.

#### 4. Provádění sociálních šetření

Zjišťování sociální situace pacienta, která vychází ze zdravotní, rodinné, finanční, bytové anamnézy.

#### 5. Práce nad rámec zdravotně sociálního pracovníka

Některé respondentky uvedly, že se starají o depozita, vedení pokladny nebo řešení pozůstalosti. Toto jsou činnosti, které do povinností zdravotně sociálního pracovníka nespadají. Jde o problematiku, kterou tímto způsobem řeší spíše menší pobytové zdravotnická zařízení. Ve větších jsou k této činnosti pověřeni administrativní pracovníci. Opět se jedná o činnost, která zdravotně sociálním pracovníkům bere čas, který by mohli věnovat přímé práci s pacientem.

#### 6. Poradenství pacientům a rodinám

Jedná se o základní nástroj pomoci. Zdravotně sociální pracovník je povinen tuto službu poskytovat na základě vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnosti zdravotně sociálních pracovníků.

#### 7. Vyřizování žádosti o příspěvek na péči

Děje se na základě odpovídajícího zdravotního stavu, resp. úrovně soběstačnosti pacienta. U osamělých pacientů zdravotně sociální pracovník žádost s pacientem vyplňuje sám. Někdy jej musí k podání žádosti motivovat, protože někteří senioři se domnívají, že jim stačí na pokrytí veškerých potřeb jejich důchod, příp. další příjmy. Ale pro přijetí do DS nebo DZR je u pacientů se sníženou soběstačností příspěvek na péči podmínkou. žádá nebo pomáhá.

#### 8. Práce s osobami bez přístřeší

Počet osob bez přístřeší dlouhodobě stoupá. Tyto osoby většinou nemají žádné příjmy, protože byly dlouho bez práce, a ani si neplatili zdravotní a sociální pojištění. Jsou tedy bez příjmu a naopak mají dluhy. Pro umístění takového klienta v zařízení sociálních služeb nebo sociální péče je proto nutno vyřídit dávky hmotné nouze. To však nestačí. Domovy pro seniory nepřijímají klienty, kteří nemají důchodové dávky. Dávky hmotné nouze nedosahují zákonné výše úhrady za sociální služby v domovech pro seniory dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.) Vyhláška tuto částku stanovuje na 210 Kč za den pobytu a 170 Kč za stravu.

#### 9. Předávání pošty pacientům

Na rozdíl od jiných klinik, kde poštu pacientům předává administrativní pracovník, v prostředí LDN tuto službu zpravidla vykonává zdravotně sociální pracovník, což je z

časového hlediska nevýhodné. Výhodou je však detailní přehled zdravotně sociálního pracovníka o aktuální sociální situaci, např. přiznaného příspěvku na péči či jiné sociální dávky, vyrozumění z Domova pro seniory o zařazení do pořadníku čekatelů, atd.

#### 10. Vyřizování důchodových dosílek

Tato činnost se týká situace, kdy pacientův příjem v LDN (zpravidla důchod) je nutno převést do LDN. Jelikož po nějaké době se nevyzvednutý důchod z pošty vrací na Českou správu sociálního zabezpečení, která důchod vyplácí, je třeba ho do LDN převést. Zároveň pokud pacient z LDN odchází, je nutno dosílání důchodu do LDN zrušit. Ve skutečnosti oba úkony znamenají další administrativní zátěž.

#### 11. Sociální lůžka (uzavírání smluv a vyúčtování)

Zde je namístě specifikovat, co jsou sociální lůžka v nemocnici. Jejich posláním je zabezpečovat péči a podporu dospělým osobám, které jsou propuštěny ze zdravotnického zařízení, tzn., nevyžadují již ústavní zdravotní péči. Mohou žít v domácím prostředí za předpokladu pomoci jiné osoby nebo s pomocí sociálních služeb a tuto pomoc nelze přechodně zajistit.

Sociální lůžka jsou tedy součástí zdravotnického zařízení, ale fungují v režimu poskytované (a placené) sociální služby. Za zdravotnické zařízení proto musí být ustanoven pracovník kompetentní k uzavření příslušné smlouvy a následnému vyúčtování. V praxi tuto činnost většinou vykonává zdravotně sociální pracovnice. Jde o činnost sice potřebnou, zdravotně sociálnímu pracovníkovi ale odčerpává čas, potřebný pro zajištění následné péče pacientovi mimo zdravotnické zařízení. Poskytnutí sociálního lůžka je totiž časově omezeno. Základní služby spojené s poskytováním sociálního lůžka jsou uvedeny v zák. č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, § 52.

#### 12. Doprovázení

V prostředí LDN doprovázení znamená podporu v konkrétní sociální situaci pacienta i jeho rodiny a pomoc při hledání odpovídajících řešení. Jedním z těchto kroků je poradenství.

#### 13. Komunikace s ošetřujícím lékařem

O komunikaci s lékařem je pojednáno již v teoretické části. Jedná se o nezbytnou a nezastupitelnou součást činnosti zdravotně sociálního pracovníka. Lékař vypracovává

různé podklady a vyjádření o zdravotním stavu pacienta, které zdravotně sociální pracovník využívá pro účely podání žádosti o umístění do pobytové sociální nebo zdravotní služby, posudky týkající se pojistné nebo nepojistné sociální dávky. Někdy je výhodné, když se lékař přímo účastní jednání s pacientem nebo rodinou. Společné působení na pacienta či jeho rodinu je v některých případech efektivnější (typickým příkladem je získání souhlasu pacienta s podáním žádosti o umístění do Domova pro seniory).

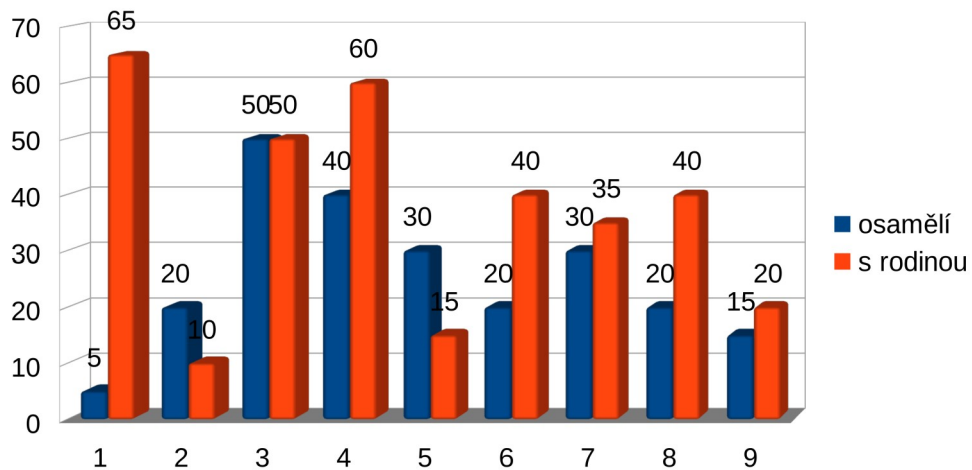
#### 14. Účast na primářských vizitách

Účast na primářských vizitách zajišťuje informovanost vedoucího lékaře/primáře LDN o tom, v jakém stadiu je řešení konkrétní situace každého pacienta z pohledu řešení další následné péče.

**Otázka č. 7 - Odhadněte, kolik procent své pracovní doby věnujete komunikaci s osamělými pacienty a kolik s pacienty, u nichž je přítomna rodina.**

<b>ot. č. 7) odhadněte, kolik % své pracovní doby věnujete komunikaci s osamělými pacienty, a kolik s pacienty, u nichž je přítomna rodina</b>		
<b>resp.č.</b>	<b>osamělí</b>	<b>s rodinou</b>
1	5	65
2	20	10
3	50	50
4	40	60
5	30	15
6	20	40
7	30	35
8	20	40
9	15	20

*Tabulka 11: Komunikace s pacienty*



Graf 6: Komunikace s pacienty (osamělí/s rodinou) v % z pracovní doby

Z tabulky i grafu je patrné, že rozdíly v odpovědích jsou značné. Důvodem je pravděpodobně opět rozdílný region - ve velkých městech je více osamělých seniorů. Tam, kde je osamělých seniorů minimum, je skutečně možné, že zdravotně sociální pracovník věnuje daleko více času ze své pracovní doby na komunikaci s pacienty a jejich rodinami.

Z odpovědí je rovněž patrné, že některé respondentky uvádějí komunikaci jako 100 % své činnosti. Zde je vysvětlení jediné, a sice že zadání otázky buď nepochopily, nebo se otázce plně nevěnovaly. Není totiž možné, že by jinou práci nedělaly.

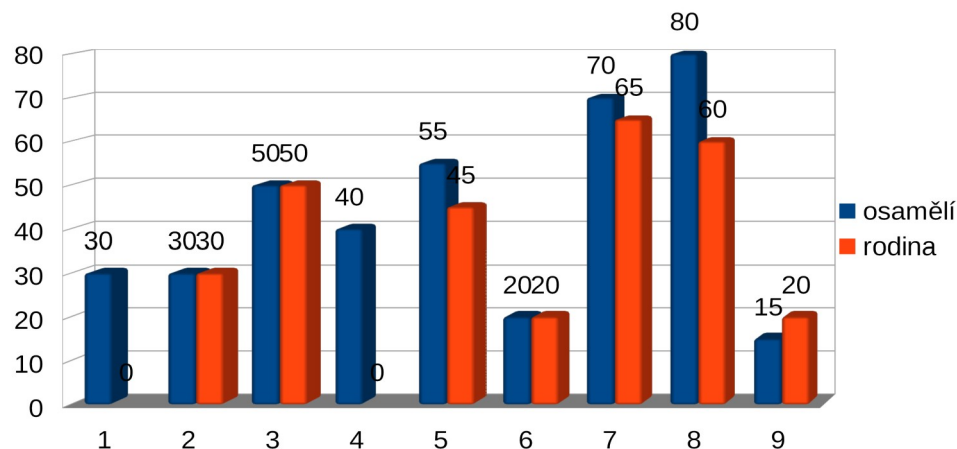
**Otázka č. 8 - Odhadněte, kolik procent své pracovní doby věnujete ostatní agendě (kromě komunikace) s osamělými pacienty, a kolik s pacienty, u nichž je přítomna rodina**



**8) odhadněte, kolik % své pracovní doby věnujete ostatní agendě (kromě komunikace) s osamělými pacienty a kolik s pacienty u nichž je přítomna rodina**

resp.č.	osamělí	rodina
1	30	0
2	30	30
3	50	50
4	40	0
5	55	45
6	20	20
7	70	65
8	80	60
9	15	20

Tabulka 12: Ostatní agenda kromě komunikace



Graf 7: Odhad pracovní doby v %, věnované ostatní agendě

U osamělých pacientů se respondenty věnují více ostatní agendě. Tento fakt vyplývá z již zmiňované skutečnosti, že u pacientů s rodinou přebírají hlavní starost o vyřešení další péče po ukončení hospitalizace v LDN jejich příbuzní, což u osamělých pacientů možné není, a tuto starost přebírá zdravotně sociální pracovník.

