

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Edita Valtová

Role sociálního pracovníka v nemocnicích
Podpora a pomoc rodinám dětí se zdravotním postižením předškolního věku

Role of social worker in hospitals
Support and help provided to families with disabled child of pre-school age

Praha 2012

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Kodymová Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Eva Dragomirecká Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. června 2012

Edita Valtová

Anotace

Diplomová práce se zabývá sociální prací v nemocnici, respektive náplní práce sociálního pracovníka v nemocnici, podporou, které se mu při výkonu jeho práce dostává a podmínkami, za kterých tuto práci vykonává. V teoretické části práce jsou vymezeny pojmy sociální práce, sociální pracovník a jeho kompetence a přístupy ke klientům, nemocnice, pacient a klient. Zabývá se také etickým kodexem. Dále se věnuje zdravotnímu postižení a jeho typům. Věnuje se rodině a výchovným stylům, situaci rodin s dítětem se zdravotním postižením, různým dávkám ze systému sociálního zabezpečení, na které mohou mít tyto rodiny nárok a sociálním službám, které mohou využívat, přístupu rodičů k dětem se zdravotním postižením a procesu vyrovnání se s touto skutečností. Další část se již věnuje sociální práci v nemocnici, vymezení sociálního pracovníka v nemocnici, požadavkům kladeným na jeho vzdělání a náplni jeho práce. Zmíněn je také pojem kvalita života, který by měl mít sociální pracovník při práci s klienty na paměti.

V praktické části je analyzována činnost sociálních pracovníků v nemocnici s cílem popsat jejich počet a činnosti. Nejdříve je vymezena použitá výzkumná strategie (kvalitativní), výzkumná metoda a výzkumná technika, a dále analyzována získaná data. V rámci diskuse mezi teoretickými informacemi a daty získanými z výzkumného šetření je navržen postup sociálních pracovníků v nemocnici, a to i ve vztahu k rodinám s dětmi se zdravotním postižením.

Klíčová slova: sociální práce, sociální pracovník, zdravotní postižení, rodina, pomoc, podpora, následná péče, sociální služby.

Annotation

The thesis deals with social work at hospital, exactly with job description of social worker at hospital, with support which he receives during performance of work and conditions under which he performs the work. In the theoretical part there are defined terms social work and social worker, his competence and approach to clients, hospital, patient and client. It also deals with ethical codex. Then it deals with disability and its types. It deals with family and educational styles, situation of families with child with disability, different social benefit from social welfare scheme which they can be entitled to and social services which they can use. It discusses also attitude of parents to children with disability and process of coping with this reality. Next part deals with social work at hospital, defining social work at the hospital, his education and job description requirements. There is also mentioned the term quality of life, which should social worker bear in mind during work with clients. In practical part there is analysed work of social workers at the hospital with the aim to describe their amount and activities. At first there is defined used research strategy /qualitative/, research methods and research techniques and also analyzed obtained data. Within discussion between theoretical information and data obtained from research investigation there is proposed procedure of social workers at the hospital and also at the relation to families with children with disability.

Key words: social work, social workers, disability, family, help, support, aftercare, social services.

Obsah

Anotace.....	3
Annotation.....	4
Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Vymezení základních pojmů.....	9
1.1 Sociální práce.....	9
1.1.1 Sociální práce vůči jiným oborům.....	10
1.2 Sociální pracovník.....	10
1.2.1 Kompetence pro výkon profese sociálního pracovníka.....	12
1.2.2 Typologie přístupů sociálního pracovníka k praxi.....	13
1.3 Etický kodex.....	14
1.4 Nemocnice.....	18
1.5 Pacient a klient.....	18
2 Zdravotní postižení.....	20
2.1 Vrozené vývojové vady.....	22
2.2 Získané zdravotní postižení.....	23
2.3 Typy zdravotního postižení.....	25
2.4 Sociální role člověka s postižením a sociální stigma.....	27
3 Rodina dětí se zdravotním postižením.....	30
3.1 Rodina a její funkce.....	30
3.1.1 Výchova dětí.....	31
3.2 Rodina dítěte se zdravotním postižením.....	32
3.2.2 Rodiče dítěte se zdravotním postižením.....	33
3.2.3 Výchova dětí se zdravotním postižením.....	37
4 Sociální práce v nemocnici.....	40
4.1 Sociální problematika v nemocnici.....	40
4.2 Sociální pracovník v nemocnici.....	41
4.2.1 Legislativní vymezení sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	41
4.2.2 Činnosti sociálního pracovníka v nemocnici.....	42
4.2.3 Dokumentace vedená sociálním pracovníkem v nemocnici.....	47
4.2.4 Vzdělání sociálního pracovníka v nemocnici.....	48
5 Péče o děti se zdravotním postižením a jejich rodinu.....	51

5.1	Multidisciplinární tým	54
5.1.1	Sociální pracovník v nemocnici a jeho zapojení do multidisciplinárního týmu.....	57
5.2	Sociální situace rodiny dítěte se zdravotním postižením a pomoc poskytovaná sociálním pracovníkem	58
5.2.1	Dávky pro rodiny dětí se zdravotním postižením.....	61
5.2.2	Sociální služby.....	64
5.3	Následná péče o děti a jejich rodinu po odchodu do domácí péče	65
5.4	Kvalita života	67
	PRAKTICKÁ ČÁST	69
6	Metodologie výzkumného šetření	69
6.1	Cíl a dílčí cíle výzkumného šetření.....	69
6.2	Kvalitativní výzkumná strategie	69
6.3	Výzkumné metody	70
6.4	Výzkumná technika	72
6.5	Transformace dílčích cílů do otázek rozhovoru.....	73
6.6	Výběr respondentů a jejich charakteristika.....	76
6.7	Analýza činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnictví – viz kvalitativní výzkum	77
6.8	Diskuze - Optimální řešení týmové práce při komplexní péči o děti se zdravotním postižením a jejich rodinu	93
	Závěr.....	102
	Literatura	106
	Seznam zkratk	114
	Seznam příloh.....	115

Úvod

Sociální práce, respektive sociální pracovníci nacházejí své uplatnění v mnoha oblastech a institucích, např. orgány sociálně-právní ochrany dětí, domovy pro seniory, sociální služby. Jednou z oblastí jsou i nemocnice. Každá z těchto oblastí má různá specifika, a klade odlišné požadavky na sociálního pracovníka, co se týká specifík skupiny klientů, se kterou pracuje, vnitřních předpisů organizace, pro kterou pracuje, ale i požadavků kladených na jeho vzdělání. Dané oblasti jsou i v různé míře upraveny legislativou (zákony, vyhláškami, metodickými pokyny), které výkon práce v dané oblasti upravují. Já se v této práci chci zaměřit na výkon sociální práce v nemocnicích. V předložené práci chci zmapovat roli sociálního pracovníka v nemocnicích se zaměřením na podporu a pomoc, kterou poskytuje rodinám s dětmi se zdravotním postižením.

Dané téma mne osobně velmi zajímá, ale i přesto, že se, z mého pohledu nejedná o téma příliš veřejně diskutované, je to téma zajímavé a jistě aktuální. V každodenním životě se setkáváme s dětmi zdravými i s dětmi nemocnými, u kterých se může projevit trvalé zdravotní postižení. Vždyť každý z nás se může dostat do situace, kdy se mu narodí dítě se zdravotním postižením, či u něj vlivem onemocnění či úrazu zdravotní postižení vznikne, a bude potřebovat podporu, aby danou situaci co nejlépe zvládl, a dokázal tak být svému dítěti dostatečnou oporou. Jedním z nejdůležitějších lidí, kteří rodiči tuto pomoc mohou poskytnout, je právě sociální pracovník v nemocnici, neboť je, po lékaři a zdravotnickém personálu, první osobou, která s rodiči o nastalé situaci hovoří a nabízí jim pomoc.

Hlavními, respektive dlouhodobými cíli mé práce jsou *Vytvoření minimálních počtů a činností sociální práce ve zdravotnictví a vytvoření koncepce sociální práce ve zdravotnictví*. Ve svém výzkumném šetření se chci zaměřit na náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví, na jejich kvalifikaci. Jejich postavení v nemocnici a oporu, které se jim ve zdravotnických zařízeních dostává. V souvislosti s tím jsem dlouhodobé cíle práce rozdělila na tři dílčí cíle (DC):

DC1: Výzkumným šetřením zjistit pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

DC2: Výzkumným šetřením ozřejmit postavení a kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

DC3: Výzkumným šetřením rozkrýt, jakou oporu mají sociální pracovníci ve svých zdravotnických zařízeních.

Jak již bylo naznačeno, bude práce rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. V teoretické části nejdříve vymezím sociální práci a její vztah k jiným oborům, sociálního pracovníka, jeho kompetence, přístupy k praxi a etický kodex, a dále základní pojmy, jako klient, pacient, nemocnice.

V další části práce se zaměřím na zdravotní postižení, na jeho vymezení, možnosti jeho vzniku a rozdělení na jeho jednotlivé typy. Zaměřím se také na postoje společnosti k lidem s postižením. V následující kapitole se budu věnovat rodině, jejím funkcím, výchově dětí a jejím stylům. Dále se již zaměřím na rodiny dětí se zdravotním postižením a nárokům, která skutečnost, že jejich dítě má zdravotní postižení, na rodiče klade. Uvedu také fáze, kterými musí rodiče projít v procesu přijetí tohoto faktu. Budu se také věnovat vztahům rodičů k dětem se zdravotním postižením, které ovlivňují jejich výchovu.

V následující kapitole se budu věnovat sociální práci v nemocnici, kdy vymezím problematiku, které se týká. Dále vymezím sociálního pracovníka v nemocnicích na základě platné legislativy, kdy zde pracují dva typy sociálních pracovníků. Zaměřím se na požadavky kladené na jeho vzdělání, náplň jeho práce a povinnosti, které má stanoveny. Následující kapitola je věnována péči o rodiny dětí se zdravotním postižením, na které se podílí řada odborných pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu. Součástí tohoto týmu je také právě sociální pracovník. Jeho pomoci rodinám s dětmi se zdravotním postižením se odvíjí od sociální situace těchto rodin a možných forem pomoci, které vymezím. Součástí této pomoci je také péče po ukončení hospitalizace. Za důležité považuji alespoň krátce se věnovat kvalitě života, ke které by veškerá péče, respektive pomoc měla směřovat.

Ve výzkumném šetření, které má podobu sondy provedené na území hlavního města Praha, na základě které by poté mohlo být provedeno výzkumné šetření na území celé České republiky, se zaměřím na analýzu činnosti sociálních pracovníků v nemocnicích. Nejdříve vymezím hlavní cíle práce a cíle dílčí, dále zvolenou výzkumnou strategii (konkrétně strategii kvalitativní), výzkumné metody a výzkumnou techniku. Charakterizují také vybrané respondenty. Následně již zpracuji získané údaje a interpretuji je.

V závěrečné diskusi, která bude vycházet z části teoretické a výsledků provedené sondy, se pokusím vypracovat metodický postup práce sociálních pracovníků v nemocnici s rodinami s dětmi se zdravotním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů

V této kapitole vymezím ty pojmy, které považuji vzhledem k zaměření mé práce za důležité objasnit hned zpočátku. V dalších kapitolách se pak budu některým z nich dále věnovat. Vzhledem k tomu, že se věnuji roli sociálního pracovníka v nemocnici, považuji za důležité vymezit samotnou sociální práci a její cíl, sociální práci ve vztahu k jiným oborům, zaměřit se na sociálního pracovníka, jeho kompetence a přístupy k praxi. Sociální práci a sociálnímu pracovníkovi v nemocnici se pak věnuji v kapitole čtvrté. Vymezím také etický kodex a budu se věnovat etickému kodexu Společnosti sociálních pracovníků, neboť je důležitý pro pochopení hodnot profese sociální práce, vymezuje odpovědnost sociálního pracovníka a pomáhá mu identifikovat etická dilemata a problémy. Dále definuji nemocnici, klienta a pacienta, kdy s klienty pracují právě sociální pracovníci, kdežto s pacienty zdravotnický personál.

1.1 Sociální práce

Sociální práce je považována za jednu z pomáhajících profesí. Matoušek ji považuje za společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy (Matoušek, 2003).

Americká Asociace sociálních pracovníků vymezila sociální práci jako profesionální aktivitu, která se zaměřuje na poskytování pomoci jednotlivcům, skupinám či komunitám, a vede ke zlepšení nebo obnovení jejich schopnosti sociálního fungování. Zároveň se zaměřuje na tvorbu pro to příznivých společenských podmínek (in Navrátil, 2001).

Dle Řezníčka je poslání sociální práce většinou chápáno jako „...*poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám,*” jejichž účelem je pomoci klientovi vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, nebo odstranit či zmírnit problémy, které změnit či vyřešit lze. Zároveň mají být, pokud je to možné, upraveny sociální poměry tak, aby mohly případně přispět ke zlepšení sociální situace klienta (Řezníček, 2000, s. 21).

1.1.1 Sociální práce vůči jiným oborům

Matoušek uvádí, že se odbornost sociálního pracovníka „...vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky – psychologa, právníka apod.“ (Matoušek et al., 2001, s. 180). S těmito znalostmi by měl umět adekvátně posoudit situaci klienta a najít nejlepší řešení. Dát klientovi na vybranou, popř. mu poradit, která z variant je pro něj nejlepší. Při práci s nezletilými by měl brát do úvahy nejen přání rodiny, ale i přání dítěte a dbát na jeho práva a jednat v jeho zájmu. Ostatně např. dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o sociálně-právní ochraně dětí")¹, i dle Úmluvy o právech dítěte, publikované ve Sbírce zákonů jako sdělení Federálního Ministerstva zahraničních věcí pod č. 104/1991 Sb.,² má dítě právo vyjadřovat se k záležitostem, které se ho týkají, a nemělo by být vyloučeno z rozhodování, které se týká jeho dalšího života, pokud je schopno formulovat vlastní názor. Vyjádření dítěte se věnuje pozornost odpovídající jeho věku a rozumové vyspělosti.

1.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník má za úkol ovlivňovat „...společenské skupiny, organizace, společenství, obce a celou společnost“ ve snaze vytvořit pro všechny její příslušníky podmínky k uspokojivému a produktivnímu životu (Řezníček, 2000, s. 21). Matoušek uvádí, že sociální pracovníci pomáhají klientům, tj. jednotlivcům, rodinám, skupinám či komunitám, dosáhnout nebo získat zpět způsobilost k sociálnímu uplatnění, a současně pomáhají vytvořit pro toto uplatnění příznivé společenské podmínky (Matoušek, 2003).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o sociálních službách") definuje sociálního pracovníka pomocí činností, které vykonává – provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, poskytuje sociálně-právní poradenství, vykonává analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti,

¹ srov. § 8, odst. 2).

² srov. čl. 12.

odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109).

V okamžiku, kdy se lidé rozhodnout stát se sociálním pracovníkem, berou na sebe povinnosti k profesi a zaměstnavateli. Ostatní lidé pak od nich mohou legitimně očekávat, že budou své povinnosti plnit. Pro sociálního pracovníka je důležitý institucionální rámec jeho práce (práva a povinnosti definované právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy), protože zasahuje do života klientů, je třeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní. Při své práci se seznamuje s detaily ze života klientů, musí tak být zajištěna potřebná ochrana jejich soukromí, která je dána povinností mlčenlivosti ze strany sociálního pracovníka. V ideálním případě se práva a povinnosti sociálního pracovníka vzájemně doplňují, avšak praxe je často jiná. Dochází k jejich konfliktu a sociální pracovník musí mezi nimi volit. Howe (1991) a Banks (1995) se v této souvislosti zmiňují o rozdílu mezi defenzivní a reflexivní praxí.

Pro **defenzivní** praxi je charakteristické, že sociální pracovník jedná dle předpisů a plní povinnosti definované zaměstnavatelem a zákonem. Pravidla pro práci se zavádějí všude, kde je to možné. Sociální pracovníci pak vědí, na základě čeho mají hodnotit situaci a jaké zdroje mají k dispozici. Problémy klientů, které jsou komplexní, vzájemně propojené a nesou s sebou nejistotu, sociální pracovníci ignorují, nebo filtrují dle toho, zda jsou relevantní s cíli organizace. Klient se přizpůsobuje cílům organizace místo toho, aby se organizace přetvářela ve snaze reagovat na potřeby klientů. Sociální pracovník zastává roli hodnotitele, inspektora, sběrače důkazů a manažera rozpočtu. Jeho povinnosti jsou popsány do detailu, což vede často právě k defenzivní praxi. Při výkonu své práce sice omezen, ale na druhé straně je chráněn před vlastní odpovědností.

Sociální pracovník, který je schopen **reflektovat** praxi, dokáže identifikovat etická dilemata a to, jak vznikají (např. nerovnováha moci, kontradikce sociálního státu). Je si jistější sám sebou, snaží se v praxi využívat své znalosti a dovednosti. Zná hodnoty profese a ví, jak je používat v praxi. Uvědomuje si, že jeho hodnoty, hodnoty profese a hodnoty zaměstnavatele mohou být v konfliktu. Dokáže se vyrovnat s nejistotou a je připraven nést riziko. Je autonomní osobností, která je schopna nést morální odpovědnost za svá rozhodnutí (Matoušek et al., 2008).

O hodnotách sociální práce, o povinnostech sociálních pracovníků vůči klientům, zaměstnavateli, společnosti, ale i o možných etických dilematech a problémech, se kterými se mohou při své práci setkat, hovoří Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků. O tomto kodexu budu hovořit v dalším textu (viz kapitola 1.2.3).

1.2.1 Kompetence pro výkon profese sociálního pracovníka

Pro výkon profese sociálního pracovníka jsou důležité určité kompetence, které mu umožňují zvládat činnosti, které vycházejí z požadavků klientů, organizace, ale i celé společnosti. Uvedené kompetence jsou vymezovány velmi rozmanitě, ale většina definic klade důraz na osobnost, znalosti, schopnosti a dovednosti sociálního pracovníka, který díky nim vykonává svou profesi profesionálně a efektivně (Sliacky, 2009).

Havrdová (1999, s. 42) uvádí definici zaměřenou přímo na oblast kompetencí v sociální práci. „*Profesionální kompetence v sociální práci můžeme chápat jako funkcionální projev dobře zvládnuté a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“ Tato definice je zaměřená především na zvládnutí role sociálního pracovníka a z ní vyplývajících nároků.

V současné literatuře můžeme nalézt různá rozřídění kompetencí. Havrdová představila úzce rozpracovanou soustavu kompetencí. Sociální pracovník by měl „...*rozvíjet účinnou komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat k soběstačnosti, zasahovat a poskytovat služby, přispívat k práci organizace, odborně růst*“ (Havrdová, 1999).

Potřebné kompetence realizuje sociální pracovník ve své každodenní práci, kdy je neustále obklopen lidmi. Nachází se v prostředí, kde je komunikace a sociální kontakt s druhými nezbytný. V profesi sociální práce se člověk musí, více než v mnoha jiných profesích, angažovat celou svou osobností, neboť je základním nástrojem své práce, což zdůrazňuje Pávková (2008), která klade hlavní důraz na osobnostní kvality pracovníka, protože jsou důležitým prostředkem k vytvoření spolupráce s klientem, bez které nemůže vzniknout vzájemný, pro klienta přínosný vztah.