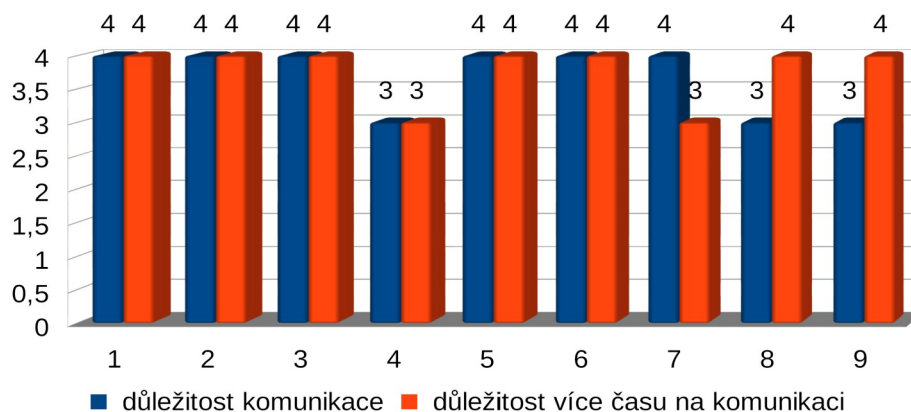
**Otázka č. 9 - Na stupnici 1-4 označte, nakolik považujete za důležitou komunikaci s pacientem**

**Otázka č. 10 - Na stupnici 1-4 označte, jestli by pro výsledky Vaší práce bylo důležité, kdybyste měla více času na rozhovor s pacienty**

Tyto škálové otázky jsou zpracovány formou společné tabulky i grafu, protože obě byly vyjádřeny na stupnici 1-4 (1 - vůbec ne, 2 - spíše ne, 3 - spíše ano, 4 - rozhodně ano) a navíc jsou tematicky shodné. Porovnání výsledků a jejich interpretace na základě společné tabulky a grafu je proto vhodné.

otázka 9 a 10		
resp.č.	důležitost komunikace	důležitost více času na komunikaci
1	4	4
2	4	4
3	4	4
4	3	3
5	4	4
6	4	4
7	4	3
8	3	4
9	3	4

Tabulka 13: Význam komunikace



Graf 8: Význam komunikace

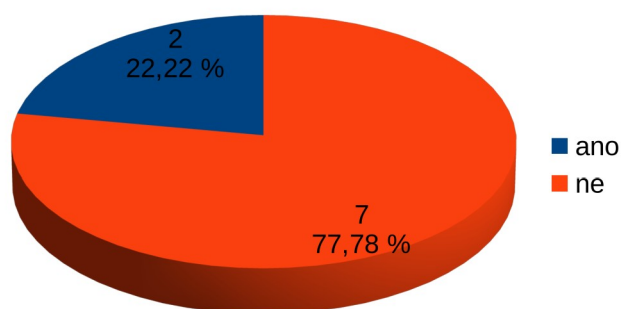
Výsledky jednoznačně prokázaly, že v tomto případě existuje téměř naprostá názorová shoda respondentek na uvedené téma - rozhodně "ano" vyjádřilo v prvním případě šest z nich, více času na rozhovor by rozhodně uvítalo dokonce sedm respondentek. Ostatní respondentky uvádějí "spíše ano".

**Otázka č. 11 - Při rozhovoru s pacientem jsou často diskutovány osobní či citlivé údaje. Máte vždy možnost zajistit při rozhovoru s pacientem soukromí?**

Uvedená otázka reaguje na požadavek ochrany osobních a citlivých údajů pacientů v podmínkách lůžkových zdravotnických zařízení.

<b>11) Máte vždy možnost zajistit při rozhovoru s pacientem soukromí?</b>	
<b>ano</b>	<b>ne</b>
2	7

Tabulka 14: Možnost zajistit soukromí



Graf 9: Možnost zajistit soukromí

Je alarmující, že téměř 80 % respondentek nemůže ve všech potřebných případech zajistit pacientům při rozhovoru soukromí. O této problematice je podrobněji pojednáno jak v teoretické části práce, tak i při hodnocení rozhovorů s pacienty LDN.

**Otázka č. 12 - Uved'te, s jakými problémy se v souvislosti s komunikací s pacienty setkáváte:**

<b>ot. č. 12: Problémy v komunikaci, se kterými se zdrav. soc. prac. u svých pacientů setkávají.</b>	
<b>text odpovědi</b>	<b>resp.č.</b>
Mnohdy je velice těžké dobrat se pravdy, klienti se často snaží svou situaci zlehčovat, mnohdy se stydí o své sociální situaci hovořit. Mnohdy si nechtějí připustit vážné zhoršení zdravotního stavu, a pokud se jedná o lidi bez příštěří, kterých je stále více, nedokážou pochopit, že sehnat jim vhodné umístění je takřka nemožné. Spousta starších lidí odmítá podepsání žádosti do DD, chtějí se za každou cenu vrátit domů.	1
Silná nedoslýchavost, snížení kognitivních funkcí a celkového vnímání při různých formách demencí, strach a nejistota dělat rozhodnutí bez přítomnosti rodiny, nikdy o své situaci nepřemýšleli a svou budoucnost vytěšňovali.	2
stud, ostýchavost, nebo neochota spolupráce pacienta, orgánové poškození-demence, afázie, sluchové, zrakové postižení	3
co bude dále, problémy v rodině, tělesné obtíže, problémy s ošetřujícím personálem	4
aktuální zdravotní stav, afázie, demence, somnolentní stavy, úzkosti, deprese apod.	5
pacient často nedoslýchá. Někdy nerozumí a je potřeba určité věci pacientovi říct co nejjednodušeji	6
pacientova komunikace ztížená vlivem choroby (až neužitečný kontakt), nedostatek klidu a soukromí pro rozhovor, neochota pacienta vést rozhovor	7
Zdravotní stav pacienta. Nedostatek soukromí – spolupacient, personál	8
Není možná komunikace s pacientem v soukromí. Zdravotní stav pacienta.	9

*Tabulka 15: Uveďte, s jakými problémy se v souvislosti s komunikací s pacienty setkáváte*

Tato otázka byla otevřená, kvalitativní. Tabulka proto obsahuje odpovědi všech respondentek, dále následuje přehled a rozbor jednotlivých problémů.

**A) stud - (resp. 1 a 3)**

Dvě respondentky jako problém u pacientů uvádějí stud (ostych). Jedná se o stud hovořit o své problémové situaci. A to tím více, čím komplikovanější jsou vztahy v rodině, nemoc, nepříznivá finanční situace.

**B) demence - 2, 3, 5**

Tři respondentky uvádějí jako problém demenci u pacientů. Zdravotně sociální pracovník musí v takovém případě více hovořit s rodinou. Pokud ale pacienti nemají omezenou způsobilost k právním úkonům, měli by za sebe rozhodovat sami. V praxi se věc řeší ve spolupráci s rodinnými příslušníky, ale de iure většina pacientů ve způsobilosti k právním úkonům omezena není. Vzhledem k tomu, že soudní řízení znamená časové průtahy, které jsou z pohledu ekonomického chodu nemocnice nežádoucí, je řešení ve spolupráci s rodinou nejčastějším řešením.

C) strach, deprese - 2, 4, 5

Tento stav se týká pacientů, kterým se zhoršil zdravotní stav natolik, že už nikdy nebudou schopní jako dříve. Pro tyto případy by ve zdravotnickém zařízení měl být vždy k dispozici psycholog a duchovní.

D) sluchová a zraková postižení - 2, 3, 6,

Z hlediska kvality komunikace je sluchové postižení podstatně horší než zrakové. Hrozí nepochopení sděleného, zkreslení významu. Hlavně tam, kde chybí soukromí, se zdravotně sociální pracovník zdráhá hovořit příliš hlasitě, obzvláště o situacích pro klienta citlivých, atd.

E) špatný zdravotní stav - 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9

Projevy: pacient nemůže dobře komunikovat, nelze mu zajistit soukromí, jsou u něj větší nároky na péči, proto lze obtížně zajistit návaznou zdravotní a sociální službu. Domovy pro seniory si na rozsáhlejší péči o těžce nemocného člověka netroufají.

F) nedostatek soukromí - 7, 8, 9

Promítá se hlavně do situací, kdy je třeba prohodit situaci, které jsou pro pacienta citlivé. Právě tehdy pacient často problémy popírá, neguje, zlehčuje... Může to samozřejmě souviset s již zmíněným studem

G) afázie - 3, 5

Zde je důležité, aby zdravotně sociální pracovník věděl, o jaký typ afázie se jedná. Pacient může mít zachovanou schopnost rozumět, ale má poruchu tvorby řeči. Jindy pacient ve skutečnosti nerozumí, ale jeho řeč se jeví být plynulou a zřetelnou, ale jedná se spíše o zkomoleniny. V prvním případě komunikujeme s pacientem, ale musíme použít jinou formu sdělování, např. klient může svou myšlenku napsat. Jindy je efektivnější jednat s rodinou. Vždy se však jedná o náročnou situaci pro zdravotně sociálního pracovníka, hlavně z hlediska časového.

H) somnolentní stavy - 5,

*„Somnolence je stav zvýšené ospalosti, kdy pacient reaguje na slovní podněty“.* Zvolský P. a kol., 1994, 76. Byť pacient reaguje na slovní podněty, ospalost brání plné psychické přítomnosti pacienta při jednání, i jeho angažovanosti. Pro zdravotně sociálního pracovníka je náročné vyhodnotit, do jaké míry záležitosti pacienta řešit s ním či jeho

rodinou. Záleží na osobnostních a profesních vlastnostech zdravotně sociálního pracovníka, i jeho časových možnostech.

I) snížení kognitivních funkcí a vnímání - 2,

Příčinou jsou u seniorů zdravotní důvody, zejména smyslové poruchy, poruchy vědomí, demence, špatný psychický stav. Jedním z nežádoucích důsledků je např. neporozumění sdělenému, nepochopení složitosti sociální situace atd. Je samozřejmé, že i toto klade zvýšené nároky, zejména časové a komunikační, na zdravotně sociální pracovníky.

J) nepřipouštění si zhoršení zdravotního stavu -

Důvodem je, že pacienti ve vysokém věku si uvědomují důsledky takové situace velmi obtížně. Jde o častý jev, jehož doprovodnými znaky jsou zlehčování situace, vytěšňování budoucnosti, nepřemýšlení o své situaci. Pacient je na lůžku LDN zajištěn, a nedokáže si představit celou složitost situace, která ho čeká doma. Čím déle je pacient na LDN, tím horší náhled na svou situaci z tohoto důvodu má. Naprostá většina pacientů LDN chce zpátky domů, což však k aktuálnímu zdravotnímu stavu (a tím snížené soběstačnosti) často není možné. Zdravotně sociální pracovník proto musí umět nabídnout pacientovi i jeho rodině (a přimět je k přijetí takové nabídky!) alternativní řešení, zejména přemístění pacienta do pobytové sociální služby (domova pro seniory, se zvláštním režimem...). Zdravotně sociální pracovník se často setkává s tím, že pacient prostě odmítá podepsat žádost o umístění.

K) Nejistota dělat rozhodnutí bez přítomnosti rodiny - 2

Toto se stává problémem ve chvíli, kdy existuje názorový rozpor mezi pacientem a rodinou, resp. jejími jednotlivými členy. Ke sjednání jakékoli služby je ale nezbytné získat souhlas pacienta, proto zmiňovaná situace je opět náročná na čas a vyjednávací schopnosti zdravotně sociálního pracovníka.

L) nespolupráce pacienta - 3

Souvisí často s nepřipouštěním si zhoršení zdravotního stavu, ale přibývá ještě následující faktor: pro seniory je někdy těžké přijmout fakt, že už do konce života o něho bude někdo pečovat, resp. že mu radí někdo mladší a on již není úplně pánem svého života. Tato nespolupráce má konkrétní podobu např. v neochotě pacienta vést rozhovor.

#### M) problémy v rodině - 4

Jde o velmi široké téma. Buď se jedná o situaci, kdy senior se svými rodinnými příslušníky dlouhodobě nemluví, popř. oni s ním, nebo má senior vůči rodině nepřiměřená očekávání. Popř. se tyto problémy objevily až se zhoršením zdravotního stavu seniora, např. při hospitalizaci v LDN. Pro obě strany se jedná o novou situaci, o které se doposud nemusely bavit, jde o různá rodinná tabu, která ani jedna ze stran nemá zájem otevírat. Opět je to situace, která pro zdravotně sociálního pracovníka představuje obtížný problém. Kromě jiných rolí je zde pojednou v postavení mediátora. Opět je zde zásadním faktorem čas, protože obě strany se potřebují vypovídat, bez této fáze je problém většinou neřešitelný.

#### N) problémy s ošetřujícím personálem - 4

Respondentka č. 4 nekonkretizovala tento bod, nicméně z hlediska praxe se může jednat o následující problematiku: Ne všichni ošetřovatelé jsou disponováni k efektivnímu zvládnutí situací, kdy pacienti je např. nespravedlivě osočují z krádeží osobních věcí, lenosti apod. Naopak existují pacienti, kteří se sami problematicky chovají. Mnohdy se jedná o osoby bez přístřeší. Např. odcizují druhým lidem věci, nedodržují léčebný režim, urážejí personál..

#### O) obtíž dozvědět se pravdu kvůli výše uvedeným problémům

Vzhledem k výše popsaným jevům, jako zlehčování situace, stud hovořit o své situaci, nepřipouštění si zhoršení zdravotního stavu, nepochopení složitosti soc. situace apod. se zdravotně sociální pracovníci setkávají s popíráním reality. To je pro efektivní vyřešení situace pacienta nepříznivé. Zdravotně sociální pracovník se v takových případech snaží pacienta vést k poznání reality, musí však zároveň vycházet z toho, že pacienti jsou polnoletí a většinou nemají soudně omezenou způsobilost k právním úkonům.

<b>ot. č. 13: Uved'te, jak by dle Vašeho názoru bylo možno zlepšit podmínky pro komunikaci s pacienty.</b>	
<b>text odpovědi</b>	<b>resp.</b>
Muselo by být více času pro komunikaci, pokud se klientovi věnujete a věnujete mu opravdu mnoho času, začne Vám důvěřovat a komunikace se stává bezproblémová. Důležitý je osobní kontakt s klientem, který by měl být co nejčastější.	1
Jedná se o navrhnutí koncepce dlouhodobé péče o pacienty, aby se jako senioři a) mohli vrátit se službami domů (což funguje pouze ve velkých městech, ale spousta seniorů i rodin seniorů to neufinancuje, ani neznáme možnosti úspor a financí rodin/seniorů, zda by prodejem chaty, auta atd.si mohli služby dovolit), motivace a nastavení dlouhodobé ošetřování člena rodiny a zvýšení PnP B) z nemocnice by šli senioři již do zařízení, kde by byli již trvale umístění a opakovaně by rodinám a seniorům nemuselo být vysvětleno, že je tu možnost péče zdravotní (LDN je na 3-6 měsíců, přechodné) a sociální (odlehčovací přechodné a trvalé Domovy pro seniory). - lidé i senioři v tom mají neuvěřitelný zmatek!!!! SAMOZŘEJMĚ by se dalo uvažovat o sekretářce k vyřizování administrativy - více času na pacienty a jejich rodinné příslušníky, současně by bylo dobré i nezatěžovat lékaře psaním lékařských zpráv, pomohl by jednotný systém žádostí, možnost kompetence tyto žádosti někde uložené a zpracované lékařské zprávy vytisknout a již pouze nechat lékaře potvrdit (ještě v dnešní době spousta lékařů neumí plně pracovat s PC a zprávy píšou ručně), což je i pro ně velká zátěž a žádosti (LDN. Domovy pro seniory, posouzení PnP - praktik je půl roku neviděl...) odmítají psát!	2
více času a prostoru na individuální práci s klientem, více sociálních pracovníků v zařízeních	3
především více času, technické podmínky pro zajištění soukromí často nelze zajistit	4
čas, týmová práce, podmínky prostorové, psychologická podpora	5
funkční naslouchátko	6
Více času na samotnou komunikaci s pacienty Dostatek soukromí pro rozhovor - např. samostatná místnost Pomůcky ulehčující komunikaci osobám s postižením řeči	7
S mobilními pacienty je možné komunikovat na chodbě, v jídelně... S imobilními nelze jinak, než na lůžku - ve stávajících podmínkách není tento problém řešitelný	8
Nevím jak zlepšit podmínky. S pacienty, kteří chodí nebo se pohybují pomocí inv. vozíku, komunikuji na chodbě, v jídelně nebo v kanceláři soc. prac. S pacienty, kteří jsou upoutáni na lůžku komunikuji na pokoji.	9

Tabulka 16: Jak by bylo možno zlepšit podmínky pro komunikaci

**Otázka č. 13 - Uved'te, jak by dle Vašeho názoru bylo možno zlepšit podmínky pro komunikaci s pacienty: (Odpovědi byly přepsány doslovně.)**

Tato otázka je opět otevřená, jsou proto uvedeny všechny odpovědi s následnou kodifikací, aby bylo možno stanovit jednotlivé okruhy. Tyto okruhy jsou následně zpřehledněny a jednotlivě komentovány. U odpovědí jsou zároveň uvedena čísla respondentek.

- a) Mít dostatek času na komunikaci s pacientem 1,2, 3, 4, 5, 7

Šest respondentek se vyjádřilo, že by potřebovaly mít víc času na komunikaci. Toto koresponduje i s předchozími odpověďmi, z nichž vyplývá, že nedostatek času je pro zdravotně sociálního pracovníka stěžejní. Většina respondentek má ve své péči více než 50 pacientů.



b) Častější osobní kontakt s pacientem 1, 3

Tato odpověď je sloučením odpovědí respondentek č. 1 a 3, které uvádějí "více času a prostoru na individuální práci s klientem... Důležitý je osobní kontakt s klientem, který by měl být co nejčastější." Kromě dostatku času na rozhovory vyjadřují potřebu chodit za pacientem častěji.

c) Větší informovanost mezi rodinami a seniory o zdravotních a sociálních službách 2

Některé rodiny při rozhovoru se zdravotně sociální pracovníci mají již jasnou představu o řešení sociální situace svého člena, byly se např. podívat v nějakém zařízení a potřebují pouze připravit všechny podklady pro podání žádosti. Jde o ideální stav, kdy došlo k předchozí spolupráci rodiny (pacienta) a sociálního odboru v místě bydliště. Zdravotně sociální pracovnice ve zdravotnickém zařízení má v takovém případě více času na řešení problémových situací jiných pacientů. V praxi je však více případů, kdy jsou rodiny a pacienti neinformovaní a s nikým dalším doposud nespolečně pracovali.

d) Mít administrativní sílu 2

Tato odpověď je logická, protože v případě administrativní síly, jak vyplývá z otázky č. 6) by zdravotně sociální pracovníci měli více času na samotnou práci s pacientem

e) Nezatěžovat lékaře administrativou 2

Lékaři vedle své práce jsou zatíženi administrativou, která souvisí s podáním žádostí o umístění v domově pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Různá zařízení navíc mají různé typy žádostí a na svém formuláři lpí. Podává-li se žádost do tří domovů, lékař musí vyplňovat tři různé žádosti, což je samozřejmě zatěžující.

f) Více sociálních pracovníků 3

Nedostatek zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních je dlouhodobým problémem. Jejich význam je však zřejmý - pomáhají umísťovat pacienty mimo zdravotnické zařízení, tedy uvolňovat lůžka pro další pacienty. Svou činnost však nemohou vykázat jako body pro pojišťovnu, proto pojišťovny jejich činnost nehradí. Nemocnice si proto na hrazení mezd zdravotně sociálních pracovníků musí najít zdroje sama. Pokud nedojde ke změně, nelze očekávat navýšení počtu zdravotně sociálních pracovníků.

g) Vytvoření podmínek pro zajištění soukromí 4, 7, 5, 8, 9

Toto se nejvíce týká pacientů ležících (nepohyblivých). Lůžková zdravotnická zařízení zpravidla nedisponují možnostmi, jak takovýmto pacientům zajistit soukromí při rozhovorech, v nichž jsou zmiňovány osobní či citlivé údaje pacientů.

#### h) Psychologická podpora 5

Psychologická podpora pacientů je velmi důležitá, ne všechna lůžková zdravotnická zařízení ale psychologa mají. Ten by se mohl uplatnit právě v rodinných, vztahových oblastech, a zdravotně sociální pracovník by se mohl více zaměřit na podstatu své práce a nesuplovat tuto činnost.

#### i) Pomůcky ulehčující komunikaci (např. funkční naslouchátko) 6,7

Může se stát, že pacient přijde bez této kompenzační pomůcky, ta se mu teprve vyřizuje během hospitalizace. Jedná-li se o pacienta ležícího, vzniká opět problém se zajištěním soukromí, nehledě na to, že pacient vnímá řečené zkresleně.