Lüssi (1995 in Saunders, 2008) uvádí přehled osobnostních kvalit sociálního pracovníka, které mají vliv na vztah s klientem. Humánní tendence zahrnuje zájem o lidi a ochotu jim pomoci. Projevuje se tolerancí, nezaujatostí, účastí, vstřícností, zaměřením na pozitivní vlastnosti klienta, proto by měl pracovník disponovat schopností komunikovat a kooperovat, snadno navazovat kontakty a umět je udržet i s odmítavými a konfliktními

klienty. Měl by být přirozený, otevřený, spontánní, srdečný, empatický, aktivní a kreativní. Měl by podporovat klienta. Stabilita sociálního pracovníka se projevuje v samostatnosti a zvládnutí zátěže plynoucí z jeho práce, a to zaručuje, že sociální pracovník zůstává sám sebou a není manipulativní. Sociální pracovník je v práci vystaven značné psychické zátěži.

Důležitá je pro sociálního pracovníka sociální inteligence. Měl by rozumět lidem, jejich pocitům, chování, zorientovat se v sociální situaci klienta a vědět, jakým směrem se vydat ke zlepšení. Měl by umět rozlišit, co je, a co není eticky přípustné. Jeho osobnost by měla být ve shodě s etickými principy profese, a vyžaduje mravní integritu. Měl by být upřímný a pravdomluvný, aby si zasloužil důvěru klientů (Lüssi 1995 in Saunders, 2008). Pro práci s klienty je také důležitá jeho emoční inteligence a lidský přístup ke klientům plný porozumění, kdy je nutné, aby klienty neodsuzoval a chápal jejich, pro něj často nepochopitelná, rozhodnutí. Důležitá je jeho důvěryhodnost a udržení si vlastních hranic.

Matoušek (2003) uvádí mantinely výše uvedených požadavků, neboť i v případě ideálního stavu, kdy je pracovník motivován, je aktivní a disponuje všemi potřebnými osobnostními rysy, zvládne pracovat jen s omezeným počtem klientů. Pokud je zahlcen prací, nedokáže v praxi optimálně uplatnit své charakterové rysy. Z toho pak vyplývá nutnost regulovat množství klientů, které má pracovník na starosti. Také v resortu zdravotnictví je počet sociálních pracovníků nedostatečný, neboť se rozšiřuje sociální problematika (viz níže kapitola 4), která se ho týká a spadá do jeho kompetencí.

Z výše uvedeného je patrné, že požadavky na osobnost sociálního pracovníka jsou značně vysoké. Je zde sepsán jakýsi ideál, ke kterému by se měl sociální pracovník snažit přiblížit. V realitě však těžko najdeme pracovníka, který by splňoval všechna kritéria. Než se začínající sociální pracovník stane opravdovým profesionálem, musí urazit dlouhou cestu a pracovat na rozvoji své osobnosti. Musí získat mnoho zkušeností, znalostí a zásad asertivního jednání, musí zlepšovat schopnost empatie. Vliv na jeho práci má často i momentální rozpoložení, nálada a situace v soukromém životě, a protože do své práce zapojuje celou svou osobnost, měl by se snažit být co nejvíce vyrovnaný a v dobrém rozpoložení.

1.2.2 Typologie přístupů sociálního pracovníka k praxi

Sociální pracovník by měl být především profesionálem schopným reflexe a z této pozice by měl posuzovat ostatní povinnosti. Vždy by měl být schopen své jednání veřejně obhájit. Z hlediska způsobu přístupu k praxi definovala Banksová (1995, 1998) čtyři typy či modely praxe v sociální práci, které se v realitě prolínají:

- **angažovaný sociální pracovník** (committed) - uplatňuje ve své práci osobní morální hodnoty. Sám sebe chápe především jako osobu, až potom jako sociálního pracovníka (používá stejné etické principy na situace v osobním i v pracovním životě). Měl by o své klienty opravdově pečovat a jednat s nimi jako s přáteli, s respektem a být empatický. V kontextu současné praxe je tento přístup problematizován, neboť by sociální pracovník mohl být jednak obviněn z toho, že straní některým klientům (v tomto rámci je obtížné poskytnout stejnou péči všem), jednak může dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem (možnost zneužití ze strany sociálního pracovníka i klienta), anebo k vyhoření. Proto je důležité, aby se sociální pracovník pohyboval v institucionálním rámci práv a povinností.
- **radikální sociální pracovník** – také vkládá osobní hodnoty do praxe. Nedělá to však proto, aby jednotlivému klientovi poskytl bezpodmínečnou péči, ale jde mu primárně o změnu těch zákonů, oblastí sociální politiky a praxe, které považuje za nespravedlivé. Jde tedy spíše o otázku politické ideologie a o práci v zájmu sociální změny.
- **byrokratický sociální pracovník** - cílem sociální práce je manipulace s lidmi v zájmu jejich změny. K roli sociálního pracovníka patří i to, že vytváří iluzi osobní péče o klienta. Na druhé straně zase v určitých případech musí působit i jako přísný "normalizátor" klienta. V tomto modelu se doporučuje oddělení osobních hodnot, profesních hodnot a hodnot zaměstnavatele, kdy oddělení osobního a profesního je nutné proto, aby sociální pracovníci necítili vinu za to, že s lidmi manipulují a využívají vztah způsobem, který by v osobním životě nepovažovali za čestný.
- **profesionální pracovník** - je autonomním profesionálem vzdělaným v oboru, je veden etickým kodexem a jeho identitu tvoří především členství v profesi. Prioritou jsou práva a zájmy klientů. Důležitý je individuální vztah s klientem, kterého chápe jako aktivního spolupracovníka. Profesionální model je založený na tom, že je třeba vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem, a to upevněním práv klientů, kdy umožňuje participaci klientů na rozhodování a otevírá služby vlivu klientů. Důležitou roli ve změně organizační kultury hraje i možnost klienta stěžovat si. Klient dostane v kontextu profesionálních vztahů větší moc, kterou mu dává, ale také kontroluje, sociální pracovník.

1.3 Etický kodex

Etický kodex je dokument, který upravuje obecná i konkrétní pravidla práce v jednotlivých organizacích či profesích. Tato pravidla vycházejí z hodnot a principů organizace a vymezují standardy profesionálního jednání. Etický kodex je nástroj, který

pomáhá zajistit, aby každodenní aktivity podniku či profesního sdružení, respektive jednání všech zaměstnanců, odpovídalo stanoveným zásadám. Etický kodex nemá právní platnost, jeho porušení je však možné řešit v něm stanoveným postihem. Některé organizace či profesní sdružení mohou vytvářet pro své zaměstnance etický kodex závazný (zaměstnanec se zavazuje jej dodržovat svým podpisem, při jeho porušení mu hrozí výpověď), nebo nezávazný (dodržování je dobrovolné), (Hesková).

Svůj etický kodex mají v nemocnici lékaři (Hippokratova přísaha), zdravotní sestry, sociální pracovníci, právníci a další profese. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky vychází z etického kodexu přijatého Mezinárodní federací sociálních pracovníků (International Federation of social workers, IFSW) a byl poprvé schválen na konferenci Společnosti sociálních pracovníků ČR v Ostravě roku 1994, s účinností od 1. 1. 1995.

V létě 2004 přijala IFSW nový etický kodex sociálních pracovníků, který nahrazuje předchozí *Zásady a standardy etiky sociální práce* přijaté v červenci 1994 na Srí Lance (přesné znění je možné vyhledat na internetové adrese [IFWS](#)). Návrh nového etického kodexu předložila Stálá komise pro etické otázky valnému shromáždění IFSW, které jej přijalo v říjnu roku 2004 v Adelaide (viz příloha č. 1). Úvodní princip zněl: „*Etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby nabízené uživatelům služeb sociální práce.*“ Změny kodexu byly diskutovány několik let předtím, první předběžný návrh byl předložen v Ženevě roku 2002, další na schůzi výkonného výboru IFSW v Kodani roku 2003. Nečasová uvádí, že v novém etickém kodexu je přehodnocen etnocentrický náhled na svět. Mezi novými tématy se objevují především potřeba péče o pracovníky a uznání jejich obtížné situace vyplývající z podstaty profese, povinnosti spolupráce se školami sociální práce a odpovědnost za to, že rozhodnutí budou eticky podložená. Rozvinuto je téma identifikace silných stránek klienta, celostní přístup ke klientovi a zasazení do širšího rámce. Mezi problémovými oblastmi je nově uvedena limitovanost zdrojů. Zajímavou částí je označení těch, kterým sociální pracovníci pomáhají. Termíny "klient", "uživatel péče", "obyvatel domova" apod. byly nahrazeny všeobecně akceptovatelným vyjádřením "lidé, kteří užívají služeb sociálních pracovníků" (Nečasová, 2004). Na základě nově přijatého mezinárodního etického kodexu byl plénem Společnosti sociálních pracovníků České republiky schválen v květnu 2006 nový Etický kodex, s účinností od 20. 5. 2006 (viz příloha č. 2).

Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků obsahuje všechny prvky modelů sociální práce v přístupu ke klientovi (viz výše kapitola 1.2.2), ale důraz klade na

profesionální model s příměsí povinností vzhledem k zaměstnavateli a sociální změně. Etický kodex ukládá sociálnímu pracovníkovi povinnosti ve vztahu ke svému povolání a odbornosti. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod. Prosazuje etické chování a rozhodování, čímž pomáhá zlepšovat vnitřní i vnější prostředí subjektu. Brání tomu, aby odbornou sociální práci prováděl pracovník bez patřičného vzdělání. Sociální pracovník je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilemata. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce. Etický kodex také identifikuje etická dilemata a problémy (Hesková). Mezi základní etické problémy patří kdy do života klienta vstoupit, kolik pomoci mu poskytnout a kdy s jejím poskytováním přestat, kterým klientům dát přednost). Další problémové okruhy upozorňují na možnost střetu zájmu (např. klienta a sociálního pracovníka, klienta a jiného občana, klienta a společnosti). Upozorňuje také na problém, kdy sociální pracovník má klientovi pomáhat a zároveň jej kontrolovat. Etický kodex dále stanovuje sociálnímu pracovníkovi povinnost mít etiku své práce na paměti během celé práce s klientem a v jeho zájmu, při volbě pomoci a její realizaci. Dává také návod na postup při řešení etických problémů (Etický kodex, 2006).

Znalost etických teorií a hodnot sociální práce, včetně etického kodexu, pomáhá sociálnímu pracovníkovi v situaci, kdy musí řešit etický problém nebo etické dilema. Zároveň přispívá k identifikaci s oborem a k větší jistotě při provádění sociální práce. Reamer (1995) doporučuje sociálním pracovníkům dodržovat při řešení etických dilemat následující postup. Nejdříve je nutné etické dilema identifikovat, včetně hodnot a povinností, které jsou v konfliktu. Potom je vhodné zamyslet se nad tím, kterých jednotlivců, skupin i organizací se řešení dilematu nějakým způsobem dotkne. Následuje důkladná rozvaha všech možných způsobů jednání, včetně pravděpodobných efektů (kladných i záporných) pro zúčastněné a společnost jako celek. Je třeba zvážit pro a proti u každého způsobu jednání. Při tom se berou v úvahu etické teorie a principy (např. deontologická a utilitaristická teorie, etika účasti) a etická doporučení, která jsou na nich založená, etický kodex a právní normy, metody sociální práce a osobní hodnoty sociálního pracovníka (náboženské, kulturní a etnické hodnoty a politická ideologie). Přínosem je i konzultace se spolupracovníky a supervize. Na základě tohoto postupu je obvykle možné dilema řešit. Každopádně se doporučuje postup zdokumentovat a řešení zhodnotit (Matoušek et al., 2008).

1.4 Nemocnice

Nemocnice je specifické zařízení. I přesto, že jsou zde poskytovány sociální služby, není zařízením sociálních služeb. Ustanovení § 34 zákona o sociálních službách nemocnice mezi zařízeními sociálních služeb neuvádí. Nemocnice definuje ustanovení § 35 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o péči o zdraví lidu"), které uvádí, že nemocnice „...*poskytují ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření.*“

I když je zřejmé, že hlavním cílem nemocnice je uzdravení pacienta, je třeba přemýšlet i o tom, jak bude pacient fungovat po propuštění z nemocnice doma a ve společnosti. Samozřejmě je důležité, zda odchází z nemocnice zcela zdravý, s chronickým onemocněním, nebo s určitým postižením (zejména fyzickým). Z toho důvodu se domnívám, že má sociální práce v nemocnici velmi důležité místo, neboť by měla přispět k návratu pacienta (klienta) do svého prostředí, zajistit mu potřebnou pomoc a předcházet jeho návratu do nemocnice či přechodu do jiného ústavního zařízení. Sociální práci v nemocnici se budu věnovat v dalším textu (viz kapitola 4).

1.5 Pacient a klient

Pojem **pacient** má kořen v latinském výrazu *patior - trpím, strpím* (Matoušek, 2003, s. 140). Pacient je nemocný člověk, v užším významu „...*člověk, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, případně v zařízení poskytujícím sociální služby, pokud má péče v tomto zařízení zdravotní prvky*“ (Matoušek, 2003, s. 140).

Ustanovení § 2 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o nelékařských zdravotnických povoláních"), pacientem rozumí fyzickou osobu, „...*kteřé se poskytuje zdravotní péče*“ dle zákona o péči o zdraví lidu.

Klient je pojem užívaný v sociální práci a označuje člověka, který přijímá od sociálního pracovníka sociální služby. „*Subjekt využívající sociální služby. Může to být osoba, rodina, skupina i komunita. Protože výraz navozuje představu pasivního a závislého postoje,*

dávají někteří soudobí autoři přednost výrazům uživatel, resp. konzument služeb, nebo dokonce zákazník“ (Matoušek, 2003, s. 90). Výraz "konzument" si do jisté míry drží neutrální zabarvení, označuje člověka přijímajícího sociální služby, kdežto "zákazník" vyvolává pocit tržně-ekonomického prostředí. O naplnění tohoto významu v posledních letech se snaží i Česká republika, i když toho dle mého názoru zatím nebylo dosaženo.

Ve své práci budu používat označení "klient", "uživatel", popř. "pacient" protože má být zaměřena nejen na děti s postižením, ale i na jejich rodiny, jichž jsou nedílnou součástí.

2 Zdravotní postižení

Vzhledem k tomu, že se v této práci věnuji sociální práci, respektive sociálnímu pracovníkovi v nemocnici při práci s rodinami dětí se zdravotním postižením, považuji za důležité vymezit zdravotní postižení, jeho typy a stupně, pojmy vada, postižení, handicap. Dále se věnuji sociální roli člověka s postižením, reakci rodičů na tuto skutečnost a přístupu společnosti k těmto lidem, neboť uvedené informace považuji za důležité pro sociální práci s touto skupinou klientů.

Pojem postižení se vyvíjel a měnil až do současné doby, ale i dnes ještě můžeme nacházet určitou nejednotnost jeho pojetí. Zdravotní postižení je možné vymezit jako „...ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému...“ následkem čehož dochází k narušení, omezení či úplné absenci některých kompetencí (Vágnerová, 2004, s. 161). Děti se zdravotním postižením můžeme chápat jako děti nemocné a zdravotně oslabené, v širším významu jako děti s jakýmkoli druhem postižení (Vítková, 2006). Zdravotní postižení můžeme vnímat nejen jako následek vrozených či získaných poruch zasahujících určité oblasti a funkce organismu, ale také jako veškerá postižení „...vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí.“ Tato omezení vyúsťují v handicap, který do značné míry ovlivňuje postavení dítěte i dospělého s postižením ve společnosti (Matějček, 2001, s. 7). Z psychologického hlediska se jakékoli postižení neprojeví pouze narušením funkcí některého orgánového systému, ale podílí se na celé osobnosti dítěte s postižením, jejím rozvoji, ovlivňuje i běžné situace, ve kterých se dítě ocitá a spoluurčuje jeho společenské uplatnění (Vágnerová, 2004).

Pojmem postižení se zabývá také *Desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (1996), která rozlišuje pojmy porucha, disability a handicap.

- **Poruchu, poškození** (impairments) je možné chápat jako „...poškození, poruchu, ztrátu nebo abnormalitu v anatomických, fyziologických nebo psychických strukturách či funkcích. Jedná se o poruchy funkcí „tělního orgánu či systému“ (Jankovský, 2006, s. 38).
- **Omezení (disability)** vyjadřuje jakékoli omezení, nemohoucnost, neschopnost, zdravotní postižení vzniklé jako následek poškození. V důsledku se týká i omezení nebo ztráty

schopnosti vykonávat určité činnosti standardním způsobem považovaným společností za normální. Jedná se o poruchu na úrovni celého jedince (Jankovský, 2006).

- **Postižení (handicap)** vyjadřuje znevýhodnění, omezení možností daného jedince vyplývající z nějakého poškození nebo neschopnosti. Omezuje nebo zabraňuje zvládat činnosti a úlohy (např. plnění sociálních rolí), jež by bez znevýhodnění běžně zvládal (Jankovský, 2006; Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, 1996). Handicapem se rozumí znevýhodnění vyplývající z daného omezení či postižení. Označuje také míru vyrovnání se s postižením a sociální pozicí jedince (Vágnerová, 2004).

V roce 1997 nahradila Světová zdravotnická organizace pojmy poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) pojmy poškození, aktivita a participace. **Aktivita** znamená možnost aktivního a samostatného života jedince s postižením, **participace** pak příležitost spoluúčasti na dění ve společnosti (Pipeková, 2006). Toto nejnovější pojetí ustupuje od vnímání postižení jako kategorie, snaží se vyzdvihnout funkční schopnosti. Nehodnotí se tedy pouze člověk jako takový a situace, které nezvládne, ale zaměřuje se především na ty, jež díky ostatním neporušeným funkcím zvládne. Změnou prošel také samotný název klasifikace, který dnes zní *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICFDH) (Jankovský, 2006).

Příčiny vzniku jakéhokoli postižení mohou být různé a může k němu dojít vlivem dědičnosti, či působením vlivů v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Může vzniknout také v důsledku onemocnění či úrazu, kdy se hovoří o postižení získaném. Obecně tedy rozlišujeme kategorii vrozených a později získaných postižení (Vágnerová, 2004). Je důležité si uvědomit, že pro vývoj dítěte se zdravotním postižením je nutné rozlišovat postižení vrozené a získané. Postižení vrozené, resp. získané v raném věku sice více ovlivňuje život dítěte, ale subjektivně není tak traumatizující. Dítě si totiž často nedokáže představit, jaké by to bylo, kdyby bylo zdravé. Oproti tomu postižení získané později představuje větší psychické trauma, neboť dítě ví, co ztratilo. Z objektivního hlediska je postižení získané později výhodnější z důvodu dříve nabytých zkušeností, na nichž se dá stavět, a čím je paměťová stopa (postižení vzniklo v pozdějším věku) delší, tím je to lepší pro pomáhající profese (Opatřilová, 2007).

Krátce bych shrnula odlišnosti vývoje jedince s postižením v období kojeneckého, batolecího a předškolního věku. Vývoj kojence s postižením hodně záleží na rychlosti vyrovnávacího procesu rodičů (viz níže). Malý kojeneček pod vlivem postižení hůře poznává svět a při učení se často neobejde bez speciální pomoci. V prvním roce života si dítě vytváří základní postoje k životu a u dítěte s postižením je riziko, že si zafixuje svou apatii a pasivitu, která je pro ně často typická a v pozdějším věku mu může působit problémy. U těchto dětí by měli rodiče počítat s vývojovým opožděním. První osamostatňování probíhající v batolecím věku je pro děti s postižením velmi ztížené, ne-li nedostupné. Například pro děti s tělesným a zrakovým postižením bývá nejobtížnější odpoutání se z vázanosti na určité místo. Pro děti s mentálním a sluchovým postižením je největším problémem přechod na abstraktní myšlení. Pro všechny skupiny dětí s postižením je pak obtížné odpoutání se ze závislosti na matce. Toto období je velmi důležité při vytváření vlastní identity. Paradoxně právě u dětí s postižením, které v životě budou muset překonávat mnoho obtíží, je tento vývoj často potlačen samotným postižením, nebo i neúmyslně okolím. Důsledkem pak bývá závislost dítěte na svém okolí, čímž se vytváří základ jeho budoucí nesamostatnosti. Radost rodičů z vývojového pokroku jejich dítěte v předškolním období většinou naruší nástup dítěte do školy. V tomto období nastává první krize identity. Ve škole (a to již mateřské) dochází ke konfrontaci dítěte se zdravotním postižením s vrstevníky, kdy rozdíl mezi nimi je výrazný, především pokud jsou ostatní děti zdravé (Valtová, 2004).

Před rodiči stojí nelehký úkol, kdy se musí rozhodnout mezi dvěma variantami - buď vystaví dítě větším stresům a negativní konfrontaci s dětmi zdravými v "normální" škole, čímž mu ale usnadní integraci do společnosti zdravých lidí, nebo se rozhodnou pro mateřskou či základní školu speciální, kde jsou zkušenější učitelé, dítě není vystavováno takovým stresům, ale zase tímto krokem oddálí jeho integraci do společnosti až do období adolescence a rané dospělosti (Vágnerová, 2004).

2.1 Vrozené vývojové vady

Kongenitální anomálie či vrozené vývojové vady jsou termíny označující vývojové poruchy přítomné při narození. Výskytem vývojových vad v populaci, jejich příčinami a faktory, které jejich výskyt ovlivňují, se zabývá interdisciplinární obor zvaný populační teratologie (<http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady>).

Vrozené vývojové vady existují od narození dítěte nebo od časného dětství, nemusí být ale vždy na dítěti hned po narození patrné, neboť „...*funkce, jejichž poškození se má*

projevit, se u dítěte rozvíjejí postupně“ (Votava, 2005, s. 172). Například specifické poruchy učení se většinou objeví, až když má dítě problémy s výkonem ve škole. Jak uvádí Opatřilová (2007), každé 25. dítě u nás má vrozenou vadu. Počet zjištěných vrozených vad a postižení u dětí v raném věku v posledních letech prudce stoupl, a to vzhledem ke zlepšujícím se lékařským postupům, lepšímu monitorování vad i vývoji diagnostiky, která je dokáže odhalit.

Příčiny vrozených vad lze rozdělit na genetické faktory (např. chromozomální aberace) a faktory zevního prostředí, kdy mnoho běžných vrozených vad vzniká společným působením obou typů faktorů na podkladě multifaktoriální dědičnosti. Persaud (1985, 1990) a Thomson (1991) odhadují, že až 10 % vrozených vad u člověka je způsobeno disruptivním³ působením faktorů zevního prostředí. U 50-60 % vrozených vad zůstávají příčiny nepoznány. Vrozené vady mohou být izolované nebo mnohočetné, klinicky nevýznamné či významné. Nevýznamné izolované anomálie se vyskytují až u 14 % novorozenců (Jones, 1997).

2.2 Získané zdravotní postižení

Získané postižení představuje pro člověka především silné emoční trauma, neboť k jeho rozvinutí dochází až po určité době normálního vývoje. Člověk musí najít nejen nový smysl života, ale také změnit svou hierarchii hodnot. Velký význam přitom hraje podpora ze strany blízkých lidí, sociální a emoční zázemí. Postižení způsobuje závislost a bezmocnost, kterou člověk musí přijmout a vyrovnat se s ní. Dítě musí přijmout omezení vyplývající z jeho postižení, zároveň však potřebuje poznat své reálné možnosti a rozvíjet kompetence, které rozvíjet lze. Často se ovšem rodiče stanou spíše pečovateli a dítě s postižením manipulují do role závislého. Dítě, které získalo své postižení v předškolním věku, tedy v době, kdy již navštěvuje mateřskou školu, většinou ztrácí hodně nových kamarádů z důvodu rozdílných potřeb a zájmů (Vágnerová, Strnadová, 1991).

Reakce na ztrátu některé z funkcí těla má své typické fáze:

- 1. Fáze latence**, kdy má člověk ještě málo informací a bere svůj úraz zatím jen jako přechodnou záležitost.
- 2. Fáze pochopení**. Po nějaké době člověk pochopí, že jeho postižení je trvalé. Nastává šok a po určité době, která je zcela individuální, dochází k postupnému smiřování.

³ Disrupce je morfologický defekt orgánu nebo určité části těla., jehož příčinou je přerušení nebo zásah do průběhu původně normálního vývojového procesu (<http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/>).

3. Fáze postupné adaptace. V této fázi se člověk s postižením učí žít se svým handicapem (Vágnerová, Strnadová, 1991).

2.3 Typy zdravotního postižení

Zdravotní postižení je různého typu a stupně, se kterými se můžeme setkat i u dětí. Postižení se také rozlišují dle prognózy - zda lze s podpůrnými prostředky dosáhnout zlepšení, zda je stav stacionární, či zda může docházet k postupnému zhoršování stavu.

Votava rozeznává hlavní skupiny postižení, a to postižení tělesné, zrakové, sluchové, mentální, postižení vnitřními chorobami, demence, samostatné poruchy řeči a kombinovaná postižení (Votava, 2005).

Zákon o sociálních službách považuje za zdravotní postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, v jejichž důsledku jsou, nebo mohou být, osoby závislé na pomoci druhých (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "školský zákon"), považuje za žáky se zdravotním postižením žáky s „...mentálním, tělesným, zrakovým a sluchovým postižením, s vadami řeči, se souběžným postižením více vadami, autismem a vývojovými poruchami učení nebo chování.“ Tento zákon sice definuje žáky se zdravotním postižením, ale vymezení skupin postižení je možné vztáhnout na děti s postižením obecně. Většina zmíněných typů postižení může být vrozených i získaných. Ve své práci se zaměřuji především na děti se zdravotním postižením, proto se budu věnovat problematice vrozených či časně získaných postižení, která se u dětí vyskytují nejčastěji.

Mentální postižení vymezují Valenta a Müller (2003, s. 14) jako „...*duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

Švarcová (2000) definuje mentální postižení jako „...*snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.*“ Vágnerová (2004) uvádí, že se pojmu "mentální postižení" používá pro označení vrozeného postižení rozumových schopností, v jehož důsledku se hůře přizpůsobuje svému okolí. Desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (1996) člení mentální postižení na šest základních kategorií: lehké, středně těžké, těžké, hluboké, jiné a nespecifikované mentální postižení. Švarcová (2000) řadí mezi nejrozšířenější formu mentálního postižení Downův syndrom, který vzniká trizomií 21. chromozomu. Děti mají charakteristický vzhled a až ve 40 % vrozenou srdeční vadu.

Společným znakem **tělesných postižení** je narušení hybnosti. Tato postižení mohou být způsobena vadami kostí, šlach, svalů, cévního zásobení i poruchami centrálního nervového systému, pokud se projevují narušenou hybností (Vítková, 2006). Pohybové vady můžeme členit na obrny (centrální nebo periferní), deformace, malformace, amputace. Obrny pak dělíme na parézy a plégie (částečná nebo úplná ztráta hybnosti), hypertonické (zvýšené svalové napětí), hypotonické (snížené svalové napětí), nebo střídavý svalový tonus. Dle zasažení částí těla rozlišujeme monoparézu, diparézu, triparézu, kvadruparézu a hemiparézu (Opatřilová, 2007; Vítková in Pipeková, 2006).

Zrakové postižení se u dětí vyznačuje neschopností nebo omezeností vnímat vizuální informace, což má velký vliv na rozvoj poznávacích procesů. Dle závažnosti se rozlišují tři stupně zrakového postižení: slabozrakost, praktická nevidomost (zbytky zraku) a nevidomost (může být zachován světlocit) (Vágnerová, 2004). Nováková (in Pipeková, 2006, s. 230) uvádí, že důsledky zrakového postižení mohou vyústit v "senzorickou deprivaci".

Nejvýznamnější důsledek představují pro děti se **sluchovým postižením** odlišné komunikační kompetence, které se projevují především potížemi v osvojování si a využívání mluvené řeči. Verbální komunikace u těchto dětí bývá obtížnější, proto využívají komunikaci neverbální, např. znakový jazyk (Vágnerová, 2004). Obecně lze rozlišit stupně sluchového postižení, jako je nedoslýchavost (lehká až těžká), praktická hluchota (těžké poškození sluchu, zbytky sluchu) a úplná hluchota (Vágnerová, 2004; Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007).

Narušená komunikační schopnost (v současnosti nahrazuje původní termín "vady řeči") je označením pro situaci, kdy jazykové projevy ruší komunikační záměr jedince (Lechta in Klenková, 2006). Problémy, které děti s narušenou komunikační schopností mají, jsou různé a odvíjejí se od jejího typu. Jedním ze společných znaků je, že mohou působit jako jedinci s mentálním postižením, ať už z důvodu obtížného vyjadřování nebo porozumění řeči (Vágnerová, 2004).

Pro označení **souběžného postižení více vadami** se můžeme také setkat s výrazy vícenásobné postižení, kombinované postižení nebo kombinované vady (Vítková in Pipeková, 2006). U nás ani v zahraničí neexistuje jednoznačné pojmenování této skupiny. Jedná se o sdružování několika postižení či deformací u jednoho jedince, které jsou ve vzájemném vztahu a vzájemně se ovlivňují. Objevují se rozličné varianty kombinací postižení, různého stupně a hloubky. Toto postižení je třeba chápat nejen jako výčet nejrůznějších postižení, ale

je důležité najít pro dítě s tímto postižením novou kvalitu života a nastolit mu odpovídající péči (Ludíková, 2005).

Autismus patří mezi pervazivní vývojové poruchy⁴ (v současnosti se setkáváme také s výrazem "poruchy autistického spektra") s velmi různorodými projevy. Je charakterizován „...triádou příznaků: neschopností komunikace, neschopností vzájemné společenské interakce, omezenými, stereotypními zájmy“ (Švarcová, 2000).

Specifické poruchy učení nebo chování (nahrazují dosud užívaný pojem "vývojové poruchy učení nebo chování") zahrnují různorodé poruchy centrálního nervového systému a projevují se obtížemi při nabývání schopností jako je např. mluvení, čtení, psaní nebo počítání (Matějček in Bartoňová, 2004). Děti se specifickými poruchami učení mají problémy v komunikaci, kdy mají např. menší slovní zásobu, obtížně se vyjadřují, nerozumějí řadě výrazů, obtížně se orientují ve struktuře mateřského jazyka a v jeho gramatických pravidlech (Bartoňová, 2004). Obtíže se odvíjejí od typu specifických poruch učení, nejčastěji od dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie (Zelinková, 2003).

2.4 Sociální role člověka s postižením a sociální stigma

Člověk s trvalým postižením má specifickou sociální roli. Na jedné straně mu společnost přiznává jistá privilegia (toleranci, ohledy, trpělivost), na straně druhé jej považuje za nesrovnatelného se zdravými, až za méněcenného. Trvalé postižení může být hodnoceno jako sociální stigma⁵, kdy více stigmatizujícími jsou defekty, které způsobují nežádoucí nápadnosti projevující se v sociálním kontaktu. Společnost často reaguje odmítavě na snahu postižených přiblížit se zdravým. Velkým problémem pak může být integrace jedince s postižením do majoritní společnosti, což souvisí s tzv. "Efektem similarity". Lidé s postižením často vytvářejí minority v komunitách nebo v ústavech, kde jsou prakticky izolováni a nejsou tolik vystavováni velkým stresům, jsou s lidmi, se kterými si lépe rozumí a mají s nimi obdobné problémy. Bohužel se tak laická veřejnost dále utvrzuje ve svých stereotypních představách a generalizaci osob s postižením (Vágnerová, 2004).

Vágnerová (2004) se zabývá vnějšími a vnitřními vlivy, které formují každého z nás. Každá osobnost člověka je fenomén, který zahrnuje velkou skupinu psychických jevů. Ty

⁴ Všepronikající vývojové poruchy, které záporně mění [motorickou](#), [emoční](#), volní, [kognitivní](#), řečovou - [celou](#) osobnostní a [psychosociální](#) úroveň dítěte, což mu zabraňuje úspěšně se adaptovat ve společnosti (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/pervazivni-vyvojove-poruchy>).

⁵ Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno (Vágnerová, 2004).

jsou mnohonásobně podmíněny vnějšími i vnitřními vlivy a vytvářejí se v průběhu vývoje člověka. Vnitřní vlivy jsou odrazem biologické individuality každého jedince a zahrnují genetickou výbavu, nervovou soustavu a tělesný vzhled. Podstatou každého jedince je genetická výbava, která se významnou měrou podílí na vývoji jeho osobnosti a může zahrnovat různé nedostatky, které se mohou projevit například dědičně podmíněnou chorobou či handicapem. Nervová soustava ovlivňuje některé psychické jevy, například temperament. Vzhled člověka je nesmírně důležitý pro sociální vztahy, kdy si jsou lidé vzájemně více či méně sympatičtí. V důsledku postižení odrážejícím se na vzhledu, může jedinec působit až odpuzujícím dojmem a je negativně přijat intaktní (nepostiženou) společností. Vzhled je totiž, jak se shodují mnozí psychologové, velice důležitým aspektem při realizaci sociálních vztahů.

Vnější vlivy zahrnují především faktory sociální (společenské). Základním stavebním kamenem sociálních faktorů je rodina (o rodině více viz kapitola 3) se svou nenahraditelnou rolí zejména v raném dětství, kdy probíhá základ formování osobnosti každého jedince. Ať již dochází k přímému (vědomému) či nepřímému (nevědomému) působení, je lidská bytost, její osobnost, formována každodenně realizovanými sociálními kontakty a zkušenostmi, kdy se učí žít ve společnosti (Vágnerová, 2004).

Dalším důležitým faktorem je aktivita člověka zahrnující jeho reakce na okolní svět, vlastní aktivní činnost a zpětnou reakci společnosti. Tento faktor je podstatný pro proces sebeuvědomění a sebehodnocení, které bývají u osob se zdravotním postižením často velkým problémem (Vágnerová, 2004). Vágnerová a Strnadová (1991) uvádějí, že „...*postoje veřejnosti, které zahrnují i očekávané chování a představu o možnostech různě postižených, jsou důležité proto, že samo očekávání může do značné míry ovlivnit chování subjektu, který je akceptuje. Významnou úlohu hraje i subjektivní hodnocení vlastního defektu, to znamená, za jak závažný jej považuje a jak jej posuzuje sám postižený. Obecně zde sice platí pravidlo, že těžší choroba či vyšší stupeň defektu představuje i větší subjektivní zatížení, ale neplatí to zcela jednoznačně. Osobnost postiženého člověka, který má různé biologické i psychické vlastnosti, předurčuje pravděpodobnou reakci na zátěž, tedy i na defekt. Stejně tak budou působit různé sociální vlivy, které mohou spoluurčovat, za jak závažné bude člověk svoje postižení považovat, nebo dokonce zda pro něj subjektivně bude vůbec znamenat odchylku.*“ Většinou člověk s postižením nebude brát své postižení jako to nejhorší, neboť prošel zkušeností a následnou adaptací na své omezení. Tento fakt lze považovat i za důkaz možnosti pozitivního vlivu zkušenosti, která může ovlivnit nejenom postoje postižených, ale i názory zdravých lidí.

Lidé s postižením vyvolávají u majoritní společnosti ambivalentní pocity, které se vyznačují soucitem, nebo naopak vnímáním lidí s postižením jako symbolu něčeho negativního, čemu je lépe se vyhnout. Velkou roli zde hraje neinformovanost. V lidech vyvolávají vzácná postižení více strachu než běžné choroby, proto se jejich postoje těžko mění a mnohdy můžeme hovořit až o předsudcích⁶. Majoritní společnost takto často generalizuje, má tendenci vidět všechny jedince s postižením stejně bez ohledu na jejich individuální rozdíly, na jejich hodnotu a možnosti (Bartoňová, 2006). Reakce jedince s postižením na postoj společnosti bývají různé. Je však nutné mít na paměti, že jedinec s postižením postoj společnosti vnímá mnohem citlivěji a více si jich všímá, ale vzhledem k tomu, že je nucen ve společnosti žít, musí se s nimi určitým způsobem vyrovnat. Jeho reakce závisí na zachovaných možnostech, vývojové úrovni, druhu postižení, na zkušenostech a na dalších faktorech psychosociálního charakteru (např. reakce rodiny). Člověk s postižením si vytváří, pokud je toho psychicky schopen, nejrůznější druhy obrany, které mu mohou pomoci uchovat si ve své situaci duševní rovnováhu a alespoň nějakou sebeúctu. Může si vytvářet i určité postojové stereotypy (např. ukřivděnost, podezřívavost), kdy nezáleží na tom, zda jsou aktuálně oprávněné či nikoliv. Jedná se o jakási rigidní očekávání nepříznivě ovlivňující interpretaci projevů zdravých jedinců i vlastní chování. V tomto ohledu se odlišují reakce lidí s vrozeným a získaným postižením. Identita lidí s vrozeným postižením je často jiná, neboť jsou od počátku vychováváni odlišným způsobem než lidé, u kterých vzniklo postižení později, a kteří mají zkušenost se zdravím a po vzniku nemoci jsou nuceni přijmout novou, subjektivně méně uspokojivou identitu. Významnou roli hraje samozřejmě i subjektivní hodnocení vlastního defektu (Vágnerová, Strnadová, 1991; Vágnerová, 2004).

Zásadním poznatkem je, že výše uvedené faktory nepůsobí izolovaně, nýbrž se vzájemně prolínají a doplňují (Vágnerová, 2004).

⁶ Předsudek nevyplývá ze znalosti určitého jevu, nýbrž je přijímán v předem dané zjednodušené formě, nesprávným hodnocením situace, ale je výhodný pro laika, který se nemusí namáhat přemýšlením o věcech, které příliš nezná. Člověk takto přirozeně reaguje na vše, co se nějak liší od normy a shledává to negativním, ohrožujícím (Bartoňová, 2006).

3 Rodina dětí se zdravotním postižením

V této kapitole nejdříve vymezím rodinu jako takovou, její funkce a výchovné styly. Poté se budu věnovat rodině pečující o dítě se zdravotním postižením, kdy se zaměřím na reakce rodičů na skutečnost, že jejich dítě má zdravotní postižení, na výchovu dítěte se zdravotním postižením a na sociální situaci těchto rodin.