#### j) Týmová práce 5

Zcela zásadní a nezastupitelná v rámci nemocnice je komunikace s lékařem. Bez kvalitní partnerské komunikace s lékařem, dále však se sociálním pracovníkem na sociálním odboru v místě bydliště pacienta, na úřadu práce a v místě cílové sociální služby nelze hovořit o kvalitní týmové práci. Jak vyplývá z této odpovědi, ne vždy se toto daří. Některé sociální situace pacientů jsou tak náročné, že by si vyžadovaly řešení pomocí případové konference nebo alespoň pravidelných setkávání všech zúčastněných složek. Toto se však v praxi neděje.

### **6.2.1 Shrnutí šetření u zdravotně sociálních pracovníků LDN**

Respondentky lze v souhrnu považovat za zkušené pracovnice, a to nejen v oblasti sociální práce jako takové, ale rovněž v rámci zdravotnictví, konkrétně v LDN. Jejich názory a stanoviska proto mají svou odbornou váhu.

Většina respondentek pro zkvalitnění své práce výslovně uvádí, že by potřebovaly více času na komunikaci a potřebovaly by častější kontakt s pacientem.

U osamělých seniorů a osob bez příštěší je zdravotně sociální pracovník nucen vykonat mnohem více úkonů a intervencí, než u klientů s funkční rodinou. Je to logické; pracovník zde supluje práci rodiny v nejrůznějších oblastech - zajištění plateb nájemného a energií za byt, psaní různých typů žádostí atd.

Naopak u pacientů s rodinou respondentky uvádějí nutnost věnovat více času na rozhovor než u pacientů osamělých. Důvodem jsou rozhovory s pacienty a zároveň s jejich rodinou, což si samozřejmě vyžaduje mnohem větší časovou dotaci. A zároveň mnohdy nejsou pacient a rodina v názorové shodě, což přináší další komplikace a tedy nutnosti více komunikovat.

Pokud by respondentky měly administrativního pracovníka, vedle rozhovorů s pacienty, na které žádají více času, nejvíce zdůrazňují práci s úřady a institucemi.

Nejvíce problémů při komunikaci přináší špatný zdravotní stav pacientů či různá zdravotní omezení. Respondentky se názorově nejvíce shodují v oblasti důležitosti komunikace a potřebě mít při rozhovorech s pacienty soukromí. V 80 % případů však nejsou schopny soukromí zajistit.

### **6.3 Šetření u seniorů - pacientů LDN**

Bylo osloveno 15 seniorů v CNP - LDN FN Motol, z toho 12 seniorů souhlasilo s účastí ve výzkumu. Odmítli tři senioři, všichni muži. Následuje tabulka se souhrnnými odpověďmi na otázky 1 až 5, které bylo možno zpracovat kvantitativně, dále jsou pro přehlednost zpracovány samostatně.

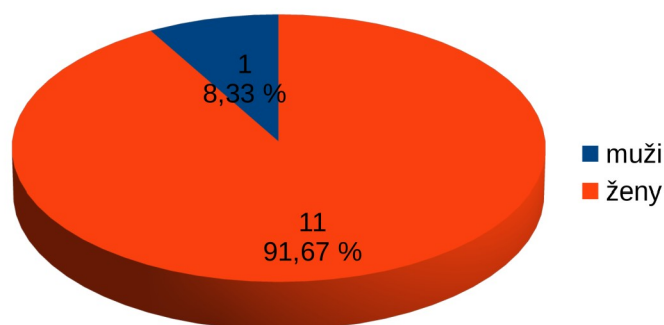
souhrn odpovědí na ot. č. 1 až 5													
kategorie	respondent č.												četnost výskytu
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
otázka č. 1 – Pohlaví													
muž												X	1
žena	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		11
otázka č. 2 - rodinný stav													
svobodný/á	X								X				2
ženatý/á (druh/družka)								X				X	2
vdovec/vdova			X	X	X	X	X			X			6
rozvedený/á		X										X	2
otázka č. 3 – Počet dalších osob v domácnosti													
sám/sama	X	X				X	X			X			5
manžel/ka, druh/družka								X				X	2
potomci (děti, vnuci)			X	X	X							X	4
jiné (spolubydlící)									X				1
otázka č. 4 – Předchozí pomáhající subjekt													
rodina	X	X		X						X	X	X	6
pečovatelská služba		X				X	X			X			4
domácí zdravotní péče	X			X					X				3
sousedky	X					X							2
nikdo					X			X					2
uklízečka			X										1
spolubydlící paní									X				
otázka č. 5 - Využíval/a jste před hospitalizací nějakou z těchto sociálních nebo zdravotních služeb?													
pečovatelská služba		X				X	X			X			4
domácí zdravotní péče	X			X					X				3

Tabulka 17: Souhrn odpovědí na ot. č. 1 až 5

### Otázka č. 1 - Muž/žena

ot.č. 1 – gender rozdělení		
pohlaví	počet	%
muži	1	8
ženy	11	92

Tabulka 18: Rozdělení resp.dle pohlaví



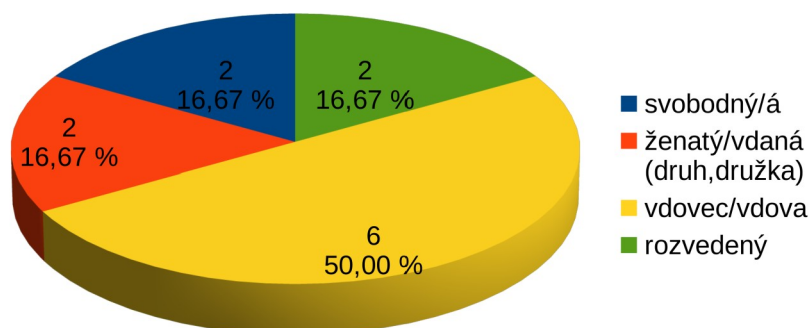
Graf 10: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Genderové rozdělení respondentů neodpovídá reálnému rozložení pacientů v LDN dle pohlaví. Bylo osloveno 15 seniorů, z toho čtyři muži. Avšak pouze jeden z oslovených mužů byl ochoten poskytnout rozhovor. Obecně lze říci, že v CNP - LDN FN Motol je stabilně vyšší počet žen než mužů.

**Otázka č. 2 - Rodinný stav:**

ot.č. 2 – rodinný stav		
	počet	%
svobodný/á	2	16,667
ženatý/vdaná (druh,družka)	2	16,667
vdovec/vdova	6	50
rozvedený	2	16,667

Tabulka 19: Rodinný stav



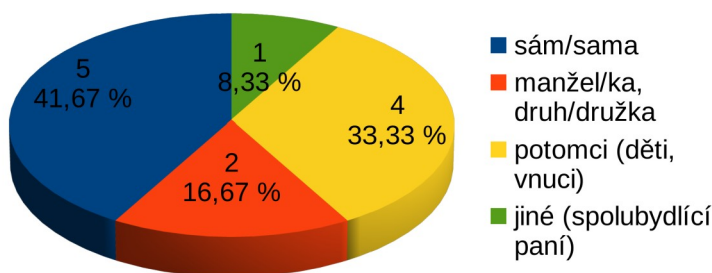
Graf 11: Rodinný stav

Znalosti rodinného stavu, resp. poměru mezi jednotlivými skupinami jsou ukazatelem, kolik intervencí (a jakého druhu) bude ze strany zdravotně sociálního pracovníka potřeba, tedy do jaké míry senior/pacient bude potřebovat pomoc zdravotně sociálního pracovníka. Více než polovina žen je ovdovělých, což potvrzuje známou skutečnost, že ženy v seniorském věku jsou častěji vdovy, resp. že muži se dožívají nižšího věku. Pouze jediná žena je provdána.

### Otázka č. 3 - Počet osob v domácnosti:

ot. č. 3 – počet osob v domácnosti		
	počet	%
sám/sama	5	41,7
manžel/ka, druh/družka	2	16,7
potomci (děti, vnuci)	4	33,3
jiné (spolubydlící paní)	1	8,3

Tabulka 20: Počet osob v domácnosti



Graf 12: Počet osob v domácnosti

Počet osob v domácnosti, tak jako předchozí informace o rodinném stavu, je ukazatelem, do jaké míry senior/pacient potřebuje pomoc, a lze také odhadnout, do jaké míry se do řešení jeho sociální situace zapojí další osoby. Zjištěný údaj např. znamená, že téměř 50 % pacientů ("sám" a "jiné") bude potřebovat pomoc zdravotně sociálního pracovníka zcela zásadně. U ostatních 50 % pacientů bude úroveň angažovanosti zdravotně sociálního pracovníka dána vedle mentálních a fyzických schopností příbuzných také

kvalitou vztahů v rodině. Z praxe je známa skutečnost, že ve velkých městech je v LDN více osamělých seniorů.

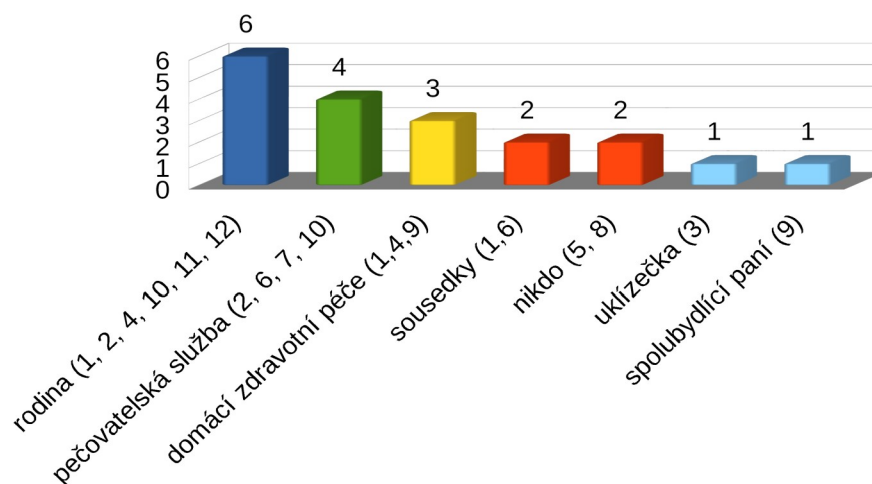
Následující dvě otázky jsou vyhodnoceny společně:

**Otázka č. 4 - Než jste byl hospitalizován, pomáhal Vám někdo s uspokojováním Vašich zdravotních, resp. sociálních potřeb? Můžete upřesnit, jak Vám pomáhal?**

**Otázka č. 5 - Využíval/a jste před hospitalizací nějakou z těchto sociálních nebo zdravotních služeb?**

ot.č. 4 – Než jste byl/a hospitalizován/a, pomáhal Vám někdo s uspokojováním Vašich zdravotních, resp. sociálních potřeb?	četnost
rodina (1, 2, 4, 10, 11, 12)	6
pečovatelská služba (2, 6, 7, 10)	4
domácí zdravotní péče (1,4,9)	3
sousedky (1,6)	2
nikdo (5, 8)	2
uklízečka (3)	1
spolubydlící paní (9)	1