3.1 Rodina a její funkce

Rodina je vymezována jako nejstarší společenská instituce, která vznikla zejména z potřeby lidí chránit své děti, učit a připravit je pro život. Matoušek (1993) definuje rodinu jako stavební jednotku společnosti, s tím, že její hlavní smysl je reprodukční. Rodina lidem usnadňuje pečovat a vychovávat děti, a zároveň je důležitá pro udržení lidstva. Člověka však reprodukuje nejen jako organismus, ale také jako kulturní bytost, a dalším generacím zprostředkovává tradice. Je prvním a dosti závazným modelem společnosti, se kterým se dítě setkává. Formuje osobní vývoj a postoj dítěte k ostatním lidem a skupinám. Rodina má snahu formovat dítě dle svého hodnotového schématu a vlastní tradice, kdy je třeba si uvědomit, že rodinné normy se vždy určitým způsobem odchyľují od norem ve společnosti průměrných.

Funkcí rodiny v životě člověka se zabývá mnoho autorů a všichni se shodují v nezastupitelnosti rodinného soužití v životě každého z nás. Matějček upozorňuje na skutečnost, že rodina ztratila řadu původních funkcí (např. výrobní, vzdělávací, ochranná, pojišťovací), které ji udržovaly pohromadě bez ohledu na citové pouto. Dnes zastává dvě podstatné funkce - zajistit všem svým členům citové zázemí a připravit děti pro život ve společnosti. Dále připomíná, že pro zdárný vývoj dítěte je nutné prostředí trvalých vřelých citových vztahů, které za normálních okolností nejlépe poskytuje právě rodina (Matějček, 1986). Matoušek poukazuje na to, že v minulosti byly provedeny mnohé neúspěšné pokusy o přesun péče o děti mimo rodinu. Rodina se vždy ukázala tou nejlepší formou péče o děti. Dítě potřebuje nejen uspokojit primární potřeby (teplo a nasycení), ale také stabilní prostředí a přítomnost stabilních osob, které se citově angažují při jeho vývoji a výchově. Rodina poskytuje domov nejen dětem, ale i dospělým členům. V rodině má člověk možnost odložit své veřejné role. Ve zdravé rodině je možnost vysoké míry otevřenosti a sdílení radostí a starostí. Rodina také poskytuje všem svým členům podporu a pocit bezpečí. Na druhou stranu má rodinné soužití i negativní stránky. Může být zdrojem stresu a v některých situacích bývá doprovázeno řadou starostí a úzkostí, neboť rodiče musejí být k dispozici malému dítěti v

jakékoliv situaci, i v době nemoci, musí často dělat kompromisy a přizpůsobovat se jeden druhému. Přesto je rodina místem, které je nejvhodnější pro socializaci dítěte. Satirová (2006) uvádí, že forma rodiny (úplná, neúplná, smíšená, s nevlastním rodičem, pěstounská) není hlavním kritériem pro určení, zda funguje dobře či špatně, pouze staví rodiny před odlišné problémy, které musí řešit.

3.1.1 Výchova dětí

Výchova dítěte představuje cílenou snahu rodičů o formování osobnosti dítěte, ale vedle záměrných výchovných přístupů (poučování, napomínání, povzbuzování, trestání apod.), závisí také na chování rodičů. Pro dítě mohou být významnější slova pronesená jen mimochodem či letmý dotek, než dlouhý výchovný proslav. Rodiče jsou prvními vzory dítěte, dítě se na základě jejich chování učí rozdílnosti mužské a ženské role, jednání k druhým lidem a vytváří vlastní modely chování. Děti jsou velmi vnímavé a vycítí, jaká je atmosféra a vztahy v rodině, zda jsou poklidné a radostné, nebo napjaté a plné stresu. To působí jako silný výchovný mechanismus pro vývoj a postoje dítěte.

Obecně se rozlišují tři styly výchovy, tedy záměrného působení rodičů na dítě (Woolfson, 2004):

Autoritativní přístup je velice nepružný styl výchovy, kdy se stanoví pravidla, která se musejí dodržovat při každé příležitosti, bez výjimek.

Demokratický přístup je styl výchovy, který sice také stanovuje pravidla, ta jsou však přijatelná a v nejlepším zájmu dítěte. Často se týkají hlavních zásad bezpečnosti. K jejich porušování mají rodiče pevný postoj, spíše ale vysvětlují, než trestají.

Krajně shovívavý přístup je styl výchovy, který nestanovuje žádná pravidla. Rodiče vycházejí z předpokladu, že dítě se naučí pravidlům samo na základě životních zkušeností.

Většina rodičů uplatňuje smíšený styl výchovy, kdy jeden převládá, neboť žádný krajní způsob výchovy dětem neprospívá. Měly by být jasně stanovené hranice, v jejichž mezích se mohou děti pohybovat, a které musí být flexibilní a přizpůsobovat se situaci či věku dítěte. Děti tak nabudou pocitu bezpečí a jistoty (Kořa in Jedlička, 2004). Výchova má být jasná, srozumitelná, důsledná a jednoznačná.

Základními výchovnými prostředky jsou souhlas, pochvala a odměna, nebo naopak pokárání či trest. Pochvala či odměna jsou pro dítě uspokojením probouzejícím důvěru ve vlastní síly, podporují zdravé sebevědomí. Pochvala ve správný čas může být velmi motivující. Pokud je jich však příliš, může si na ně dítě zvyknout a poté ztrácí svůj původní

význam. Lze však říci, že pozitivní a motivující výchovné prostředky mají ve výchově převažovat nad tresty. Pokud si dítě zaslouží trest, měl by následovat hned po provinění, neboť při velké prodlevě si dítě nemusí uvědomit, zač je vlastně trestáno. Trest by nikdy neměl narušit vztah mezi vychovatelem a dítětem, neměl by dítě ponížít či zahanbit. U trestů fyzických vzniká otázka, do jaké míry jsou účinné. Dítě, které je trestáno fyzicky, většinou dodržuje pravidla jen pod přímým dohledem. Účinnější bývají tresty "psychologické", neboť výtky a nesouhlas mohou způsobit krátkou ztrátu sympatií vychovatele a dítě se i v budoucnu bude snažit, aby znovu nezažilo pocit odmítnutí milované osoby (Prchal, 1970).

Z výše uvedeného vyplývá významnost výchovy ve vývoji dítěte. Začíná již v prenatalním vývoji, kdy je plod v součinnosti nejen s matčinými tělesnými pochody, ale také s její psychikou, tak je dítě jistým způsobem vychováváno již během těhotenství.

3.2 Rodina dítěte se zdravotním postižením

Jak již bylo řečeno, může zdravotní postižení či oslabení dítěte vzniknout v prenatalním období, během porodu, v postnatálním období nebo během dalšího vývoje (např. úrazem). Vždy je to rodina, která nese další osud a zodpovědnost za jeho vývoj. Ve chvíli, kdy se potvrdí zdravotní postižení, jsou ve většině případů rodiče postaveni před vážné a těžké rozhodnutí. Rozhodují se, zda si mají dítě vzít domů, nebo ho předat do péče kojeneckého ústavu. Do kojeneckého ústavu jsou přijímány především děti, jejichž postižení ohrožuje jejich život a musí být pod stálým dozorem lékařů, nebo nedává žádnou naději na změnu k lepšímu. Při rozhodování hraje asi největší roli soubor citu s rozumem, dále vlastnosti a zdravotní stav jednotlivých členů rodiny, sociální problémy, situace uvnitř rodiny, vztahy jednotlivých členů rodiny, bydliště, ekonomická situace atd. Jestliže má dítě tak těžké postižení, že zvládnout péči o ně bude pro rodiče jen těžko zvládnutelné, i kdyby mu poskytl veškeré své síly a lásku, je rozumnější umístit dítě do trvalé ústavní péče. Dítě, které přijde brzy do ústavního prostředí, zvykne si na ně jako na svůj domov, a i když si ho rodiče berou na víkend, svátky nebo na dovolenou, považuje ústav za svůj domov (Bartoňová, 2006).

Pokud se rodiče rozhodnou vzít si své dítě domů, je důležité vytvořit mu harmonické prostředí, ve kterém by se mohlo zdárně vyvíjet. Pro vytvoření takového prostředí je nejdůležitějším předpokladem vstřícný vzájemný vztah rodičů. Dítě se zdravotním postižením přináší rodině nemalou citovou, pracovní, organizační, někdy i ekonomickou zátěž. Při nezvládnutí situace velmi snadno dochází ke ztrátě opory jednoho manželského partnera v druhém. Může se projevit podezření, že partner není dostatečně citlivý, milující, pokud se

nestaví k dítěti a problémům, které v rodině vznikají stejně jako on. Následkem toho se poměrně často rodina vnitřně rozpadá. U ženy se většinou pevné pouto k dítěti s postižením vyvine stejně, jako k dítěti zdravému. Někteří otcové se však musí opravdovému vztahu, i k dítěti zdravému, teprve učít. Nejlépe se rodičovské lásce naučí samotnou péčí o dítě, a proto by se měli co nejdříve zapojit do všeho dění kolem novorozence. Spolupráce otce při výchově dítěte se zdravotním postižením je všestranně prospěšná, kdy pomáhá matce, získává správný vztah ke svému dítěti a dítě má možnost poznat oba rodiče (Bartoňová, 2006).

Pro rodiče je v této situaci velmi důležité získat včas odpovídající informace, rady a pomoc kompetentních lidí, neboť jen dobře připravený a informovaný rodič se může stát rovnocenným partnerem profesionálů. Potřeba informací se mění v závislosti na věku dítěte, druhu a stupni postižení. Rodiny, ve kterých se narodí dítě s postižením, jsou vystavené mimořádné zátěži, a proto je velmi důležité je maximálně a včasně podpořit. Dle mého názoru je třeba v maximální míře podpořit péči v domácím prostředí. I ta nejkvalitnější péče v ústavních zařízeních nenahradí péči doma, a jednoznačně by tak měla být, jak z hlediska lidského, tak i z pohledu ekonomického, až sekundárním řešením.

3.2.2 Rodiče dítěte se zdravotním postižením

Matoušek (1993) uvádí, že narození dítěte s postižením lze „...*psychoanalyticky (...) interpretovat (...) jako narcistické trauma matky, srovnatelné s traumatem po zohyžďujícím úrazu. Matka se s dítětem identifikuje, a jestliže je její potomek postižený, cítí se méněcenná. Otcové prožívají podobné pocity, které se více vztahují k jejich mužské, ploditelské roli. Rodiče různého pohlaví zpravidla reagují odlišně, nejen vzhledem k biologické a sociální specifitě jejich role, ale i s ohledem na důsledky této situace pro jejich další život. Není pochyb o tom, že jakékoli závažnější postižení dítěte ovlivní i jejich manželský vztah a změní celkové klima v rodině. Může vést k posílení vzájemných vazeb a poskytované opory, nebo naopak k jeho rozpadu.*“ Za těchto okolností jsou postoje a chování rodičů k dítěti se zdravotním postižením jiné, než kdyby bylo zdravé. Rizikem je zvýšená pravděpodobnost hyperprotektivního přístupu, nebo naopak odmítnutí dítěte s postižením. Nepřiměřené postoje rodičů negativně ovlivní sociální adaptaci dítěte více, než samotná vada. Při změně požadavků a očekávání rodičů, může dojít k ovlivnění psychického vývoje dítěte a zpomalení jeho rozvoje.

Zdraví dítěte je pro většinu matek jednou z největších hodnot, a jeho ztráta pro ně představuje jedno z nejhorších životních traumat (Vágnerová, 2009).

„Dítě je jednou z nejvýznamnějších hodnot dospělých lidí a jeho rozvoj a výchova jsou důležitou součástí jejich života.“ Není pochyb o tom, že dítě s postižením přispívá k naplnění života rodičů, leckdy až příliš, neboť je nutné věnovat mu víc času i energie, než kdyby bylo zdravé. Jeho budoucnost není jasně vymezena, leckdy nelze očekávat ani jeho soběstačnost a rodiče trápí nejistota, kdo se o ně bude starat a jak bude žít, až oni s ním nebudou. Budoucnost se jim může jevit jako ohrožující, protože postižení jejich dítěte narušuje přirozenou kontinuitu života následujících generací (Vágnerová, 2009, s. 18).

Zplození zdravého potomka představuje pro rodiče jednou z možností, jak se seberealizovat. Proto se rodiče, jimž se narodilo dítě s postižením, cítí méněcenní, zklamaní a neschopní. Tyto negativní prožitky leckdy vedou k hledání jiného způsobu seberealizace. Jde o ochrannou reakci, typickou spíše pro otce, která může vést až k odcizení se rodině a narušení partnerského vztahu, nebo naopak k sebeobětování se v péči o svého potomka. Účinnější strategií je nalézt vlastní hodnoty a užitečnost v roli rodiče dítěte s postižením a posílení sebeúcty úspěšným zvládnutím daného úkolu (Matějček, 1992; Svobodová, 1994).

Zdravotní postižení dítěte je stresorem, který lze hodnotit podle prožitku rodičů převážně negativně. Představuje pro ně distres navozující strach, ohrožení, smutek či zlost, který je může spíše paralyzovat. Za příznivých okolností lze tuto událost alespoň zčásti prožívat jako eustres, tj. pozitivní stres, jako výzvu, která člověka aktivizuje. Matějček (2003) v této souvislosti mluví o výhodnosti postoje akceptujícího výchovu postiženého dítěte jako úkol. Ten je třeba splnit a jeho zvládnutí posílí sebevědomí rodičů, rozvine jejich schopnosti a celou osobnost. K takovému přístupu se rodiče obvykle musí postupně propracovat, což není zdaleka tak jednoduché, neboť na začátku většinou nebyvají schopni nalézt na své životní situaci nic pozitivního.

Se situací, kdy se rodičům narodí dítě se zdravotním postižením, není snadné se vyrovnat. Její řešení vyžaduje mnoho sil a přináší mnoho stresů a definitivních změn v životě celé rodiny. Protože se jedná o velice obtížnou a zatěžující situaci, vyvolá různé obranné reakce rodičů a nejbližší rodiny. Jednotliví členové rodiny nebudou nastalou situaci prožívat stejně, a ani se s ní nebudou stejným způsobem vyrovnávat. Můžeme však předpokládat, že se nějaké obecné mechanismy a rizika s nimi spojená projeví, a proto je znalost procesu vyrovnávání se nezbytným předpokladem účinné pomoci i jejího správného načasování (Vágnerová, 2009). Nejčastějšími reakcemi jsou hněv, zoufalství, zármutek, deprese, někdy

vnitřní odvrácení se od dítěte. Situace rodičů je velmi těžká, přesto by si měli uvědomit, že vzniklá situace může být katastrofou pro ně, nikoliv však pro jejich dítě. Svým emočním stavem ovlivňují již od narození citový vývoj dítěte a přístupem plným bolesti by mohli v dítěti probudit i pocit viny. Neměli by dávat najevo ani svůj pocit viny, či sebelítost, i kdyby ho prožívali. Z jejich chování by měla vyzařovat víra v postupné zlepšování situace (Bartoňová, 2006). Způsob zvládnání a přijetí fakta, že se rodičům narodilo dítě s postižením, závisí na mnoha okolnostech i na příčině vzniku postižení. Reakce rodičů je ovlivněna nejen převažujícími postoji společnosti, v níž žijí, ale i tím, jak hodnotí své postavení, jaké reakce očekávají, a jak se s nimi dovedou vyrovnat. Negativní projevy okolí se více projeví u vrozeného a nápadného postižení, jehož původ nemůže rodina jednoduše vysvětlit (např. infekcí, či úrazem) (Bartoňová, 2006). V případech, kdy u dětí vznikne postižení v pozdějším věku, bývá reakce rodičů i laické veřejnosti odlišná. Defekt vzniklý později nepůsobí jako znehodnocení rodičovské identity. Obrana rodičů se, více než na vlastní sebeúctu, zaměřuje na nemoc svého dítěte. Získané postižení je bráno jako neštěstí, které postihlo zdravého jedince. Také veřejnost získané postižení akceptuje lépe než vrozenou vadu, protože je srozumitelnější, neboť to, že lidé mohou onemocnět nebo utrpět úraz, je známé a akceptované.

Adaptace na fakt, že se rodičům narodilo dítě se zdravotním postižením, je složitý a dlouhý proces (viz níže) „...jedním z nejvýznamnějších faktorů signalizujících míru prožívaného rodičovského stresu je negativní interpretace dané situace a s tím související pesimistické očekávání. Takový názor nemusí odpovídat objektivnímu stavu dítěte, jde spíš o to, jak jej rodiče posuzují. Míra pesimismu, resp. Optimismu, souvisí s prožívaným stresem: člověk, který hodnotí situaci optimističtěji, ji dokáže obvykle také lépe zvládnout, a naopak. Rodiče, kteří byli schopni pozitivnějšího přístupu, se rovněž cítili lépe, ať už byla příčinná souvislost jakákoli. Pozitivní přehodnocení je velmi účinnou copingovou strategií, která přispívá k úspěšnému zvládnutí dané situace. Jde především o schopnost přijmout postižené dítě, ocenit alespoň některé jeho vlastnosti a najít na něm něco pozitivního“ (Ylvén, Björk-Akesson a Ggranlund, 2006 in Vágnerová, Krejčířová, Svoboda, 2009).

Lze předpokládat, že se chování, prožívání i postoje rodičů dítěte se zdravotním postižením budou v průběhu času měnit. Obecně prochází pěti typickými fázemi:

- **1. Fáze šoku a popření** – je první reakce na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Lze ji charakterizovat výrokem: „*To není možné, to nemůže být pravda.*“ Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoli reakce. Popření je projevem obrany vlastní

psychické rovnováhy (Chvátalová, 2001, s. 124). V této době není vhodné mluvit s rodiči o možnostech péče a výchovného vedení dítěte, protože se ještě nesmířili s existencí jeho postižení. V průběhu času pomalu dochází k přijetí této informace. Jak dlouho se budou rodiče smířovat s existencí postižení dítěte, ovlivňuje i skutečnost, kdy a jak se o tom dozvěděli. Mnoha rodičům chybí sympatizující přístup zdravotnického personálu. Lékař je v této chvíli posel špatných zpráv, proto se stává náhradním viníkem. Rodiče, kteří jsou traumatizováni, mohou reagovat kritikou a výtkami. Vědí, že jim lékař říká pravdu, ale nedovedou ji emočně přijmout.

- **2. Fáze bezmocnosti** - rodiče nevědí, co mají dělat, nikdy dříve se nesetkali s podobným problémem a nedovedou jej řešit. Ve vztahu k dítěti prožívají pocity viny a očekávají zavržení a odmítnutí od jiných lidí. Očekávají pomoc, ale nemají o ni přesnou představu. Jejich pocity jsou ambivalentní, proto mohou být přecitliví k chování ostatních lidí.