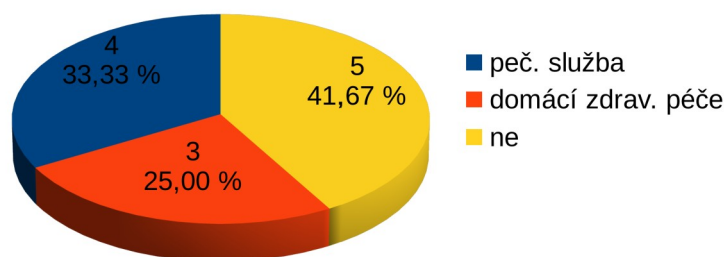
*Tabulka 21: Pomoc s uspokojováním zdrav. a soc. potřeb před hospitalizací*



*Graf 13: Pomoc s uspokojováním zdravotních a sociálních potřeb před hospitalizací*

<b>ot.č. 5 – Využíval/a jste před hospitalizací nějakou z těchto sociálních nebo zdravotních služeb?</b>		
<b>název</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
peč. služba	4	33,3
domácí zdrav. péče	3	25
ne	5	41,7

*Tabulka 22: Využívání služeb před hospitalizací*



*Graf 14: Využívání služeb před hospitalizací*

Pouze dvěma respondentům před hospitalizací nikdo nepomáhal. Avšak sedm z dvanácti respondentů čerpalo zdravotní nebo sociální terénní služby. V ostatních případech se jednalo o pomoc vlastní, rodinných příslušníků a sousedek, resp. spolubydlící paní. Taková pomoc se zpravidla týkala pouze úklidu či nákupů. Po odchodu respondentů z LDN již tato dopomoc většinou nebude postačovat. Naprostá většina pacientů, kteří budou z LDN odcházet, bude zároveň potřebovat nějakou sociální nebo zdravotní službu. A to buď pobytovou nebo terénní, která jim bude poskytována v jejich přirozeném prostředí. Navíc velká část těch, kteří nějakou formu služby již využívali, bude vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebovat navýšení této služby. Toto vše bude muset vykomunikovat zdravotně sociální pracovník. Pro účely práce s pacientem je tedy důležité vědět, s jakými službami se pacient již setkal. Na to lze navázat, či službu navýšit.

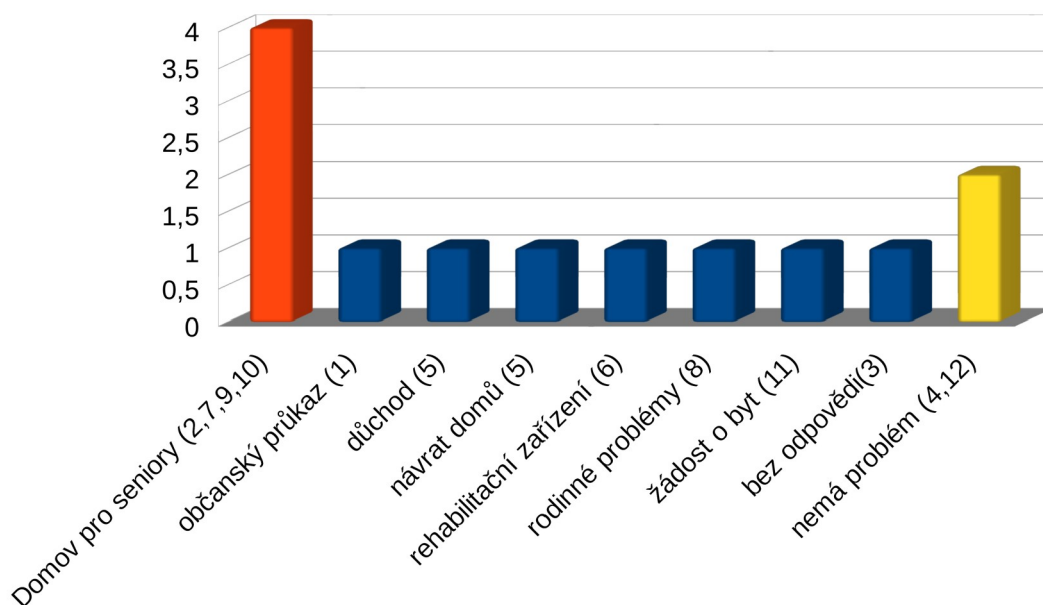
V této souvislosti je vhodné zmínit, že lidé, kteří doposud na žádnou profesionální terénní službu nebyli zvyklí, zpravidla obtížně přijímají fakt, že se bez ní již neobejdou. Ještě náročnější situace pro zdravotně sociálního pracovníka nastává, když musí pacient přejít do pobytové služby. V těchto případech jsou opakované návštěvy u pacienta nutností.



**Otázka č. 6 - Máte v současnosti nějaký problém, který Vám pomáhá zdravotně sociální pracovnice vyřešit? Pokud ano, jaký?**

<b>ot. č. 6 – Máte v současnosti nějaký problém, který Vám pomáhá zdravotně sociální pracovnice vyřešit? Pokud ano, jaký?</b>	
<b>druh pomoci</b>	<b>četnost</b>
Domov pro seniory (2,7,9,10)	4
občanský průkaz (1)	1
důchod (5)	1
návrat domů (5)	1
rehabilitační zařízení (6)	1
rodinné problémy (8)	1
žádost o byt (11)	1
bez odpovědi(3)	1
nemá problém (4,12)	2

*Tabulka 23: Pomoc zdrav.soc.prac. s řešením problémů*



*Graf 15: Pomoc zdravotně sociální pracovnice s řešením problémů*

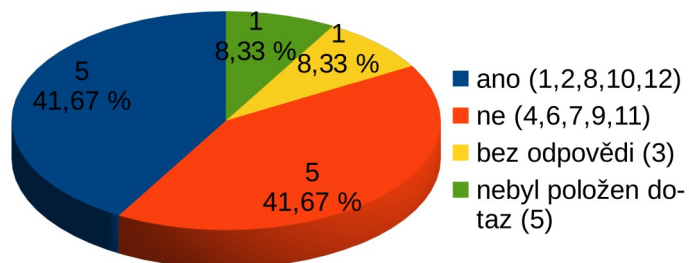
Z odpovědí na otázku č. 6 je patrné, že řešení umístění do domovů pro seniory a je časté, v případě výzkumného vzorku jde o jednu třetinu respondentů. Zároveň je zřejmé, že zdravotně sociální pracovnice řeší s pacienty rozsáhlé spektrum situací. Zde je vhodné zmínit rovněž umístění do domovů se zvláštním režimem. Toto se týká zejména pacientů s demencí, proto se taková odpověď ani nemohla vyskytnout. Pouze dva respondenti žádný problém neřeší.

Jedna respondentka (3) ponechala dotaz bez odpovědi. Nereagovala ani na následující dotazy. Šlo o respondentku, se kterou byla rovněž předchozí komunikace složitější a vzhledem k situaci nebylo vhodné naléhat.

**Otázka č. 7 - Řeší Vaši situaci zdravotně sociální pracovnice také s Vaší rodinou?  
Pokud ano, jakou situací?**

ot.č. 7 – Řeší Vaši situaci zdravotně sociální pracovnice také s Vaší rodinou? Pokud ano, jakou situací?	
druh pomoci řešený s rodinou	resp.č.
vyřizování OP	1
Domov pro seniory	2
bez odpovědi	3
ne	4
nebyl položen dotaz	5
ne	6
ne	7
ano	8
ne	9
ano	10
ne	11
domácí zdravotní péče po propuštění domů	12
odpověď	četnost
ano (1,2,8,10,12)	5
ne (4,6,7,9,11)	5
bez odpovědi (3)	1
nebyl položen dotaz (5)	1

Tabulka 24: Řešení situace ve spolupráci s rodinou



Graf 16: Řešení situace ve spolupráci s rodinou

Pět dotázaných seniorů poskytlo odpověď, že zdravotně sociální pracovnice řeší jejich situaci i s jejich rodinou. Je to i logické, protože šest respondentů uvedlo, že jim již dříve rodina pomáhala.

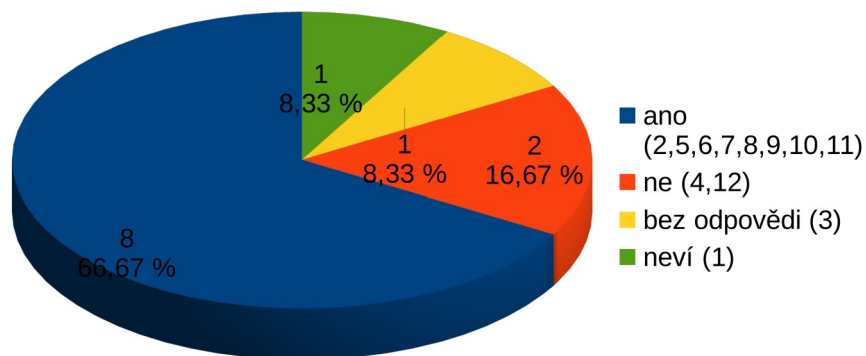
Respondentky 8 a 10 pouze sdělily, že nějakou situaci s rodinou zdravotně sociální pracovník řeší, ale nebyly konkrétní. Protože působily dojem únavy a nesoustředění, nebyla samozřejmě odpověď vymáhána. Toto platí i v ostatních případech, kdy nebyly dotazy zodpovězeny. V určitých případech již dotaz nebyl ani položen.

**Otázka č. 8 - Je pro Vás kontakt se zdravotně sociální pracovnící důležitý? Pokud ano, v čem?**

<b>ot.č. 8 – Je pro Vás kontakt se zdravotně sociální pracovnící důležitý? Pokud ano, v čem?</b>	
<b>odpověď</b>	<b>resp.č.</b>
neví	1
poradit něco, nebo k důchodu	2
bez odpovědi	3
ne	4
bydlení, obědy, vyřízení asistentky	5
rehabilitace	6
informace, vyřídí to za ní	7
byla empatická, lidská, pohladila. Dala naději, že situaci vyřeší.	8
obstarání Domova pro seniory	9
ano – nespécifikovala	10
určitě – právě v té pomoci s bydlením	11
ne, rodina funguje, v rodině je lékař	12

<b>odpověď</b>	<b>četnost</b>
ano (2,5,6,7,8,9,10,11)	8
ne (4,12)	2
bez odpovědi (3)	1
neví (1)	1

*Tabulka 25: Důležitost kontaktu se zdravotně sociální pracovnící*



*Graf 17: Důležitost kontaktu se zdravotně sociální pracovníci*

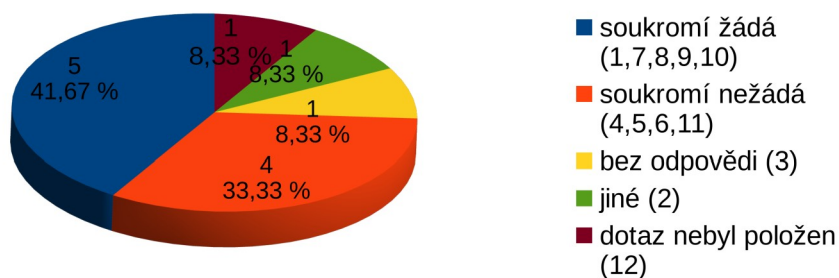
Pro více než dvě třetiny respondentů je kontakt se zdravotně sociální pracovníci důležitý, což koresponduje s odpověďmi na otázku č. 6. Dva respondenti odpovídají ne, jeden neví. Respondent č. 12, muž, kontakt za důležitý nepovažuje, protože má manželku a v rodině lékaře.