- **3. Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem** - je typická zvýšeným zájmem o informace. Rodiče chtějí vědět, jak by měli o své dítě pečovat, proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata, zajímá je budoucnost dítěte. K racionálnímu zpracování informací však ještě brání emoční vyladění rodičů. Mezi přetrvávající negativní emoční reakce tohoto období patří prožitky smutku, deprese, truchlení nad ztrátou očekávaného narození zdravého dítěte, úzkost a strach z budoucnosti, pocity hněvu na osud. V této fázi zpracovávají problém, vyrovnávají se s ním a hledají jeho řešení. Budoucnost dítěte, a tím i rodiny, se zdá být postižením zničena. Rodiče si již uvědomují, že jejich dítě nebude zdravé, ale neumějí si představit, jak se bude vyvíjet. Potřebují informace o dalších možnostech péče o dítě, postupech pomoci atp. (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

V této fázi používají rodiče různé copingové strategie. Obranné reakce vypadají z racionálního hlediska nepochopitelně, avšak jsou významné. Pomáhají udržet psychickou rovnováhu a zachovat sebehodnocení v oblasti rodičovské role. Jsou používány především u příčiny postižení. Rodiče se často považují za viníka, proto se, ze subjektivního hlediska pochopitelně, dítěti obětují, aby odčinili svoji vinu. Nebo se snaží o zmenšení svého zavinění a popírají závažnost defektu. Vina může být také přisouzena např. jen jednomu z rodičů, nejčastěji matce, nebo někomu mimo rodinu. Způsob zvládání a vyrovnávání se zátěží není náhodný. Člověk používá metody, které se mu v životě osvědčily. Záleží na zkušenostech rodičů, jejich osobnostních vlastnostech, zdravotním stavu, věku, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, na druhu a příčině postižení atd. Strategie zvládání mohou mít dvojí charakter – aktivní a pasivní. Aktivní způsob má tendenci bojovat s nepřijatelnou situací

a je prostředkem ke snížení psychického napětí. Další variantou zvládnání zátěžové situace je únik. Je to útek ze situace, kterou nelze zvládnout nebo se s ní rodiče ještě neumějí vyrovnat. Krajním řešením je umístění dítěte do péče instituce nebo odchod od rodiny. Mezi únikovou variantu také patří neustálé popírání situace, kdy se rodiče chovají, jako by dítě bylo zdravé. Rodiče mohou své neuspokojení v rodičovské roli kompenzovat náhradním řešením, tj. substitucí, kdy se začnou věnovat něčemu jinému nebo mohou rezignovat na možnost zlepšit stav svého dítěte. Důsledkem tohoto řešení je zbytečná stagnace dítěte i v oblastech, kde k ní nemusí dojít.

• **4. Fáze smlouvání je přechodným obdobím** - rodiče již akceptují, že jejich dítě má zdravotní postižení, ale chtějí alespoň malé zlepšení stavu dítěte, když uzdravení není možné. Smyslem je určitá naděje, která není zcela nerealistická. Je to kompromis, který můžeme chápat jako přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti. Nyní již nejde o trauma, spíše o dlouhodobý stres, únavu a vyčerpání z náročné péče o dítě se zdravotním postižením. To může posilovat i pocity bezvýchodnosti a minimální efektivity jejich úsilí, od něhož tolik očekávali (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

• **5. Fáze realistického postoje** - rodiče akceptují skutečnost, že mají dítě s postižením a přijímají ho takové, jaké je. Chovají se přiměřenějším způsobem, mají reálnější a splnitelnější plány. S postižením dítěte se nesmíří všichni rodiče. Jejich postoj může také kolísat s vývojem dítěte a nově vzniklou zátěží (např. vstup do školy, volba povolání atd.). Chování rodičů dítěte s postižením může být odlišné od normy, může být méně přiměřené či akcentované, někdy se tyto reakce objevují pouze v určitých obdobích nebo náročnějších situacích. Je třeba chápat je jako reakci na komplexní a dlouhodobou zátěž, s níž se musí vyrovnávat a ne vždy ji zvládnou tak, jak by bylo žádoucí. Pěkně je charakterizuje matka kombinovaně postiženého syna: „...jde o normální reakce na nenormální situaci“ (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009).

Každá fáze trvá individuálně dlouho a fáze se rovněž prolínají. Je nezbytně nutná rychlá pomoc odborníků, protože výchova dítěte v raném věku je nesmírně důležitá. Wills uvádí, že nejdůležitější je odborná péče v prvních osmnácti měsících (Wills in Čálek, 1984).

3.2.3 Výchova dětí se zdravotním postižením

Základní potřeby dětí se zdravotním postižením se neliší od potřeb dětí bez postižení. Pro svůj zdárný vývoj potřebují stejné množství lásky, bezpečí, podpory, ale i důslednosti.

Proto se základní výchovné prostředky rodičů dětí se zdravotním postižením příliš neliší, avšak přibudou k nim mnohá specifická opatření vyplývající z povahy postižení. Musíme si uvědomit, že jakékoliv postižení nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje i celou osobnost. Zdravotní postižení se odráží i v psychické oblasti a čím je těžší, tím snadněji dochází k psychickým odchylkám, které jsou sekundárně ovlivněny osobností dítěte i vnějším prostředím. Člověk s postižením vnímá svět jinak než člověk bez postižení, jeho představa o světě bývá chudší a svět se mu může zdát hůře srozumitelný. Zátěží pro jedince s postižením může být i omezený sociální kontakt a to, že ho okolí neakceptuje (Bartoňová, 2006).

Výchova dítěte se zdravotním postižením je sice velice náročná, obecně ale platí, že by dítě s postižením nemělo zůstat jedináčkem. Není to dobré ani pro něj, ani pro rodiče. Lékaři a psychologové doporučují, aby rodiče měli, pokud je to možné, brzy druhé dítě. Radost ze zdravého dítěte často přináší do rodiny uklidnění. Jestliže se dítě se zdravotním postižením narodí až po zdravém dítěti, je tu nebezpečím zvláštního citového vztahu matky, jehož následkem může být starší dítě zatlačeno do pozadí. Dítě s postižením bývá citlivější, žárlivější, sobectější a zranitelnější, a proto je třeba zapojit do péče o děti např. i prarodiče. Lásku a péči musí rodina mezi děti uvážlivě dělit. Časem by se mělo zdravé dítě stát ochráncem a oporou svého sourozence s postižením. Je-li dítě se zdravotním postižením starší, je pravděpodobné, že bude svého mladšího sourozence napodobovat a později se mu bude chtít vyrovnat. Chceme-li dítě se zdravotním postižením dobře připravit pro život a vytvořit zdravé vztahy mezi sourozenci, musíme zůstat kritičtí a neobdivovat každý, i nepovedený, pokrok, který dítě s postižením udělá. Mohli bychom v něm vypěstovat vědomí, že ať udělá cokoli, vždy je to správné a výborné. Také není správné nadměrně ho hubovat nebo dokonce trestat. Ideální je naučit ho, co mu jeho postižení dovolí a s ostatním mu pomoci. Z toho plyne, že dítě se zdravotním postižením navazuje a udržuje vztah se svými sourozenci stejně jako ostatní děti, proto by mělo být součástí rodinného dění a nemělo by se z něj vyjímat (Bartoňová, 2006).

V případě, že se dítě bude zajímat o okolnosti vzniku svého postižení, měli by rodiče být pravdiví a vše mu vysvětlit s přihlédnutím k jeho věku a stavu, aby bylo schopné všemu porozumět (Bartoňová, 2006). Roku 2000 publikovali Matějček a Dytrych článek, ve kterém sepsali desatero, které by měl mít rodič na paměti.

Vývoj dítěte velmi závisí na tom, jak se k němu rodiče chovají. Jejich chování je určováno jejich vztahem a postoji k dítěti. Čálek (1985) uvádí, že není snadné ani jednoduché najít si k dítěti se zdravotním postižením správný vztah, který by sloužil co nejlépe jeho

všestrannému vývoji. I k tomu je dobré, aby rodič dostal odborné rady a pomoc co nejdříve po zjištění postižení. Čálek uvádí tři základní typy vztahů, které rodiče mohou zaujmout vůči svému dítěti se zdravotním postižením. Ze vztahu rodiče a dítěte vyplývají i styly výchovy, které jsou v rodině uplatňovány (v následujícím textu jsou uvedeny v závorkách).

Vztah přehnaně ochranný (protekcionistický styl výchovy) se vyznačuje především přehnaným strachem o dítě, který vede k tomu, že je dítě značně omezováno a odrazováno od všech samostatných pokusů něco podniknout a může vést k pasivitě dítěte a omezenému zájmu o okolní svět. Dalším znakem tohoto vztahu je přehnaná péče o dítě. Rodiče dítěti v podstatě slouží, dělají vše za ně a nevedou ho k samostatnosti. Dítě bývá pasivním středem rodinné péče, ale nebývá zapojeno do rodinného života. Rodiče k tomuto jednání vede dobrá vůle, ale pro rozvoj samostatnosti dítěte to může mít nedozírné následky, které se ve vyšším věku jen špatně odstraňují (Čálek, 1985).

Vztah nevhodně náročný (perfekcionistický styl výchovy) bývá zapříčiněn tím, že rodiče v některých směrech neberou do úvahy, že jejich dítě má postižení. Kladou na dítě přemrštěné nároky, na které nestačí. Rodiče chtějí, aby jejich dítě bylo jako oni, aby nevybočovalo. Dítě má ovšem postižení, a pokud s ním rodiče nepočítají, mohou dítěti velmi ublížit. Přehnané nároky mohou způsobit nervovou labilitu, pocity méněcennosti, trému, strach z neúspěchu, sklony k depresím a životnímu pesimismu. Časté neúspěchy dítě odrazují a může tak získat negativní postoj k učení a práci (Čálek, 1985).

Vztah přiměřený (realistický styl výchovy) vadě dítěte vychází z poznání, že dítě s postižením je třeba milovat stejně jako každé jiné dítě (ani méně ani více). Rodiče se musí trvale snažit porozumět osobitým zvláštnostem a potřebám dítěte. Důležitá je jejich víra, že se dítě s jejich pomocí vyvine v plnohodnotného a samostatného člověka. Proto je nutné, aby měli rodiče zcela konkrétní představy o tom, jaké jsou skutečné možnosti jejich dítěte a co dělat, aby se tyto možnosti naplno a zcela využily ve prospěch dítěte. Důležitá je proto informovanost a edukace (Čálek, 1985).

V praxi rodiče častěji využívají ochranný vztah, než vztah nevhodně náročný. Ideální je ovšem přístup respektující dítě se všemi jeho odlišnostmi a potřebami. Tento přístup však nevznikne sám od sebe, rodiče musí hodně pracovat na sobě i na svém přístupu k dítěti. Tento vztah se mění s věkem dítěte a jeho vývojem, proto je potřeba stále ho znovu obnovovat. Důležité je také postavení dítěte v rodině (Bartoňová, 2006).

4 Sociální práce v nemocnici

V této kapitole se budu věnovat sociální práci v nemocnici, respektive sociálnímu pracovníkovi v nemocnici, včetně jeho legislativního vymezení a požadavkům kladeným na jeho vzdělání.

Výše uvedené definice sociální práce (viz kapitola 1) mají obecné pojetí, zároveň však zahrnují mnoho konkrétních úkonů pomoci, kterými je můžeme naplnit. Záleží na klientele a na prostředí, kde je vykonávána. Z tohoto důvodu je třeba blíže specifikovat cíle sociální práce v nemocnici, které vycházejí ze specifík cílové skupiny klientů. K tomu je nejprve třeba pochopit, co člověku přináší samotná hospitalizace v nemocnici. Jedinec fungující ve společnosti a zastávající zde určité sociální role, přichází do nemocnice, čímž je jeho fungování ve společnosti automaticky narušeno (u ženy je např. ohrožena role matky, manželky). Člověk se pak cítí více ohrožený, zranitelný, bezmocný. Duševní a sociální pohoda většiny pacientů jsou pobytem v nemocnici narušeny. Zdravotnický personál bývá vyčerpán jeho ošetřováním, pečováním o jeho fyzickou stránku, a proto mu nezbývá čas pečovat o pacientovu sociální a duševní stránku. Z tohoto důvodu zde má velký význam sociální práce. Pokud pacientovi schází jistota, že má po propuštění z nemocnice zajištěnu sociální budoucnost, trpí jeho psychika. Pacienti, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni, se stávají klienty sociálního pracovníka v nemocnici. Sociální pracovník v nemocnici by měl přispět ke zmírnění těchto pocitů a k úspěšnému návratu pacienta do společnosti.

4.1 Sociální problematika v nemocnici

Sociální problematika související se zdravotním postižením (tzn. sociální problematika v oblasti zdravotně-sociální péče) se kvalitativně liší od sociální problematiky vyplývající ze sociální práce s jinými skupinami klientů, např. s nezaměstnanými. Neoddělitelné propojení zdravotní a sociální problematiky se nejvíce týká dětí, osob se zdravotním postižením a seniorů. Právě u těchto tří kategorií nabývá na významu potřeba individuálního přístupu, a to v daleko větší míře, než je tomu u sociálních problémů, které nejsou propojeny se zdravím. Sociální služby ve zdravotnickém zařízení jsou nedílnou součástí léčebně preventivní péče, jejímž cílem je získat objektivní přehled o potřebách včasné i dlouhodobě poskytované sociální pomoci nemocným a jejich rodinným příslušníkům, kteří se dostali do obtížných životních situací, které nejsou schopni sami řešit. Dalším cílem je zjistit, odstranit a zmírnit

negativní psychosociální faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění a ovlivňují jeho průběh a uzdravení. Zdravotně-sociální pracovník je v podstatě sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení, který řeší nebo se podílí na řešení této sociální problematiky. Sociální pomoc poskytuje těm, kteří o ni sami požádají prostřednictvím ošetřujícího lékaře oddělení, kde jsou hospitalizováni, ale i těm, které sám aktivně vyhledá. Sociální pracovník se zaměřuje zejména na péči o pacienty, kteří jsou hospitalizováni na lůžkových odděleních, péči o pacienty z geriatrické poradny a pacienty na sociálních lůžkách (http://katalog.nsp.karta_tp.aspx?id_jp=30651&kod_sm1=12). Jeho činnosti se věnuje v dalším textu.

4.2 Sociální pracovník v nemocnici

Jak již bylo řečeno, má sociální práce v nemocnici svá specifika, takže je má i náplň práce sociálního pracovníka zde působícího, jehož úkoly jsou rozmanité. Z podkapitoly věnované sociální práci ve vztahu k jiným oborům vyplývají požadavky kladené na sociálního pracovníka, kdy se jedná o orientaci v zákonech a přehled o všech odborných zařízeních, různých institucích a organizacích, které poskytují ambulantní, terénní i pobytové sociální služby či dávky ze systémů sociálního zabezpečení, o rehabilitačních zařízeních apod. Proto by se měl sociální pracovník v nemocnici účastnit odborných seminářů, studovat odbornou literaturu, časopisy a stále se zajímat o změny, které v sociální a zdravotnické oblasti probíhají. Povinnost zvyšovat si kvalifikaci vyplývá ze zákona o nelékařských zdravotnických povoláních a ze zákona o sociálních službách (viz kapitola 4.2.4). V neposlední řadě by se měl účastnit supervize, která mu může poskytnout pomoc při řešení jednotlivých případů, a zvládat etická dilemata.

4.2.1 Legislativní vymezení sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Platná legislativa České republiky neřadí nemocnice mezi zařízení sociálních služeb, což ovlivňuje i náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici. V současnosti se sociální práce v nemocnicích řídí následujícími právními předpisy:

- Zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, který upravuje podmínky

získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče v České republice, povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Rozděluje také činnosti pracovníků, a tedy i sociálního pracovníka, dle dosaženého vzdělání a pracovního zařazení. Sociální pracovník by měl poskytovat služby všem pacientům dané nemocnice. Tento zákon rozlišuje v nemocnici dva typy pracovních míst se sociálním zaměřením – zdravotně-sociálního pracovníka, a jiného odborného pracovníka se sociálním zaměřením.

- Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "vyhláška ministerstva zdravotnictví"), která, jak název napovídá „...*stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*“ (§ 1).

- Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který však zmiňuje sociální práci v nemocnici pouze v souvislosti se sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Tato lůžka jsou v nemocnicích zastoupena jen v malé míře.

4.2.2 Činnosti sociálního pracovníka v nemocnici

Pokusím se formulovat činnosti sociálního pracovníka v nemocnici, které stanovuje zákon o sociálních službách, zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhláška ministerstva zdravotnictví, a to činnosti zdravotně-sociálního pracovníka a jiného pracovníka se zaměřením na sociální oblast, kdy vyhláška činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stanovuje podrobně.

Dle ustanovení § 4, odst. 1, písm. a) zákona o nelékařských zdravotnických povoláních se za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka považuje výkon činností dle uvedeného zákona a „...*řídící, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče, pokud je vykonávána zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb.*“

Jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví se zaměřením dle ustanovení § 43 o nelékařských zdravotnických povoláních provádějí činnosti, které „...*přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Činnosti, které jsou součástí výkonu zdravotní péče, vykonává jiný odborný pracovník pouze pod odborným dohledem nebo přímým vedením v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem a jako zaměstnanec zdravotnického zařízení.*“

Jiným odborným pracovníkem se rozumí sociální pracovník, který nemá zdravotně-sociální vzdělání.

Činnosti jiného odborného pracovníka s odbornou způsobilostí upravuje ustanovení § 44 vyhlášky ministerstva zdravotnictví, kdy tento „...*pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování zdravotní péče vykonává činnosti, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče, v rozsahu své odborné způsobilosti (...); přitom zejména dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci (...) v rozsahu činností, ke kterým je způsobilý.*“ Ve vztahu k výkonu sociálního pracovníka říká ustanovení § 51 vyhlášky ministerstva zdravotnictví, že absolvent studijního oboru sociálního zaměření (sociální pracovník) vykonává vedle těchto činností také „...*činnosti na úseku sociální péče v rozsahu své odborné způsobilosti a v rozsahu určeném zdravotnickým pracovníkem se specializovanou způsobilostí na tomto úseku.*“ Zejména může posuzovat životní situaci pacienta, provádět sociálně-právní poradenství a ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky provádět sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.

Zdravotně-sociální pracovník dle ustanovení § 10 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních vykonává činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně-sociální péče. Tento pracovník se také podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. Vyhláška ministerstva zdravotnictví v ustanovení § 9 uvádí, že bez odborného dohledu a bez indikace provádí sociální prevenci (včetně depistáže), sociální šetření v rodinách klientů, posuzuje jejich životní situaci ve vztahu k onemocnění a jeho následkům, spolupracuje s orgány veřejné správy, sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace klienta (rozsah, druh, potřeba sociálních opatření) a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky jej realizuje, zajišťuje sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění či k jeho následkům, pomáhá při integraci klientů do společnosti, pokud tuto pomoc z různých důvodů potřebují, a získává klienty a jejich sociální okolí k aktivní účasti na této integraci. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů, při přípravě propuštění klientů, včetně zajištění další péče a služeb, a v případě jejich úmrtí provádí odborné poradenství v sociální oblasti, případně zajišťuje záležitosti spojené s úmrtí, jedná-li se o osamělé zemřelé klienty. Následnou péči pro pacienta zajišťuje zdravotně-sociální pracovník vždy v průběžné konzultaci a vzájemné spolupráci s ošetřujícím lékařem, zdravotní

a rehabilitační sestrou, jež má pacienta pod dohledem (http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=30651&kod_sm1=12).