Za zmínku stojí kromě profesních úkonů ještě "lidský rozměr" - pohlazení, hezké slovo, poskytnutí naděje. Toto jsou situace, kdy zdravotně sociální pracovník poskytuje pomoc spíše psychologickou.

**Otázka č. 9 - Jaké podmínky týkající se soukromí byste potřeboval/a k rozhovoru se zdravotně sociální pracovníci?**

<b>ot.č. 9 – Jaké podmínky týkající se soukromí byste potřeboval/a k rozhovoru se zdravotně sociální pracovníci?</b>	
<b>odpověď</b>	<b>resp.č.</b>
aby nás nikdo neslyšel	1
všechno zařizuje syn, já nic nepotřebuju	2
bez odpovědi	3
nepotřebuje	4
nevadí jí mluvit před druhými lidmi	5
nemám	6
byla jsem ráda, že sepsování žádosti nikdo neslyšel	7
před nynější spolupacientkou jí mluvit nevadí, ale kdyby s ní byl člověk s jinou povahou, tak by jí na pokoji mluvit vadilo	8
vadí nedostatek soukromí	9
soukromí je důležité	10
nedostatek soukromí nevadí	11
dotaz nebyl položen	12
<b>souhrn odpovědí</b>	<b>četnost</b>
soukromí žádá (1,7,8,9,10)	5
soukromí nežádá (4,5,6,11)	4
bez odpovědi (3)	1
jiné (2)	1
dotaz nebyl položen (12)	1

*Tabulka 26: Podmínky týkající se soukromí*



*Graf 18: Podmínky týkající se soukromí*

Pro jednu třetinu respondentů není soukromí v LDN důležité. Vzhledem k absenci odpovědí u tří respondentů lze konstatovat, že nejméně pět respondentů určitě soukromí žádá, 42 % pacientů je tedy spodní hranice. Za ekvivalent k odpovědi "soukromí žádá" jsou považovány i odpovědi typu "soukromí je důležité".

Z odpovědí zdravotně sociálních pracovníků (viz výše) však vyplývá, že téměř 80 % z nich není schopno zajistit soukromí vždy, když je to vhodné. Toto je problém, který by měla zdravotnická zařízení rozhodně řešit.

#### Otázka č. 10 - Kolik času potřebujete k rozhovoru se zdravotně sociální pracovnící?

<b>ot.č. 10 - Kolik času potřebujete k rozhovoru se zdravotně sociální pracovnící?</b>	
<b>odpověď</b>	<b>resp.č.</b>
nevím	1
bez odpovědi	2
bez odpovědi	3
dotaz nebyl položen	4
dvacet minut a déle	5
stačí	6
Kolik na mě má, nemůžu jí zdržovat	7
neví, záleží jak se situace bude vyvíjet	8
potřebovala by více, protože si na spoustu věcí vzpomněla až když byl hovor ukončen	9
mluvila s ní dcera	10
deset, patnáct minut	11
bez odpovědi	12

*Tabulka 27: Kolik času potřebuje na rozhovor*

Vzhledem k různorodosti odpovědí nebylo v tomto případě účelné odpovědi řešit graficky.

Jak je vidět, potřeby respondentů jsou silně odlišné. Od odpovědi "stačí" byly položeny odpovědi "dvacet minut a déle", "více času", "deset, patnáct minut" atd. Za pozornost stojí odpověď resp. č. 9, který uvádí, že si na spoustu věcí vzpomene, až když je rozhovor ukončen. Z hlediska praxe lze potvrdit, že vzhledem k věku a časté mentální nedostačivosti pacientů je skutečně pravda, že návštěvy zdravotně sociálních pracovníků se opakují mj. právě z toho důvodu, že pacienti si důležité věci často vybavují až později, resp. dodatečně.

Jedna respondentka, osamělá pacientka, odpověděla, že by času potřebovala více. Zde je vhodné upozornit, že osamělý pacient vytiží zdravotně sociální pracovníci nejvíce.

**Otázka č. 11 - Jak byste popsal/a úroveň komunikace se zdravotně sociální pracovníci?**

<b>ot.č 11 - Jak byste popsal/a úroveň komunikace se zdravotně sociální pracovníci?</b>	
<b>odpověď</b>	<b>resp.č.</b>
byla hodná, zdvořilá, ale střídaly se, byl rozdíl v úrovni vědomostí	1
dost se to tady střídá, už tu byla třetí. Kdybych potřebovala, můžu se na ní obrátit	2
bez odpovědi	3
snad jsem jí rozuměla, já nevím	4
laskavá, chytrá, všemu jsem rozuměla	5
nemám výhrady	6
spokojenost s úrovní sdělení, srozumitelné	7
laskavá, chytrá, rozhodné chování	8
normální rozhovor, dostala jsem informace, které jsem potřebovala	9
dcera sdělila, že dostala potřebné informace	10
výborná, má informace, vstřícná	11
manželka k tomu nic zásadního nesdělila	12

*Tabulka 28: Zhodnocení úrovně komunikace se zdrav. soc. prac.*

Z odpovědí vyplývá, že respondenti byli s úrovní komunikace spokojeni. Ve dvou případech poukazovali na fakt, že se zdravotně sociální pracovníce dost střídaly. Je pochopitelné, že když pacienti sdělují zdravotně sociální pracovníci citlivé údaje, nepůsobí dobře, když se pracovníce mění.

Ve více případech respondenti akcentovali, že zdravotně sociální pracovníce byla laskavá a zdvořilá, dále zmiňovali srozumitelnost sděleného, informovanost, rozhodnost a chytrost.

**Otázka č. 12 - Jaké změny v kontaktu se zdravotně sociální pracovníci byste navrhl/a?**

<b>ot.č. 12 - Jaké změny v kontaktu se zdravotně sociální pracovníci byste navrhli/a?</b>	
<b>odpověď</b>	<b>resp.č.</b>
nevím jaké	1
nemám	2
bez odpovědi	3
ne	4
ne	5
na nic si nevzpomenu	6
jsem spokojená s tím co mám	7
zatím žádné	8
potřebovala bych dopředu vědět, o čem bude rozhovor, abych se mohla připravit	9
dotaz nebyl položen	10
návrh na prodloužení úředních hodin v kanceláři zdrav.soc.pracovníků	11
dotaz nebyl položen	12

*Tabulka 29: Návrhy na změny v kontaktu se zdravotně sociální pracovníci*

Pouze dva respondenti se konkrétně vyjádřili, jaké by navrhli změny. Jedna odpověď se týkala toho, že by respondentka ráda dopředu znala obsah rozhovoru, dříve než se za ní zdravotně sociální pracovnice vypraví. Tento návrh je pochopitelný, nicméně z hlediska časového vytížení zdravotně sociálních pracovníků je fakticky nerealizovatelný.

Respondentka č. 11 se evidentně může pohybovat a byla zvyklá se dostavovat v úředních hodinách, protože by tento model ráda používala i v prostředí LDN. Toto je v jistém smyslu výhodné, protože pacient nemusí čekat na návštěvu zdravotně sociální pracovnice. V úředních hodinách na CNP - LDN totiž je zdravotně sociální pracovnice u sebe v kanceláři a je tudíž vždy k zastižení, pacienti a rodiny nejsou povinni se objednávat. Nevýhoda je však v tom, že o konzultaci často žádá více zájemců, než lze momentálně zvládnout.

### **6.3.1 Shrnutí šetření u seniorů**

Respondentů je celkem dvanáct, z toho jediný muž, ženatý. V souboru se vyskytovalo šest vdov. V pěti případech bydlí respondenti sami.

Tři využívali již před hospitalizací domácí zdravotní péči a čtyři pečovatelskou službu. Jak jsem již zmínila, zajišťování institucionální péče je pro zdravotně sociální pracovníky jednodušší, když pacienti nějakou službu čerpali již před hospitalizací. Praxe ukazuje, že v



případě těchto sedmi klientů by měla být práce zdravotně sociálních pracovníků jednodušší, protože v jejich případě nebude třeba překonávat psychologickou bariéru odmítání služby.

Pro třetinu respondentů jsou zdravotně sociální pracovnice užitečné při pomoci s vyřizováním domova pro seniory. Jde o ženy, které (jak vyplývá z Tab. 17) žijí samy, pouze jediná žije v domácnosti s paní, která však není rodinným příslušníkem. Vyřizování domova pro seniory je zároveň nejčtenější úkon z těch, které respondentky zmiňovaly. Tato služba je obvyklá u seniorů, kteří bydlí sami a mají sníženou soběstačnost. Většinou je to totiž jediná možnost, jak vyřešit jejich další sociální fungování. Jeden respondent nepožadoval žádné služby.

Respondenti zmiňují pomoc zdravotně sociálních pracovníků v dalších šesti oblastech. Spektrum intervencí, které zdravotně sociální pracovníci poskytují, je však samozřejmě širší, viz statistické údaje FN Motol a dotazníkové šetření mezi zdravotně sociálními pracovníky.

V případech, kdy spolupracují zdravotně sociální pracovnice také s rodinami pacientů, lze předpokládat, že rodina pomůže s vyřizováním nutné agendy. To však znamená větší nároky i časovou dotaci na komunikaci, protože zdravotně sociální pracovníci hovoří jak s pacienty tak rodinami, které instruují. U osamělých pacientů je vyšší časová dotace věnována spíše konkrétním úkonům. Toto vyplývá jak z provedeného dotazníkového šetření mezi zdravotně sociálními pracovníky (Tab. 11 a 12), tak z mojí dosavadní profesní zkušenosti.

Pro naprostou většinu pacientů je kontakt se zdravotně sociální pracovnicí důležitý (67 %), a to nejen z hlediska profesionální pomoci v konkrétních oblastech, ale také v rovině emocionální. Při hodnocení úrovně komunikace pacienti vedle profesionality oceňovali laskavost, vstřícnost, ochotu, pohlázení.

Co se týká potřeby soukromí, pouze třetina respondentů jasně deklarovala, že soukromí nežadá. Lze tedy utvořit závěr, že zajištění soukromí je při rozhovorech nutností.

Naopak spíše nekonkrétní byly odpovědi respondentů, týkající se hodnocení dostatku času na rozhovor se zdravotně sociální pracovnicí (otázka č. 10), a zcela nekonkrétní v případě, kdy měli navrhnout případné změny v kontaktu (otázka č. 12).

V některých případech pacienti neodpověděli, odpověděli nepřiléhavě, popř. dotaz dokonce nebyl položen. Zde je třeba upozornit, že výběr respondentů byl proveden z pacientů LDN v seniorském věku. Již bylo zmíněno, že se jedná o osoby staré a nemocné, mnohdy v jistém stádiu demence, nedoslýchavé či obtížně artikulující. Toto se promítá

nejen do práce zdravotně sociálních pracovníků, ale také do kvality odpovědí při rozhovoru. Ačkoli jsem byla vedena snahou pacienty neunavit, a dodržovala jsem zásady vedení komunikace se seniory, ne vždy se podařilo zajistit maximální pozornost, resp. spolupráci pacienta.

## Závěr

Tématem této diplomové práce je problematika komunikace zdravotně sociálních pracovníků se seniory v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Účelem této komunikace je nalezení řešení sociální situace pacienta a jeho následné propuštění do vhodného prostředí. Bohužel však platí, že často tímto vhodným prostředím již není domov. Návrat nebývá možný z důvodu trvale snížené soběstačnosti a s tím související změny sociální situace. Dílčím cílem komunikace se proto velmi často stává vyladění pacienta (a také jeho příbuzných) k tomu, aby si tento stav uvědomil a vyrovnal se s ním. Je zřejmé, že toto vše klade na komunikační schopnosti zdravotně sociálních pracovníků vysoké nároky. Proto je hlavním cílem této práce zjistit, zda mají vytvořeny podmínky ke kvalitní komunikaci.

Pro splnění tohoto cíle byly stanoveny dílčí otázky určené zdravotně sociálním pracovnícím, zaměřené na jednotlivé aspekty jejich činnosti. Týkají se zejména počtu pacientů v jejich péči, penza jejich dalších činností, a samozřejmě možnosti zajistit soukromí pro rozhovory s pacienty. U seniorů, pacientů CNP - LDN FN Motol jsem zároveň zjišťovala zejména jejich názory na potřebnost komunikace se zdravotně sociálními pracovníky, její kvalitu a potřebu mít při těchto rozhovorech zajištěno soukromí. Praktická část je uvedena vybranými statistickými ukazateli z CNP - LDN FN Motol, které nabízí přehled o základních činnostech zdravotně sociálních pracovníků a s tím související kvantitativní ukazatele za roky 2012 až 2016.

Z provedených šetření vyplývá, že kvalitu komunikace ovlivňuje počet pacientů/lůžek, přidělených zdravotně sociálnímu pracovníkovi, doba hospitalizace, dále sociální a zdravotní situace pacientů. Dále možnost zajistit soukromí při rozhovorech s pacienty. Při práci zdravotně sociálních pracovníků v LDN se ukazuje, že v jednotlivých zdravotnických zařízeních je rozdílný náhled na profesi zdravotně sociálních pracovníků, a to zejména z důvodu absence limitů pacientů na jednoho pracovníka. Protože není stanoven horní limit, stává se, že jeden zdravotně sociální pracovník může mít v péči 30 pacientů, zatímco druhý 200. Vedoucí pracovníci nemocnic často neznají vyhlášku č. 55/2011 Sb., popisující činnosti zdravotně sociálních pracovníků. Proto mohou v některých zařízeních roznášet zdravotně sociální pracovníce důchody, starat se o depozita atd.

Co se týká zkoumaného vzorku seniorů, pro dvě třetiny z nich je kontakt se zdravotně sociálními pracovníci důležitý, což překvapivé není. Z výsledků dotazníkového šetření však rovněž vyplynul poznatek, že pro seniory je vedle vyřizování záležitostí spojených se

sociální situací důležitá také rovina emocionální, pochopení, laskavost a vstřícnost. Pobyt na LDN může působit jako stresor. Vlastní problémy i bezprostřední kontakt se závažnými potížemi jiných seniorů mohou vyvolávat pocit úzkosti, čímž lze zdůvodnit, že tolik akcentují lidský rozměr. Je lidské a normální, že zdravotně sociální pracovník pacientovi naslouchá a sdílí s ním jeho vzpomínky a starosti. Avšak tuto službu má především v náplni své práce psycholog nebo duchovní, a proto má k tomu větší prostor. Lůžková zdravotnická zařízení by proto tyto služby měla nabízet standardně.

Pouze jedna třetina pacientů deklarovala, že soukromí nepotřebuje, naopak pět pacientů zřetelně sdělilo, že soukromí požadují. Ostatní se nevyjádřili jasně. Pokud si byl jen jediný pacient přeje řešit své osobní a citlivé záležitosti v soukromí, lůžková zdravotnická zařízení by měla být schopná toto soukromí zajistit. Sedm z devíti zdravotně sociálních pracovníků však uvádí, že to není vždy možné, zároveň však konstatují, že soukromí je důležité. Neschopnost zajistit pacientům soukromí je jeden ze závažných nedostatků, které byly tímto šetřením potvrzeny.

Považují za potvrzené, že u pacientů s rodinou leží těžiště práce zdravotně sociálních pracovníků v zapojení příbuzných do řešení sociální situace svého člena, což však klade větší nároky na komunikaci. U osamělých pacientů není takto široká komunikace většinou potřebná. Zdravotně sociální pracovníci se však více angažují v řešení sociální situace pacienta a zastupují chybějící rodinu při vyřizování běžných záležitostí, od placení inkasa až po zajištění domácího zvířete.

Senioři zjevně váhali, pokud měli reagovat na dotazy týkající se dostatku času na rozhovor, resp. navrhnout změny v kontaktu se zdravotně sociálním pracovníkem. Tuto vyhybavost lze přičíst objektivní neznalosti problematiky zdravotně sociální profese (jedna z pacientek na otázku, jestli komunikuje se zdravotně sociální pracovnící po chvílce přemítání odpověděla, že "*doktorka u ní už byla*"). Dalším důvodem může být jistá nerovnost v komunikaci, resp. v postavení aktérů, která se u seniorů často projevuje ve formě jakési submisivní komunikace. Faktor času je z hlediska kvality komunikace zcela zásadní, jak vyplývá z šetření u zdravotně sociálních pracovníků.

Návrhy na změny a zlepšení:

- legislativní změna - Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb by měla projít procesem legislativní změny ve smyslu stanovení jasného počtu zdravotně sociálních pracovníků na počet pacientů v následné lůžkové péči a dlouhodobé lůžkové péči.

- vedoucí pracovníci LDN by měli být proškoleni z hlediska rozsahu činnosti zdravotně sociálních pracovníků, jak je uvedena ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- zajistit soukromí při rozhovorech, jejichž obsahem jsou osobní a citlivé údaje pacienta. Toto je však v současných podmínkách LDN velký problém, protože kapacity LDN se neustále zvyšují, což znamená nárůst počtu pacientů v jednom pokoji. Jedním ze způsobů, jak soukromí zajistit, je vyčlenění místnosti, kam by bylo možno krátkodobě umístit lůžko s imobilním pacientem a nerušeně s ním zde hovořit
- každá LDN by měla disponovat duchovním a psychologem, protože pro seniory je důležitá také emocionální a spirituální stránka rozhovoru. Tato služba by měla být standardem ve všech LDN.
- povinný kurz komunikace pro zdravotně sociální pracovníky z LDN, zaměřený na schopnost sladit požadavky zaměstnavatele (zejména včasné uvolnění lůžka) s oprávněnými potřebami pacienta. Za úvahu stojí absolvování obdobného semináře pro zájemce již během studia. Toto považuji za zcela zásadní pro zvýšení kvality a efektivity komunikace mezi zdravotně sociálními pracovníky a pacienty v LDN.

Věřím, že se mi díky této diplomové práci také podařilo poukázat na nezastupitelnou roli zdravotně sociálních pracovníků v LDN a alespoň trochu tím přispět ke zvýšení prestiže sociální práce ve zdravotnictví.

## Seznam použitých zdrojů

### Monografická literatura:

- ALLEN, Judy, BROCK, Susan, A. *Health Care Communication Using Personality Type*. London, Routledge, 2000. ISBN 0-415-21373-8, 213 stran.
- HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. ČALS, 2003, 2. doplněné vyd. ISBN 80-86541-12-6, 88 stran.
- JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence*. Praha: Galén, 2004. 1. vyd. ISBN 80-7262-268-4, 335 stran.
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4, 336 stran.
- KALVACH, Zdeněk, Onderková Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5, 44 stran.
- KOHOUTEK, Rudolf et al. *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1998, ISBN 80-7204-064-2, 181 stran.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. 4. přeprac. vyd., ISBN 80-7178-429-X, 147 stran.
- LARTEY, Emmanuel, Y. *In Living Color*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2003. 2. ed., ISBN 978-1-84310-750-7, 192 stran.
- KUZNÍKOVÁ, Iva et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 1. vydání, ISBN 978-80-247-3676-1, 212 stran.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 2. vyd., ISBN 978-80-7367-331-4, 312 stran.
- NICHOLL, Claire, WILSON, K. Jane, WEBSTER, Stephen. *Elderly Care Medicine*. Oxford: Blackwell Publishing, 2007. 7. edition, ISBN 978-1-4051-5712-4, 196 stran.
- OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2001. 2. doplněná verze. 48 stran.
- PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. 1. vydání, ISBN 80-7178-184-3, 156 stran.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8, 160 stran.

PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2, 528 stran.

ŠPAČKOVÁ, Alena. *Umění dialogu*. Praha: Grada, 2011. 1. vydání, ISBN 978-80-247-3810-9, 200 stran.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II, Dospělost a stáří*. Praha: Carolinum, 2007. 1. vydání, ISBN 978-80-246-1318-5, 461 stran.

TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 1996. 1. vyd. ISBN 80-902260-0-0, 213 stran.

ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7184-681-3, 192 stran.