Zdravotně-sociální pracovník má v nemocnici více kompetencí než sociální pracovník, a je také registrován v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Tímto se však dostává v platových tabulkách výše než jiný odborný pracovník se sociálním zaměřením.

Je zřejmé, že kompetence sociálního pracovníka v nemocnici je omezena, a potřeba komplexní péče o pacienta vyžaduje spolupráci a jeho přímé zapojení do zdravotnického týmu. Pokud se náležitě upraví náplně práce tak, aby odpovídala potřebám hospitalizovaného pacienta, lze dosáhnout maximální úrovně péče (Řezníčková, 2006). O zapojení sociálního pracovníka v nemocnici do multidisciplinárního týmu budu hovořit v dalším textu (viz kapitola 5.1).

Hlavním úkolem sociálního pracovníka v nemocnici by mělo být pomoci pacientovi k návratu do jeho původního sociálního prostředí a zajistit, aby byl schopen sociálně fungovat, případně pomoci mu zvládnout přechod do nového prostředí (např. do zařízení sociálních služeb, rehabilitačního zařízení) (Řezníčková, 2006). Od zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnicích se očekává základní sociálně-právní poradenství, které souvisí s onemocněním klienta či s jeho případnými následky (Gabura, Pružinská, 1995). Pacient by se tak měl již při příjmu do nemocničního ošetření dozvědět o sociální práci v nemocnici poskytované (Gabura, Pružinská, 1995).

Sociální pracovník v nemocnici vyhodnocuje potřeby pacientů během hospitalizace (http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=30651&kod_sm1=12). Potřebuje tak mít dostatek informací o tom, z jakého prostředí (zázemí) pochází, a zda se má po propuštění z nemocnice kam vrátit (Řezníčková, 2006). Zjišťuje základní informace o jeho práci, bydlení, důvodech hospitalizace apod. Důležitý je tak první kontakt sociálního pracovníka s klientem. Sociální pracovník by měl zvolit vhodný typ komunikace (střídat otevřené a uzavřené otázky), měl by být empatický, všimnout si a rozumět neverbálním projevům klienta. Měl by podporovat klienta k účasti na rozhodování při řešení jeho problémů, poskytnout mu varianty řešení jeho situace, a vysvětlit mu důsledky jeho rozhodnutí (Gabura, Pružinská, 1995).

Sociální pracovník by měl analyzovat, do jaké míry narušila klientova nemoc jeho vztahy a sociální fungování. Na zřeteli by měl mít i klientovy pocity úzkosti, strachu a nejistoty, které jsou nemalou psychickou zátěží. Sociální pracovník poskytuje klientovi

odborné rady, informuje klienta a jeho rodinu o sociálních službách, o dávkách systému sociálního zabezpečení (viz dále), o rehabilitačních nebo zdravotnických pomůckách, o zařízeních, která poskytují služby, kterých by mohl využít po skončení hospitalizace, o sociálních programech a výhodách, na které by mohl mít nárok. Zhodnotí, na které ze sociálních dávek, z příspěvků a mimořádných výhod může klient dosáhnout. Poradí mu jak podat žádost, popř. ji s ním sepíše, a dále s ním pracuje podle jeho individuálních potřeb. V případě potřeby pomáhá klientovi při kontaktu s úřady, zařízeními sociálních služeb, s jinými odborníky (např. psychologem, právníkem, lékařem) (Řezníčková, 2006). Pomáhá zajišťovat následnou lůžkovou zdravotní i sociální péči (např. léčebny, domovy pro seniory, hospice, domovy pro osoby se zdravotním postižením, azylové domy), terénní služby (např. domácí pečovatelská služba, domácí ošetrovatelská péče, osobní asistence), zapůjčuje domů různé kompenzační pomůcky. Ve spolupráci s lékaři pomáhá vyřizovat plné nebo částečné uhrazení zdravotně-kompenzačních pomůcek pojišťovnou (Gabura, Pružinská, 1995).

Sociální pracovník v nemocnici spolupracuje, na základě potřeb klienta, s úřady státní správy a samosprávy, ale i s nestátními organizacemi. Pokud je třeba, požádá příslušný odbor (sociálních věcí, sociálních věcí a zdravotnictví) místně příslušného městského či obecního úřadu o provedení sociálního šetření v rodině klienta, spolupracuje s okresní správou sociálního zabezpečení, s opatrovníky, s kurátory (Kapr, Koukola, 1998), se sociálními i zdravotními pracovníky jiných zařízení, zajišťuje sociálně-právní záležitosti spojené s týráním dětí, s úmrtím pacienta (Gabura, Pružinská, 1995). Mezi služby, které klientům nejčastěji zajišťuje, náleží zavedení pečovatelské služby či domácí péče po propuštění z nemocničního ošetřování, zavedení asistenční služby, osobní asistence, podání žádosti do domova pro seniory, sepsání smlouvy na sociální lůžko a vedení jeho evidence, zajištění zvláštního příjemce důchodu, převedení plateb do nemocnice, ubytování pro bezdomovce, vyřizování žádostí na úřadech, zajištění platného dokladu totožnosti. Zdravotně-sociální pracovník by měl mít na paměti správnou volbu služby podle stavu klienta. Vždy by měl mít na paměti co nejvyšší míru zplnomocnění klienta vedoucí k jeho osamostatnění a k následné integraci klienta do společnosti (http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=30651&kod_sm1=12).

Sociální pracovník by měl mít zmapovány státní i nestátní organizace působící v daném regionu. Tyto znalosti mohou velmi pomoci klientovi při výběru odpovídajících sociálních služeb a rychleji zvládnout návrat do svého domácího prostředí (Kapr, Koukola, 1998). Pokud se klient nevrací domů, ale přechází do jiného zdravotnického, rehabilitačního

zařízení nebo do zařízení sociálních služeb, snaží se ho sociální pracovník na tuto skutečnost připravit (Řezníčková, 2006).

Sociální pracovník sestavuje individuální aktivační plány u pacientů, kteří jsou hospitalizováni delší dobu. Sestavuje je vždy po dohodě s klientem a jednotlivé kroky s ním konzultuje. Tento plán pomáhá rozvinout nebo udržet samostatnost klienta. Sociální pracovník také následně hodnotí plnění a efektivitu cílů tohoto plánu (Řezníčková, 2006).

Sociální pracovník komunikuje s rodinou klienta, která mu může poskytnout cenné informace. U klientů dětského oddělení je komunikace s rodinou mnohem intenzivnější. Pokud rodina klienta komunikuje se zdravotnickým personálem, měl by si všimnout neverbální komunikace a bariér při komunikaci, které by se měl snažit odstranit (Kapr, 1998). Při spolupráci s rodinou připravuje rodinu i klienta na návrat domů. U klientů, u kterých došlo vlivem nemoci k vážným trvalým následkům, by měl sociální pracovník zjistit, jak jsou rodinní příslušníci informováni o jeho stavu, a zda vědí jak se o klienta postarat po návratu z nemocnice (Řezníčková, 2006). Sociální pracovník by měl podporovat přirozenou vztahovou síť klienta, ze které by klient mohl získat potřebnou pomoc, neboť „*Mezi závažné momenty patří oslabení izolace nemocného, pocit, že nezůstal sám, že jsou tu lidé, kteří ho chápou a sdílí s ním jeho vidění situace, jsou ochotni mu poskytnout podporu a pomoc. Navíc skupina vytváří větší zdroje materiálních prostředků, informací, rad, zkušeností, technik, jak se vyrovnat s problémem*“ (Kapr, 1998). Jeho důležitým úkolem je udržet s rodinou a přáteli kontakt, neboť je pro klienta velmi důležitý. Snaží se proto rodinné příslušníky a přátele, zejména u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, přimět ke kontaktu s klientem. Pokud je to třeba, zavede sociální pracovník pravidelná setkání s rodinnými příslušníky klienta, kdy se jim snaží pomoci v překlenutí těžkých chvil, které se v průběhu hospitalizace mohou objevit. Pokud si však klient nepřeje spolupráci a kontakt s rodinou, musí toto přání respektovat (Kapr, Koukola, 1998). Zde je třeba upozornit, že pacient podepisuje při příjmu do nemocnice souhlas s podáváním informací určeným osobám. Sociální pracovník se informuje, na koho z příbuzenstva se může v nouzové situaci obrátit (Kapr, 1998).

Je vhodné, aby se sociální pracovník účastnil lékařských i ošetřovatelských vizit, kde může provést sociální prevenci zaměřenou na vyhledávání jedinců, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Měl by provádět sociální šetření u lůžka, především u sociálně rizikových klientů (nemají domov, rodinu či blízkou osobu, která by se o ně postarala, jsou imobilní a nesoběstační) (Gabura, Pružinská, 1995). Komunikací s lékařem sociální pracovník zjišťuje okolnosti onemocnění a pravděpodobnou délku hospitalizace pacienta. Zdravotnický personál

je s pacientem častěji, má možnost sledovat vývoj jeho fyzického i psychického stavu, proto by se měl sociální pracovník o klientovi radit nejen s lékařem, ale i se zdravotnickým personálem. Pravidelně by se měl scházet i s ostatními zaměstnanci nemocnice, kteří přicházejí s klientem do kontaktu. Vzhledem k tomu, že často komunikuje s lékaři a zdravotnickým personálem, předpokládá se u něj alespoň základní znalost lékařské terminologie. Lépe si tak může domyslet všechny okolnosti onemocnění, jeho následky a sociální dopady. Ulehčí se tím jejich vzájemná komunikace (Kapr, Koukola, 1998).

Při úmrtí pacienta se sociální pracovník setkává s jeho rodinou, hovoří s ní a poradí jí s praktickými záležitostmi ohledně pohřbu, popřípadě ji odkáže např. na pomoc psychologa, svépomocné skupiny apod. Eviduje a uchovává v trezoru pozůstalosti po zemřelém, v případě osamělých pacientů zajišťuje a vyřizuje záležitosti v souvislosti s pohřbem (Gabura, Pružinská, 1995).

Ze strany klientů může dojít ke stížnostem. Pro tyto případy by měla mít nemocnice vypracovaný závazný postup pro jejich vyřizování, na základě něhož pak sociální pracovník stížnost vyřídí. Měl by se snažit předcházet konfliktům mezi klienty a zaměstnanci i mezi klienty navzájem (Kapr, 1998).

Sociální pracovník by měl vytvářet koncepci sociální práce vhodnou pro danou nemocnici. Je však nevýhodou, že většinou vykonává sociální práci sám, tudíž hodnocení sociálních služeb neprobíhá ve spolupráci s jiným sociálním pracovníkem.

4.2.3 Dokumentace vedená sociálním pracovníkem v nemocnici

Sociální pracovník by měl vést záznamy ze setkávání s klienty, které mohou sloužit jako potvrzení jejich setkání (především pro zaměstnavatele sociálního pracovníka), ale hlavně pomohou sociálnímu pracovníkovi připomenout, o čem s klientem minule hovořili a na jakém postupu se dohodli (Gabura, Pružinská, 1995).

„Zařízení má stanoveno, jaké osobní údaje potřebuje získat od uživatelů svých služeb, aby poskytované služby byly bezpečné, odborné a kvalitní“ (Zavádění standardů kvality..., 2004, s. 54). Dokumentace vedená sociálním pracovníkem v nemocnici musí obsahovat základní údaje o klientovi, jeho lékařskou diagnózu, osobní anamnézu, rodinné zázemí, předběžnou délku hospitalizace, kontakt na jeho rodinu, příbuzné nebo blízké osoby, místo kam se bude klient vracet po propuštění z nemocnice, komu sociální pracovník může poskytovat informace a na koho se může obrátit, popř. kdo ho nejčastěji navštěvuje, pracovní

zařazení klienta, jaké dávky pobírá, zájmy klienta. Sociální pracovník většinou vede stručný zápis ze setkání s klientem (případně s jeho rodinou) (Zavádění standardů kvality..., 2004).

V dokumentaci by měl být, v případě že je vytvořen, aktivizační plán klienta, který je založen na jeho potřebách a možnostech. Stanovený cíl daného plánu vychází ze společné dohody mezi sociálním pracovníkem a klientem. Měl by být jasně stanoven postup, doba a sociální služby, které by klient rád využil. V případě, že má sociální pracovník ve své péči klienta delší dobu, měla by dokumentace obsahovat i hodnocení průběhu plnění aktivizačního plánu. Pokud je klient hospitalizován delší dobu, může docházet i po propuštění, sociální pracovník by se pak měl zajímat i o tyto informace a zaznamenat je do jeho spisové dokumentace. Tak má přehled, kdy bude propuštěn, zda má kam jít a jaké sociální služby bude potřebovat, zda bude předán do péče rodiny nebo jiného sociálního, zdravotnického nebo rehabilitačního zařízení. Sociální pracovník by také měl zaznamenat o jaké dávky systému sociálního zabezpečení a o jaké zdravotní pomůcky žádá (Mojžíšová, 2007).

Dokumentaci musí sociální pracovník aktualizovat, archivovat a musí dbát na ochranu osobních dat klientů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zachovávat o nich mlčenlivost. Dokumentace by měla být srozumitelná a přehledná a mělo by být určeno, komu bude přístupná. Archivuje se v ní i korespondence s rodinou, úřady, zařízeními sociálních služeb apod. Dokumentace se skartuje po uplynutí doby stanovené příslušnou nemocnicí (Mojžíšová, 2007).

4.2.4 Vzdělání sociálního pracovníka v nemocnici

V bývalém Československu byla v roce 1991 obnovena možnost vysokoškolského vzdělání v oblasti sociální práce, a to nejdříve v Praze, Brně a Bratislavě, později i v dalších městech. „*Odbornou úroveň těchto kateder i množství nově vznikajících vyšších odborných škol formou neoficiální akreditace garantovala nově založená Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Opírala se o Minimální standardy vzdělávání v sociální práci, jež byly pod vedením I. Tomeše vytvořeny ve spolupráci zahraničních a tuzemských expertů zastupujících zaměstnavatele, vzdělavatele a profesní organizace*“ (Matoušek et al., 2001, s. 151-152).

Většina sociálních pracovníků tedy mohla do roku 1989 získat středoškolské vzdělání, které se jeví jako nedostatečné, a až zákon o sociálních službách upravil odbornou způsobilost pro výkon práce sociálního pracovníka.

Pro výkon sociálního pracovníka obecně, ale i v nemocnici, je třeba splnit zákonné předpoklady, jako je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odbornou způsobilost má sociální pracovník, který má:

- a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním akreditovaného vzdělávacího programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, humanitární práci, sociálně-právní činnost, charitní a sociální činnost;
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v akreditovaném bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo či speciální pedagogiku;
- c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v předchozích odstavcích, v celkovém rozsahu minimálně 200 hodin, kdy délka praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka je minimálně 5 let, pokud má ukončené vysokoškolské vzdělání, nebo je délka praxe nejméně 10 let, pokud má střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním (ukončené nejpozději 31. prosince 1998).

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče má též sociální pracovník a zdravotně-sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 110).

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních v ustanovení § 3 vymezuje způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, kdy říká, že musí mít odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a musí být bezúhonní.

Jiný odborný pracovník se sociálním zaměřením získává odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného bakalářského nebo magisterského studijního programu ve studijním oboru sociálního zaměření (sociální pracovník), vyšší odborné školy sociálního zaměření (sociální pracovník), nebo střední odborné školy ve studijním oboru sociálního zaměření (Zákon č. 96/2004 S., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 43 odst. 2, písm. a).

Zdravotně-sociální pracovník může získat odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření, tříletého studia na vyšší odborné škole či vysoké škole v oborech sociálního zaměření a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo

specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry (Zákon č. 96/2004 Sb., a o nelékařských zdravotnických povoláních, § 10).

Je tak zřejmé, že pro výkon zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnictví je nutné zvýšit si svou specializaci kvalifikačním kurzem "zdravotně sociální pracovník", kterým dosahuje zdravotnického vzdělání a získává přehled v oblasti zdraví, což mu umožňuje lépe posoudit situaci klienta. Dané vzdělávání je určeno především sociálními pracovníky ve zdravotnictví, neboť pouze v tomto oboru může být plně zhodnoceno. Potřeba studia je podmíněna specifickostí výkonu sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Specializační studium je zaměřeno na společenské vědy (psychologie, sociologie, pedagogika, speciální pedagogika, andragogika), zdravotně sociální péči (vybrané kapitoly z vnitřního lékařství, chirurgie, psychiatrie, dětského lékařství, hygieny a epidemiologie), která prohlubuje znalosti o první pomoci a kardiopulmonální resuscitaci (teoretické znalosti i praktické dovednosti), objasňuje systém veřejného zdravotnictví a zdravotní situace v ČR a jejich mezinárodní srovnání, strategie Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO), právní odpovědnost ve zdravotnictví, sociální politiku státu, mimořádné situace ohrožující zdraví a život. V neposlední řadě vyzdvihuje potřebu etiky v sociální práci ve zdravotnictví, zaměřuje se na jazykovou kulturu v mluveném projevu, metody sociální práce ve zdravotnictví, zahrnuje exkurse a zaměřuje se na praktické dovednosti (návčik individuální intervence s pacientem v podmínkách vysílajícího pracoviště, písemné zpracování komplexního sociálního šetření) (<http://ktp.istp.cz/charlie/expert2/act/h1-karta.act?lh=0&is=1&id=30651>).

Sociální pracovník i zdravotně-sociální pracovník mají povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci (§ 53 odst. 2 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních). Další vzdělávání se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob (<http://ktp.istp.cz/charlie/expert2/act/h1-karta.act?lh=0&is=1&id=30651>).

5 Péče o děti se zdravotním postižením a jejich rodinu

Nemoc a následné trvalé zdravotní postižení mají velký dopad na sebepojetí člověka. Mění se role, kterou zaujímá, pohybuje se v jiném prostoru a je kolem něho nový soubor osob, které mu poskytují sociální oporu. Mění se i perspektiva budoucnosti. Pokud potká nemoc malé dítě, klademe si několik zásadních otázek: Koho informovat? Kdy? Jak? Proč?

Na otázku *koho* – vždy na prvním místě rodiče. Ohleduplné je informovat rodiče nejprve v nepřítomnosti dítěte. Teprve poté šetrně sdělit tuto skutečnost samotnému dítěti. V komunikaci je nutné přizpůsobit se vývojovému období dítěte a jeho aktuálnímu emočnímu stavu. Dále informujeme, v případě zájmu, širší rodinu a sourozence.

Dříve bylo tradicí pacienty neinformovat o jejich nemoci. Důvodem bylo, že dítě neporozumí, co mu říkáme, vyvolá to negativní emoce, jedná se o obtížné téma. I mlčením ovšem něco sdělujeme. Nemoc nelze před dítětem utajit. Bez objasnění, co se děje, zůstává dítě bez podpory, může dojít k narušení důvěry a paradoxně se zvýší úzkost, kterou prožívá. Domnívám se, že otevřená komunikace má svá pozitiva, protože vytváří mezi rodiči a lékaři vztah založený na důvěře, a tím se snižuje úzkost a pocity viny. Při zvládání nemoci dítě lépe spolupracuje. Také je větší soudržnost rodiny, která vede k lepšímu zvládnutí situace.