### **Internetové zdroje:**

Druhy zdravotní péče [online]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece\\_2627\\_22.html](http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html). Publikováno: 31.10.2012. Poslední úprava: 11.6.2014

Polymorbidní senior z pohledu internisty - geriatra [online]. © 2017, [cit. 2012]. Dostupné z: <https://www.muni.cz/research/publications/989627>, Prof. MUDr. Pavel Weber , CSc., internista

Co je paliativní léčba, péče a medicína? [online]. [cit. 27.6.2010]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

Naše řeč. Roč. 1976 (1993), číslo 1, s. 31 - 37, článek. [online]. Dostupné z: <http://nase-rec.ujc.cas.cz/archiv.php?art=7107>

Projekt: K naplnění předpokladů pro výkon činnosti v sociálních službách. Reg. č. projektu: CZ.1.04/3.1.03/22.00130. [online]. Dostupné z: <http://granty.vsers.cz/dokument/Zaklady%20socialni%20prace.pdf>

Tomancová, Klára, Osobní asistence v kontextu nově přijatého zákona o sociálních službách. Bakalářská práce 2008. [online]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/166441/pedf\\_b/](https://is.muni.cz/th/166441/pedf_b/)

Válková a Holmerová, Sociální práce, sociální práce 3/2011. [online]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=377>

Právní normy:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních pracovnících.[online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.[online]. Dostupné z:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.[online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.[online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

Metodický pokyn pro duchovní péči v nemocnicích. [online]. Dostupné z:  
[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-predstavilo-metodicky-pokyn%C2%A0pro-duchovni-peci-v-nemocnicich\\_13579\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-predstavilo-metodicky-pokyn%C2%A0pro-duchovni-peci-v-nemocnicich_13579_1.html)



## Seznam tabulek

Tabulka 1: Vybrané okruhy činností zdrav.soc.prac. v CNP - LDN FN Motol 2012-2016.....	50
Tabulka 2: Počet pacientů CNP - LDN Motol v sociální péči 2012-2016.....	50
Tabulka 3: Počet rozhovorů s pacienty.....	51
Tabulka 4: Srovnání počtu pacientů a rozhovorů v CNP - LDN FN Motol v letech 2012 - 2016.....	52
Tabulka 5: Odpovědi na otázky 1 až 5 a 7 až 11.....	55
Tabulka 6: Počet let práce respondentů v soc. oblasti a v LDN.....	56
Tabulka 7: Počet pacientů v péči dle pořadí respondentky.....	57
Tabulka 8: V kolika procentech případů nestačí poskytnout pouhé poradenství.....	58
Tabulka 9: Admin. pracovník.....	58
Tabulka 10: Jaká činnost by zůstala, pokud by byl administrat. pracovník.....	59
Tabulka 11: Komunikace s pacienty.....	63
Tabulka 12: Ostatní agenda kromě komunikace.....	65
Tabulka 13: Význam komunikace.....	66
Tabulka 14: Možnost zajistit soukromí.....	67
Tabulka 15: Uveďte, s jakými problémy se v souvislosti s komunikací s pacienty setkáváte.....	68
Tabulka 16: Jak by bylo možno zlepšit podmínky pro komunikaci.....	72
Tabulka 17: Souhrn odpovědí na ot. č. 1 až 5.....	76
Tabulka 18: Rozdělení resp.dle pohlaví.....	76
Tabulka 19: Rodinný stav.....	77
Tabulka 20: Počet osob v domácnosti.....	78
Tabulka 21: Pomoc s uspokojováním zdrav. a soc. potřeb před hospitalizací.....	79
Tabulka 22: Využívání služeb před hospitalizací.....	80
Tabulka 23: Pomoc zdrav.soc.prac. s řešením problémů.....	81
Tabulka 24: Řešení situace ve spolupráci s rodinou.....	82
Tabulka 25: Důležitost kontaktu se zdravotně sociální pracovníci.....	83
Tabulka 26: Podmínky týkající se soukromí.....	85
Tabulka 27: Kolik času potřebuje na rozhovor.....	86
Tabulka 28: Zhodnocení úrovně komunikace se zdrav. soc. prac.....	87
Tabulka 29: Návrhy na změny v kontaktu se zdravotně sociální pracovníci.....	88

## Seznam grafů

Graf 1: Počet pacientů CNP - LDN Motol v sociální péči 2012 až 2016.....	51
Graf 2: Počet rozhovorů s pacienty CNP - LDN Motol v letech 2012 - 2016.....	52
Graf 3: Srovnání počtu pacientů a rozhovorů v LDN v letech 2012 - 2016.....	53
Graf 4: Porovnání počtu let praxe v oboru sociální práce a v LDN.....	56
Graf 5: Administrativní pracovník k dispozici.....	59
Graf 6: Komunikace s pacienty (osaměle/s rodinou) v % z pracovní doby.....	64
Graf 7: Odhad pracovní doby v %, věnované ostatní agendě.....	65
Graf 8: Význam komunikace.....	66
Graf 9: Možnost zajistit soukromí.....	67
Graf 10: Rozdělení respondentů dle pohlaví.....	77
Graf 11: Rodinný stav.....	77
Graf 12: Počet osob v domácnosti.....	78
Graf 13: Pomoc s uspokojování zdravotních a sociálních potřeb před hospitalizací.....	79
Graf 14: Využívání služeb před hospitalizací.....	80
Graf 15: Pomoc zdravotně sociální pracovnice s řešením problémů.....	81
Graf 16: Řešení situace ve spolupráci s rodinou.....	82
Graf 17: Důležitost kontaktu se zdravotně sociální pracovnící.....	84
Graf 18: Podmínky týkající se soukromí.....	85

# Přílohy

## Příloha č. 1

### DOTAZNÍK

#### pro zdravotně sociální pracovníce v LDN/lůžkách následné péče:

Jmenuji se Jana Vargová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru Sociální a charitativní práce na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Ve své diplomové práci se zabývám aspekty komunikace se seniory v prostředí LDN. Pro objektivní posouzení této problematiky bych se ráda seznámila také s Vaším názorem. Prosím proto o odpovědi na následujících dvanáct otázek, které budou v mé diplomové práci využity.

1. Kolik let pracujete v sociální oblasti?
2. Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovníce v LDN/ lůžkách následné péče?
3. Kolik máte v péči průměrně pacientů?
4. Odhadněte, u kolika procent Vašich klientů nestačí poskytnout pouhé poradenství (osamělost seniora nebo nefunkční rodina, jiné důvody):
5. Máte k dispozici administrativního pracovníka, který Vám pomáhá s odesíláním písemností, popř. s další administrativní činností?
6. Pokud byste měla k dispozici administrativního pracovníka, jaká činnost by Vám zůstala v náplni práce?
7. Odhadněte, kolik procent své pracovní doby věnujete komunikaci s osamělými pacienty a kolik s pacienty, u nichž je přítomna rodina.
8. Odhadněte, kolik procent své pracovní doby věnujete ostatní agendě (kromě komunikace) s osamělými pacienty, a kolik s pacienty, u nichž je přítomna rodina.
9. Na stupnici 1-4 označte, nakolik považujete za důležitou komunikaci s pacientem.
10. Na stupnici 1-4 označte, jestli by pro výsledky Vaší práce bylo důležité, kdybyste měla více času na rozhovor s pacienty.
11. Při rozhovoru s pacientem jsou často diskutovány osobní či citlivé údaje. Máte

vždy možnost zajistit při rozhovoru s pacientem soukromí?

12. Uveďte, s jakými problémy se v souvislosti s komunikací s pacienty setkáváte:

13. Uveďte, jak by dle Vašeho názoru bylo možno zlepšit podmínky pro komunikaci s pacienty.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

## Příloha č. 2

### Z Á Z N A M O V Ý   A R C H   R O Z H O V O R U

#### se seniory v LDN FN Motol:

Jmenuji se Jana Vargová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru Sociální a charitativní práce na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Záznamový arch je určen pro potřeby mé diplomové práce s názvem "*Specifika komunikace se seniory v kontextu sociálně zdravotní péče*".

Rozhovory jsou anonymizovány.

1. 1. respondent č.....
  - a) Žena
  - b) Muž
  
2. Rodinný stav:
  - a) Svobodný/á
  - b) Ženatý/vdaná (druh/družka)
  - c) Vdovec/vdova
  - d) Rozvedený/á
  
3. Počet osob v domácnosti:
  - a) Sám/sama
  - b) Manžel/manželka (druh/družka)
  - c) Potomci (děti, vnuci)
  - d) Jiná možnost - uveďte:
  
4. Než jste byl/a hospitalizován/a, pomáhal Vám někdo s uspokojováním Vašich zdravotních, resp. sociálních potřeb? Můžete upřesnit, jak Vám pomáhal?
  
5. Využíval/a jste před hospitalizací nějakou z těchto sociálních nebo zdravotních služeb?
  - a) Pečovatelskou službu
  - b) Asistenční službu
  - c) Domácí zdravotní péči
  - d) Jinou

6. Máte v současnosti nějaký problém, který Vám pomáhá zdravotně sociální pracovnice vyřešit? Pokud ano, jaký?
7. Řeší Vaši situaci zdravotně sociální pracovnice také s Vaší rodinou? Pokud ano, tak jakou situaci?
8. Je pro Vás kontakt se zdravotně sociální pracovnící důležitý? Pokud ano, v čem?
9. Jaké podmínky týkající se soukromí byste potřeboval/a k rozhovoru se zdravotně sociální pracovnící?
10. Kolik času potřebujete k rozhovoru se zdravotně sociální pracovnící?
11. Jak byste popsal/a úroveň komunikace se zdravotně sociální pracovnící?
12. Jaké změny v kontaktu se zdravotně sociální pracovnící byste navrhl/a?

## **Summary**

I focused my Master's thesis on communication of medical social workers from centers of post-acute care with patients. It is difficult communication because most of the patients are senior citizens with both health and social problems. Content of medical social worker communication is mostly about resolving sub-sequential patient care after demission from center of post-acute care. The care can't be placed at home environment, it is necessary to provide residential social service. Complications also occur when senior is alone, without finances, or the family is non-functional.

The thesis is thematically divided into topic of senior health, topic defining social work with them, where the largest portion of theoretical part is concentrated on communication. I move from general description of social communication to specific aspects of communication with seniors in center of post-acute care. Next is recommendation for communication with senior for medical social workers usage.

In practical part, using research with medical social workers, I concentrate on description of particular activities, conditions for their high quality work performance, and problems in in area of communication. Research with seniors in center of post-acute care related to mapping of their social situation and their family environment. Then, the needs of communication with medical social worker were found out.

Conclusion of the research is a discovery of problems in area of health condition, social situation, time and privacy, following description of problematic area regarding communication. For example lack of time and privacy for interviews, or high number of patients in care of medical social workers. Many times, reluctance and hesitation to speak about their problems, is associated. Commniction is also worsened by their poor health condition.

In the end, I recommend legislative changes in area of staffing according to numbers of patients per one worker, and technical improvements of environment enabling privacy during interviews. Next recommendation is related to compulsory course for medical social workers focused on 'communication with seniors' skills.