Základem otázky *jak informovat* je umění pozorovat a naslouchat, podporovat a akceptovat vyjádření emocí. Mezi faktory na straně personálu zdravotnického zařízení patří podpora, supervize, ochota ke vzdělávání.

Děti chápou koncepty zdraví a nemoci v závislosti na svém vývojovém období a stupni kognitivního vývoje. Vliv má také individuální variabilita jako genetika a zkušenost, výchova, kultura, společnost, náboženství. Informování zvyšuje u dítěte možnost porozumění nemoci. V kojeneckém a raně batolecím věku jsou děti schopné vytvářet podmíněné odpovědi a strategie zvládání. Jinak jsou zcela závislé na klíčových osobách (matce). Pro pochopení nemoci jim chybí nutná kognitivní schémata a deklarativní znalosti vznikající až kolem věku 3 – 4 let. Vytváření bazální důvěry v okolní svět závisí na kvalitě mateřské vazby.

V raném dětství (1-3 roky) mohou vznikat při opakovaných nepříjemných zážitcích různé fobie (např. z bílého pláště, injekcí, nemocnice), je proto vhodné s dítětem mluvit o nadcházejících situacích, jako např. o návštěvě nemocnice, vyšetření, zákroku. Je třeba ho podporovat v aktivitě a poskytnout mu dostatek prostoru pro exploraci a vzdalování se od matky.

V předškolním období (3-6 let) je myšlení dětí asociativní, "magické", egocentrické, a dítě nedokáže vnímat nemoc komplexně. Soustředění je krátkodobé. Dítě často trpí pocity

viny, nemoc vnímá jako trest za zlobení. Má úzké časové propojení, spojuje nemoc s nedávnou událostí. Při popisu nemoci je dobré používat jednoduché výrazy, např. mluvíme o boji mezi dobrými zlými buňkami.

Mezi závažné zprávy, které je třeba rodičům a dítěti sdělit, patří diagnóza, léčebný režim, vedlejší účinky, invazivní zákroky, chirurgické výkony, psychologické problémy plynoucí z onemocnění, pozdní následky atp. Pro podání těchto zpráv je třeba mít dostatek času. V případě náhlého onemocnění je v první fázi vhodné podávat jen rámcové informace.

Rodiče by měli být informováni před rozhovorem s dítětem. Měli by v klidu odreagovat emoce a srovnat si fakt existence nemoci dříve, než bude sdělen dítěti, a společně by měli sdělení dítěti naplánovat. Rodičům je třeba rámcově říci, co mohou pro své dítě udělat, a tím předejít pocitům bezmoci. Proto musíme získat informace o dítěti. Informovanost rodičů je základem. Měli bychom si dát pozor na komunikaci s rodiči před dítětem.

Setkání s dítětem může mít různé formy. Může být informováno pracovníkem společně s rodiči (nikdy ne v nepřítomnosti rodičů), nebo je nejdříve informováno rodiči, a až poté proběhne rozhovor s nimi společně. Při navázání kontaktu s dítětem je důležitý oční kontakt, úsměv, stejná výška, dotek, příjemný zevnějšek, zrcadlení pohybu dítěte. Používáme jednoduchý slovník a krátké věty. Zeptáme se, co je dítěti o jeho nemoci a léčbě známo. Tím zjistíme, jak svému onemocnění porozumělo a jaká slova používá, což pomáhá předejít nedorozumění. Při rozhovoru s dítětem používáme jednoduchý jazyk, ne metafory! Dítě vždy pravdivě informujeme o nadcházejících událostech, trpělivě mu vysvětlíme, co a jak se bude dít, jak dlouho to bude trvat, kdo tam bude atd. Před vyšetřením seznámíme dítě s vyšetřovacími pomůckami, umožníme mu, aby se jich dotýkalo. Zejména u předškoláků a mladších dětí je významná názornost (ukážeme mu zdravotnické pomůcky, fotografie, atp.). V případě bolestivého zákroku dítě na bolest připravíme, nikdy mu netvrdíme opak! Dbáme na to, aby dítě vědělo, že nezůstane samo. Nevědomost podporuje fantazii dítěte a vyvolává strach. Velký význam mají při komunikaci s dítětem hravé činnosti (hračky, obrázky, knihy), které pomáhají navázání kontaktu s dítětem a odreagování dítěte. Důležitou součástí péče o dítě je herní terapeut, který zjišťuje jeho zájmy a navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit dítěte (viz kapitola 5.1)

Je dobré zjistit, jak mnoho chce o své nemoci vědět. Často děti nemají zájem být informovány podrobně. Pak je dobré informovat je jen o tom, co je bezprostředně čeká. Děti s velkou anticipační úzkostí není vhodné připravovat v předstihu před zákroky. Děti

předškolního věku jsou méně zaměřené do budoucnosti. Je nutné ověřovat, zda dítě všemu porozumělo, podporovat ho v kladení otázek věnovat pozornost jeho pocitům, zmírňovat jeho obavy a starosti.

V České republice jsou rodiče stále často v nemocnici považováni pouze za návštěvu, která smí dítě navštívit jen v návštěvních hodinách. Nejsou bráni jako partneři, kteří se podílejí na uzdravení dítěte (<http://www.klicek.org/playwork/index.html>).

Organizaci péče o nemocné dítě můžeme rozdělit. Středem je zdravotní péče (léčba), lékaři a sestry, oddělení a ambulance, léky, zákroky, rehabilitace. Přidružena je psychologická péče (komunikace o nemoci, krizová intervence, příprava na zákroky, podpora rodiny a sourozenců, podpora a relaxace), sociální péče (regulační poplatky, dávky sociální podpory při péči o dítě) a výchova a vzdělávání (individuální vzdělávací plán, vychovatelé, kontakt s kmenovou školou).

Mezi cíle sociální a psychologické péče (tyto roviny se často v nemocnici úzce prolínají) patří vybudování kvalitního vztahu mezi dítětem, jeho rodinou a ošetřujícím týmem. Udržování srozumitelné a dobré komunikace mezi zúčastněnými. Podpora v krizové situaci, podpůrná psychoterapeutická péče pro děti a jejich rodiče. Zabezpečení základního sociálního standardu a návrat do sociálního prostředí. Problémovými oblastmi v rovině fyzické jsou nemoc, zákroky, vyšetření, léčba, únava, bolest, nechut' k jídlu, nevolnost. V rovině psychické je to úzkost, strach, deprese, a v rovině sociální to jsou vztahy, rodiče, rodina, kamarádi, záliby, hospitalismus. Pozdní následky samotného onemocnění dítěte mohou být různé. V somatické rovině se jedná o chronické nemoci, změnu tělesného vzhledu. U neurokognitivních funkcí se jedná o paměť, koncentraci, motoriku, exekutivu. V psychické rovině o změnu chování, sebehodnocení, uzavřenost a v sociální rovině jde především o izolaci a nesamostatnost (<http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/hledani-clanku/skupina/a/zobrazit/ids/3379/>).

Zdravotní postižení je životní těžkost, kterou je třeba zvládnout a proces zvládání je náročný pro dítě i jeho rodinu. Teprve poté se lze naučit tolerovat to nepříjemné, co s sebou postižení přináší, zachovat si duševní rovnováhu a pozitivní obraz sebe sama a vytvořit podmínky, které umožňují zregenerování člověka. I přesto je však třeba pokračovat v životě s druhými lidmi. V boji s nemocí a k vyrovnání se s následným postižením pomáhá zaměření na řešení problémů, snaha o konstruktivní řešení dané situace, vyrovnání se s emočním stavem a opora v druhých lidech. K udržení rovnováhy disponuje každý člověk širokou

škálou obranných mechanismů. Obranné mechanismy je myšlení nebo konání, které brání před vnějšími nebo vnitřními hrozbami. Jsou reakcí na zátěž, která redukuje úzkost. Člověk jimi získává čas, aby nashromáždil dostatečné množství energie a mohl racionálně čelit věcem takovým, jaké jsou. Problém nastává, pokud jich jedinec užívá příliš často a příliš dlouho, a když nahrazují reálné řešení dané situace. Mezi tyto mechanismy patří útěk, útok, popření, vytěsnění, regrese, kompenzace, štěpení, izolace, projekce a další. S těmito obrannými mechanismy je třeba počítat při práci s člověkem s postižením. Můžeme mu pomoci tyto obranné mechanismy popsat a pozitivně je přeznámkovat, zjistit jejich eufunkčnost a dysfunkčnost, učit správným reakcím a rozšířit jim jejich cíle.

5.1 Multidisciplinární tým

Již v předchozím textu jsem zmínila potřebu spolupráce sociálního pracovníka s lékaři a zdravotnickým personálem. V multidisciplinárním týmu by dle Šandora a Bartoňové (2005) měla panovat příjemná atmosféra a jeho členové by měli mít pocit, že jsou pro něj přínosem. Úspěchy, ale i neúspěchy, posilují soudržnost a pochopení kolegů. Důležitou praxí fungujícího týmu je poskytování podpory a zpětné vazby, kterou se pracovníci povzbuzují a odstraňují nedostatky ve svém výkonu. Pravidelná supervize může být prostředkem pro vytvoření a udržení takovýchto vztahů. Pracovník promítá do práce celou svou osobnost a je tedy tím nejdůležitějším, co zařízení může uživatelům nabídnout.

Ve zdravotnictví je tým složen z různých profesních oborů a každý z členů týmu se s klientem setkává v jiné fázi jeho životního příběhu. Musí se postarat o jeho odlišné potřeby (fyzické, psychické, sociální), proto je nutná nejen co nejvyšší odbornost ve své profesi, ale schopnost klientovi fundovaně poradit, na koho z multidisciplinárního týmu se může s konkrétními potřebami obrátit. „*Síla týmu je v jeho rozmanitosti, v tom, jak si jeho členové umí rozdělit úlohy a funkce tak, aby využili svoje silné stránky. V praxi je důležité, aby v každém týmu byli lidé s různými schopnostmi, dovednostmi a charakteristikami*“ (Šandor, Bartoňová, 2005, s. 95). Tak se mohou jednotliví členové týmu nejlépe doplňovat. Důležité je také jasné rozdělení kompetencí. Sociální pracovník v nemocnici např. nemůže psát do ošetrovatelských plánů či podávat léky (viz zejména zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhláška).

Pokud jsou pacient a jeho rodinní příslušníci v těžké životní situaci, napomáhají jim všichni členové multidisciplinárního týmu. Nejprve jsou v kontaktu s lékaři a zdravotnickým personálem, kteří by měli pacientovi a jeho blízkým vhodným způsobem poskytnout odborné

informace o onemocnění a omezení z něj vyplývajícím. Sociální pracovník se poté snaží, za pomoci sociálního systému, udržet kvalitu života klienta a zmírnit důsledky nemoci. O jeho činnosti jsem již hovořila v předchozím textu, kde jsem uvedla, že spolupracuje se zdravotnickým personálem, aby mohl lépe posoudit potřeby klienta a nabídnout mu vhodné služby. Svým způsobem se podílí na vypracování postupu ukončení hospitalizace. Při tom spolupracuje i s ostatními odborníky, např. s psychologem, právníkem apod. dále s dobrovolníky a hlavně s rodinou a blízkými lidmi klienta, kteří mu mohou podstatně pomoci při řešení sociální situace klienta.

Nejdříve se rodiče a nemocné dítě setkají s lékařem. Autorita lékaře přináší velkou míru sugestivitu. Je známo, že jsou případy, kdy pouhá přítomnost lékaře přináší úlevu. Pro člověka je při sdělování zpráv o jeho zdraví, či o zdraví někoho blízkého, velmi důležitá pravdivost získaných informací. Proto by i lékař měl být pravdivý. Pokud informuje svého pacienta (a rodiče nemocného dítěte obzvláště) zkresleně, ztrácí důvěru. To se vztahuje i na kongruenci lékaře, tj. na pravdivý projev ve smyslu být sám sebou. Všechna svá sdělení by měl rodičům dítěte se zdravotním postižením sdělovat taktně, dát jim najevo, že je chápe, nebo jim ukazuje svou snahu o porozumění, kterou rodiče dokážou ocenit stejně jako samo porozumění. Lidská blízkost, zájem a pochopení uklidňují, posilují a povzbuzují. Úcta a respekt nejsou jen atributy vlídnosti a zdvořilosti, jde o mnohem náročnější a hlubší požadavek. Je potřeba vnímat malého pacienta a jeho rodinu jako úctyhodné, plnohodnotné bytosti, kterých si vážíme, i když můžeme mít rozdílné názory. Tyto charakteristiky se týkají i respektování lidské důstojnosti a měli by se jimi řídit všichni členové multidisciplinárního týmu, kteří pečují o dítě s postižením a jeho blízké. Je třeba dodat, že pokud lékař věří pacientovi, vzrůstá i důvěra pacienta vůči němu. Klid lékaře vyvolává i klid u pacienta, a jestliže lékař považuje malého pacienta za zodpovědného, pomáhá mu tím k budování jeho zodpovědnosti.

Honzák se domnívá, že by měla v dnešní moderní medicíně vzniknout atmosféra pochopení, důvěry a naděje, v níž by se měla uskutečňovat jakákoliv péče o nemocné děti i jejich blízké. Toho lze dosáhnout vzděláváním, kladením důrazu na etiku, supervizí i pro lékaře, školením – modelováním, workshopy, motivací pracovníků ke vzdělávání se v nových přístupech (v čem pomůže péče o sebe, o své zdraví, ocenit je, jak důležitou práci dělají, že tam jsme proto, abychom jim pomohli v těchto nelehkých situacích), trénink v komunikačních dovednostech a v aktivním naslouchání, podpora týmovosti, mít si s kým o tom promluvit,

výměna zkušeností (Honzák, 1992, s. 22). Výše uvedené se netýká pouze lékaře, ale všech odborníků, kteří se s pacientem a jeho rodinou dostanou do kontaktu.

Při kontaktu rodičů dítěte s lékařem může dojít k jejich **psychogenní iatrogenii**, tedy k přechodnému nebo trvalému psychickému poškození pacienta lékařem. Zaměřuji se na toto téma, protože to vidím jako jeden z podstatných faktorů, které mohou zapříčinit nedůvěru a nechuť rodičů k další spolupráci s ostatními profesionály týmu. Může také způsobit prodlení při pomoci dítěti a možnému zanedbání jeho vývoje. K psychogenní iatrogenii může dojít i v případě rodičů malého pacienta, pokud se ocitnou v podobných podmínkách jako jejich děti. Lékař, bohužel nikdy nemůže s určitostí vědět, co rodiče prožívají a o čem přemýšlejí, nemůže se s určitostí vyhnout vzniku tohoto jevu. K tomuto negativnímu působení lékaře dochází při nevhodném zacházení s nemocným dítětem, při volbě nevhodného obsahu nebo sdělení, či pokud je podáno nevhodným způsobem. U rodičů dále hrozí nebezpečí iatrogenie, pokud je lékař nedostatečně informuje, moc s nimi nemluví a nepomáhá jim pochopit onemocnění jejich dítěte. Nemohou se tak připravit na situaci, do které se následkem postižení dostanou. Problematicky také na rodiče působí, pokud jsou na ně kladeny v souvislosti s uzdravením dítěte nepřiměřené nároky, které nemohou splnit. Nevhodné jsou i lékařovy zprávy vyvolávající u rodičů úzkost, se kterou jim poté nepomůže se vyrovnat. Lékař může rodiče psychicky poškodit nejen tím, že něco udělá či řekne, ale také tím, že neřekne či neudělá nic, přestože tak učinit měl. Na psychiku rodičů působí také prostředí, ve kterém se s lékařem setkávají. Možnost iatrogenního poškození rodičů nemocného dítěte je možné snížit, dodržováním psychologického přístupu a dodržováním respektu a potřeb nemocného dítěte.

Součástí multidisciplinárního týmu je také dosud poměrně málo známá a v České republice málo zastoupená pozice **herní terapeut** (herní specialista), který vykonává herní práci. Měl by se odlišovat od zdravotnického personálu, neboť by měl fungovat jako prostředník mezi zdravotnickým personálem, dítětem a rodiči. Měl by se snažit vidět situaci ze stejného úhlu jako hospitalizované dítě, měl by mu naslouchat a neměl by jeho situaci nijak zlehčovat. Herní specialista vytváří vhodné herní programy pro děti různého věku, stupně postižení a zdravotního stavu. Pomáhá dítěti pomocí hry přiměřeně věku a stupni vývoje porozumět nemoci a léčbě. Připravuje dítě i jeho rodiče na zákroky, nastíní jim, co se bude dít v nejbližší době (výhled do blízké budoucnosti). Vzhledem ke vzdálenější budoucnosti podporuje realistické i optimistické naladění dítěte a ochotu bojovat. Herní specialista má

ulehčit dítěti hospitalizaci a mimo jiné i zpestřit jeho volný čas (<http://www.klicek.org/playwork/index.html>).

Herní specialista by měl mít na paměti emocionální potřeby dítěte a důležitost hry v nemocnici. Dítě je v nemocnici velmi zranitelné, má strach z neznámého prostředí, neví, co má očekávat a jak se má chovat. Měl by si shromáždit co nejvíce informací o dítěti, o jeho předchozích hospitalizacích a pozorovat dítě při hře. Hra nemá přinést dítěti pouze pobavení, pomáhá mu učit se, měla by mu zpříjemnit prostředí, zmírnit stres a úzkost. Hrou se dítě zbaví frustrace a získá jistotu. Hra také uspíší uzdravování a rehabilitaci. Herní specialista podporuje i rodinu a sourozence nemocného dítěte (<http://www.nahps.org.uk>). Herní specialista tedy dbá na to, aby hra byla v souladu s potřebami dítěte a s jeho celkovým ošetrovatelským plánem. Měl by psát dokumentaci o „herní intervenci“. Důležitá je efektivní komunikace herního specialisty nejen s rodinou, ale i s multidisciplinárním týmem, jehož je součástí. Měl by se účastnit supervize a umět zhodnotit svou vlastní práci a výkon.

5.1.1 Sociální pracovník v nemocnici a jeho zapojení do multidisciplinárního týmu

Po přijetí dítěte do nemocnice by mělo dojít, dle mého názoru, co nejdříve ke kontaktu se sociálním pracovníkem, neboť najít řešení možných sociálních následků je pro rodinu velmi podstatné. Sociální pracovník by se neměl zapomenout představit, říci jaká je jeho funkce a v čem může být nápomocen. Měl by klienta (v tomto případě dítě se zdravotním postižením a jeho rodiče) seznámit s jeho právy a povinnostmi v dané nemocnici.

Sociální pracovník v nemocnici, podle velikosti nemocnice, většinou spadá pod vedoucí sociálního oddělení, které spadá pod náměstka pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestru. Sociální pracovník v nemocnici nepracuje pouze pro jednu kliniku, proto nemá možnost pracovat s každým pacientem a nemůže zachytit jeho tíživou situaci okamžitě. Z důvodu nedostatku času na celkový objem práce upřednostňuje pacienty na lůžkách, před ambulantními. Pořadí klientů si určuje sociální pracovník sám, avšak velmi důležitá je spolupráce s multidisciplinárním týmem. Ošetřující lékař informuje sociálního pracovníka o léčbě, objasňuje omezení, která z onemocnění plynou. Staniční sestra podává informace o rodině, sestry spolu s ošetřujícím personálem o aktuálním stavu a schopnostech. Fyzioterapeut posuzuje mobilitu pacienta a navrhuje pomůcky potřebné pro jeho co nejvyšší soběstačnost. Sociální pracovník a psycholog v nemocnici poskytují na základě těchto informací konzilia, při kterých zvolí další vhodný postup. V multidisciplinárním týmu mají své místo i duchovní a dobrovolníci, kteří poskytují podporu pacientům i jejich rodinám

[\(http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/hledani-clanku/skupina/a/zobrazit/ids/3379/\)](http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/hledani-clanku/skupina/a/zobrazit/ids/3379/).

O činnosti sociálního pracovníka v nemocnici jsem již hovořila v předchozím textu, kde bylo také uvedeno, s kterými dalšími odborníky v nemocnici, ale i mimo tuto instituci, spolupracuje v zájmu svého klienta.

5.2 Sociální situace rodiny dítěte se zdravotním postižením a pomoc poskytovaná sociálním pracovníkem

Sociální práce s rodinou dítěte s těžkým onemocněním probíhá, jak jsem již uvedla výše, ve spolupráci s odborníky z různých profesí (lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeut, psycholog, herní terapeut, duchovní, učitel, dobrovolníci) a začíná spolu s léčbou hned na počátku nemoci. Týmová práce je velmi důležitá. Sociální pracovník nemá zpravidla kancelář v lůžkové části a bez intervence jiného pracovníka (např. lékaře, sestry, fyzioterapeuta) se k němu rodina nedostane. Sociální problémy tak mohou přerůst do neřešitelných rozměrů.

Mezi klientem a sociálním pracovníkem by měl být profesionální vztah, kde hlavní roli hraje akceptace klienta, uznání jeho jedinečnosti a důstojnosti. Sociální pracovník by měl brát ohled na klientovy pocity, přání a potřeby vyvstávající během hospitalizace. Práce s klientem by neměla být jednorázová, měla by být plánovaná s ohledem na délku, přání a potřeby klienta. Sociální pracovník by měl být bez předsudků, měl by dodržovat práva klienta, ctít jeho osobnost a měl by se snažit být mu psychickou a emoční oporou. Neměl by ovšem vyvolávat soucit, ani emoční závislost klienta na něm (viz kapitola 1).

Malé děti, i s doprovodem rodiče, se mohou hospitalizací cítit ohroženi a osamoceni v nové situaci. Sociální pracovník jim pomáhá zvyknout si. Rozhovorem zjišťuje jejich potřeby a zvyklosti. Po stanovení diagnózy je zásadní navázat kontakt s rodiči, zahájit komunikaci, což je důležitým předpokladem pro úspěch další spolupráce. Rodina se v tu chvíli většinou ocitá v nepříznivé životní situaci s mnoha negativními faktory a je nejistá ohledně budoucnosti svého dítěte i své. Sociální pracovník by se měl zaměřit především na následky onemocnění, které je dítěti diagnostikováno (tohle se přihodilo, taková je prognóza, dá se dělat to a to). Po sdělení negativní prognózy musí očekávat zklamání rodičů, nenaplnění očekávání, naděje. Někteří rodiče mohou utéct, zhroutit se. Stojí před nimi tíha dalšího rozhodnutí plynoucího z volby mezi osobní péčí o dítě a jeho umístěním do ústavního zařízení. Sociální pracovník by měl v těchto chvílích, ve spolupráci s psychologem, pečovat o psychiku rodičů a předat jim dostatek informací o dostupných službách, o dalším vývoji

onemocnění jejich dítěte, co lze očekávat. Měl by rodiče ujistit, že se nemusí rozhodnout hned, a že jejich rozhodnutí není neměnné. Pro rodiče a jejich rozhodnutí je důležitá také reakce nejbližšího okolí a společnosti a to, zda u nich najdou podporu a přijetí odlišnosti dítěte.

Je nutné rodiče stavět do reality, "nestavět jim vzdušné zámky" a podporovat je v přijetí reality. Je-li v rodině i zdravé dítě, dát pozor, aby nebylo na okraji, aby rodiče věnovali oběma dětem stejnou péči (Řezníčková, 2006), kdy o tomto nebezpečí jsem již hovořila.

Na počátku hospitalizace sociální pracovník klientovi pomáhá překlenout období změny, které pro něj hospitalizací nastalo. Může rodině nabídnout pomoc orientovat se v nové situaci. Nabízí jim především pomoc při hledání řešení konkrétních sociálních, psychosociálních, sociálně-právních, sociálně-ekonomických problémů a psychosociální pomoc. Na začátku je velmi důležité zeptat se rodičů, co cítí jako největší problém a z toho vycházet.

V rámci psychosociální pomoci poskytuje sociální pracovník rodičům podporu při adaptaci na sociální změny (změny spojené s nemocí dítěte by neměly ovlivnit kvalitu péče o dítě), pomoc při řešení vztahových problémů v rodině a při řešení problémů ve vztahu k institucím (úřady, školy, zaměstnavatelé, posudkové komise). Rodiče mají spousty otázek ať vyřčených nebo těch na které se bojí zeptat (jestli budou moci být s dítětem doma, zda-li nepřijdou o zaměstnání, jak to budou mít s penězi atd.). Na úřadech rodiče často dostávají neúplné informace a přicházejí nové dotazy (co mají doložit, udělat, jak se mohou bránit...).

Sociálně-právní poradenství spočívá v aktuálních informacích o sociálních dávkách a výhodách pro zdravotně postižené, o které mohou žádat (kam mají jít, co doložit, podle jakých zákonů, jaké jsou podmínky pro vznik nároku na ně). O dávkách pro osoby se zdravotním postižením budu hovořit v dalším textu (viz kapitola 5.2.1.). Měl by je také upozornit na možnost výpůjčky zvláštní pomůcky, na které se neposkytuje dávka, a na možnost požádat si o průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

V případě úmrtí dítěte poskytuje rodičům krizovou intervenci většinou psycholog. Za sociálním pracovníkem přicházejí s žádostí o praktické informace, co mají udělat, kde zařídit pohřeb, jak odhlásit dávky atd.

Sociální pracovník v nemocnici uskuteční osobní pohovor s rodinou dle individuální sociální situace. V případě potřeby mohou rodiče docházet na opakované konzultace (pokud něčemu nerozumí, mají problémy při schvalování). Zvýšenou péči potřebují rodiny sociálně

slabé. Zde je nutná spolupráce s obvodními pediatry, agenturami domácí péče, oddělením sociálně-právní ochrany dětí, asistenčními službami, nestátními organizacemi. Pomoc pracovníků v terénu je velmi důležitá, neboť se takto dá zabránit dlouhému pobytu dítěte v nemocnici například z toho důvodu, že matka neumí podat léky, hospodařit s penězi.

Rodiny dětí se zdravotním postižením jsou často znevýhodněny finančně. Jeden z rodičů, nejčastěji matky, se stará o dítě, a proto nemůže chodit do práce a v domácnosti chybí jeden příjem. Zároveň je však třeba upozornit na skutečnost, že péče o dítě se zdravotním postižením je dost často finančně mnohem náročnější, než péče o dítě zdravé. Sociální dávky tento problém částečně řeší, neboť představují finanční podporu rodin pečující o osobu se zdravotním postižením, avšak pouze pokud stupeň daného postižení vyžaduje péči jiné osoby. O tyto dávky musí rodiče opakovaně žádat a projít procesem pro přiznání dané dávky, který má určitá zákonem stanovená pravidla a může být pro žadatele dost náročný, ať už svou komplikovaností a nesrozumitelností, nebo chováním příslušných úředníků. Pozice žadajícího není vždy příjemná a pro rodiče dětí se zdravotním postižením je to stresor, se kterým se musí vyrovnávat.

Na jednu stranu by měly rodiče tuto pomoc uvítat, stát jim poskytuje určité prostředky ve snaze předejít tomu, že se dostanou do stavu hmotné nouze. Z jejich strany však není situace tak jednoznačná. Problémem může být nedostatek informací o možných nárocích, nevědí na koho se obrátit a kdy. Mohou se cítit stresováni svou neznalostí i nejistotou týkající se zdroje takových informací. Mohou být i nespokojení, že jim nikdo neřekl, na co mají nárok, a tak o některé dávky přišli. Řešením je věnovat se jim a vysvětlit, jak systém funguje (Vágnerová, 2009, s. 185). Z toho důvodu poskytuje sociální pracovník v nemocnici rodinám sociálně-právní poradenství, sociálně-zdravotní pomoc klientům v krizových situacích, řešení sociálních problémů, pomoc při jednání s institucemi a samostatné, náročné, analytické a metodické činnosti v individuální sociální práci.

Některé nemocnice postupně pochopili nelehkou finanční situaci rodiny a poskytují rodinám nemocného dítěte, které je v nemocnici hospitalizováno, výhody, jako je např. parkování pro rodiče v areálu zdarma, možnost bezplatného ubytování pro jednoho z rodičů, neschopenka pro osobu doprovázející dítě, osvobození od regulačních poplatků pro rodiny pobírající dávky hmotné nouze, splátkový kalendář, cestovné proplácené zdravotní pojišťovnou při dopravování dítěte do nemocnice – místo sanitky.

5.2.1 Dávky pro rodiny dětí se zdravotním postižením

Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o dávkách pro osoby se zdravotním postižením"), a vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Zahrnují příspěvek na mobilitu (§§ 6-8) a příspěvek na zvláštní pomůcku (§§ 9-12), které mají zmírnit sociální důsledky zdravotního postižení a podpořit sociální začleňování osob se zdravotním postižením. Osoba se zdravotním postižením může také požádat o výpůjčku zvláštní pomůcky, na kterou nemůže získat příspěvek, a o vydání průkazu osoby se zdravotním postižením (§§ 34-36), ze kterého vyplývají některé benefity. Kompetentními k rozhodování o nárocích žadatelů jsou krajské pobočky Úřadu práce České republiky, a k rozhodování o případném odvolání do jejich rozhodnutí Ministerstvo práce a sociálních věcí (Zákon č. 329/2011 Sb., o dávkách pro osoby se zdravotním postižením).

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka určená osobě starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována, a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (dle zákona o sociálních službách). Jeho výše je 400 Kč měsíčně (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>).

Příspěvek na zvláštní pomůcku je nároková dávka určená pro osobu s těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, s těžkým sluchovým postižením, těžkým zrakovým postižením. Pokud je pomůckou motorové vozidlo, má nárok na tento příspěvek osoba s těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí či s těžkou nebo hlubokou mentální retardací (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>). Zdravotní postižení, která odůvodňují přiznání tohoto příspěvku, a naopak zdravotní stavy, které jeho přiznání vylučují, jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Druhy a typy zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, jsou uvedeny ve vyhlášce s tím, že se příspěvek poskytuje i na pomůcku, která zde uvedena není, ale krajská pobočka Úřadu práce ji považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek zde uvedených (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>).

Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je dosažení stanoveného věku - 3 roky (motorové vozidlo, úprava bytu), 15 let (vodící pes), 1 rok (ostatní pomůcky). Další podmínkou je, že zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu, je potřebná pro

pracovní uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím, a osoba ji může využívat. Zvláštní pomůcka není plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění anebo není osobě zapůjčena příslušnou zdravotní pojišťovnou (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>).

Výpůjčka zvláštní pomůcky se týká dávek, na které se neposkytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, a to na pořízení stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny a schodolezu, které se osobě poskytují na základě smlouvy o výpůjčce osobě starší 3 let s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (viz příloha k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením). Konkrétní zvláštní pomůcku určuje krajská pobočka Úřadu práce, která také může osobě, která nemá dostatek finančních prostředků k úhradě instalace zvláštní pomůcky, poskytnout příspěvek na instalaci, kdy se vyžaduje minimální spoluúčast osoby ve výši 1.000 Kč (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>).

Průkaz osoby se zdravotním postižením nahrazuje „...*průkaz mimořádných výhod osvědčujících stupeň zanikajícího institutu „mimořádné výhody“*. Existující papírové kartičky TP, ZTP a ZTP/P budou nahrazeny průkazem osoby se zdravotním postižením, který zažité zkratky přebírá“. Institut "mimořádných výhod" je sice rušen, ale benefity, které z něj vyplývaly, zůstávají v platnosti. Průkaz je možné osobě vydat automaticky v souvislosti s přiznáním příspěvku na péči či příspěvku na mobilitu, nebo samostatně (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>).

Průkaz TP náleží osobám považovaným pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I (lehká závislost). Pokud však nejsou neschopné zvládat „...*základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, náleží jim průkaz ZTP/P.*“

Průkaz ZTP náleží osobám považovaným pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), a „...*osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty.*“ Pokud však osoba ve stupni závislosti II není schopná zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, náleží jí průkaz ZTP/P (s výjimkou zletilé osoby, která tuto schopnost nemá díky úplné nebo praktické hluchotě).

Průkaz ZTP/P náleží osobám považovaným pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), a dále osobám, u kterých bylo (pro účely příspěvku na mobilitu) zjištěno, že nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace (s výjimkou těch, které je nejsou schopny zvládat kvůli sluchovému postižení) (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>).

Příspěvek na péči je určen osobám starším jednoho roku věku, které jsou zejména z důvodu nepříznivého zdravotního stavu (trvá nebo má trvat déle než jeden rok), který „...omezuje jejich funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb...“ závislé na pomoci jiné osoby. „Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno...“ a poskytuje se na nákup potřebné služby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7). Rozlišují se čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby dle toho, kolik životních potřeb není osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat, a to odlišně pro osoby mladší a osoby starší 18 let věku: stupeň I (lehká závislost), stupeň II (středně těžká závislost), stupeň III (těžká závislost), stupeň IV (úplná závislost) (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 8). Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, jako je mobilita (zvládat vstávání, usedání, chůze), orientace (zrakem, sluchem, pomocí psychických funkcí), komunikace (dorozumět se a porozumět mluvené řeči i psanému sdělení), stravování (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim), oblékání a obouvání (a to i výběr oblečení a obutí), tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby (včetně používání hygienické pomůcky), péče o zdraví (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření), osobní aktivity (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídajících věku), péče o domácnost (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty) (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 9; <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>). Od stupně závislosti se odvíjí výše příspěvku, kdy pro osobu mladší 18 let činí 3.000-12.000 Kč a pro osobu starší 18 let 800-12.000 Kč. Uvedená částka příspěvku se pro děti mladší 18 let zvyšuje o 2.000 Kč za kalendářní měsíc, pokud je příjem oprávněné osoby a osob společně posuzovaných nižší než dvojnásobek částky životního minima (§§ 11-12). O příspěvku rozhoduje a vyplácí jej krajská pobočka úřadu práce (§ 18). Příspěvek se nevyplácí, pokud je „...oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace...“, s výjimkou případů, kdy jsou poskytovány sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, či je s oprávněnou osobou k hospitalizaci přijata i fyzická osoba, která jí poskytuje pomoc (§ 14a) (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Rodičovský příspěvek je dávkou státní sociální podpory a je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o státní sociální podpoře"). Nejde o dávku primárně určenou pro osoby se zdravotním postižením, ale rodičům pečujícím celodenně a řádně o dítě nejdéle do 4 let jeho věku. Poskytování této

dávky je vázáno na omezení docházky dítěte mladšího dvou let do kolektivního zařízení v délce 46 hodin měsíčně, pro dítě, které „...*pravidelně navštěvuje léčebně rehabilitační zařízení nebo mateřskou školu nebo její třídu zřízenou pro zdravotně postižené děti či jesle se zaměřením na vady zraku, sluchu, řeči a na děti tělesně postižené a mentálně retardované...*” je toto omezení stanoveno 4 hodinami denně, a pro děti se zdravotním postižením šesti hodinami denně, pokud pravidelně navštěvuje předškolní zařízení. Zde uvedené se však netýká rodičů, kteří pečují o dítě dlouhodobě zdravotně postižené nebo o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené (http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/rodicovsky_prisp). Na tuto dávku má rodič nárok i tehdy, je-li dítě umístěné ze zdravotních důvodů v ústavní péči zdravotnického zařízení a rodič o ně celodenně a řádně pečuje. Rodičovský příspěvek však nenáleží dítěti, kterému náleží příspěvek na péči (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, § 30b, odst. 2, odst. 4). Děti se zdravotním postižením mají být zajištěny jednotným způsobem, tj. tak, aby po dovršení 1 roku věku byly zabezpečeny vždy jednou dávkou, a to buď rodičovským příspěvkem, nebo příspěvkem na péči (<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/4#1>).

Také **dávky pěstounské péče** jsou upraveny v zákoně o státní sociální podpoře a nejsou primárně určené osobám se zdravotním postižením. Avšak příspěvek na úhradu potřeb dítěte se v případě dítěte zdravotně postiženého navyšuje dle stupně jeho závislosti na pomoci jiné osoby. Zákon upravuje odměnu pěstouna ve zvláštních případech, která je mimo jiné určena pro pěstouna, který pečuje alespoň o jedno dítě, které je osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, III, IV, stejně tak příspěvek při převzetí dítěte, příspěvek na zakoupení motorového vozidla (http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/pestounska_pece).

5.2.2 Sociální služby

Sociální služba je činnost, nebo soubor činností, která osobám zajišťuje pomoc a podporu za účelem jejich sociálního začlenění, nebo jako prevenci jejich sociálního vyloučení (§ 3). Může mít formu ambulantní, pobytovou a terénní (§§ 32-33). Pobytová sociální služba je spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb, kam ambulantní klient dochází či je dopravován do zařízení sociálních služeb, a terénní je poskytována v přirozeném sociálním prostředí klienta (§ 33). Rozlišují se služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální poradenství je základní či odborné, kdy základní sociální poradenství poskytuje osobám informace potřebné pro řešení jejich nepříznivé sociální situace a je

povinnou součástí všech sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob (je např. poskytováno v poradnách pro osoby se zdravotním postižením) a zahrnuje také půjčování kompenzačních pomůcek (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 37).

Služby sociální péče mají osobám pomoci zapojit se v co nejvyšší možné míře do běžného života společnosti, a pokud toto není možné, zajistit jim alespoň důstojné prostředí a zacházení, neboť jim pomáhají zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost (§ 38). Mezi služby sociální péče zaměřené na osoby se zdravotním postižením řadíme osobní asistenci, pečovatelskou službu, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Účelem služeb sociální prevence je předcházet sociálnímu vyloučení osob v krizové sociální situaci tím, že jim pomáhají tuto situaci překonat a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (§ 53). Pro osoby se zdravotním postižením jsou určeny služby rané péče, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a tlumočnické služby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

5.3 Následná péče o děti a jejich rodinu po odchodu do domácí péče

Děti se zdravotním postižením a jejich rodiče po návratu z nemocnice čeká další nelehká cesta, na níž sehrávají významnou úlohu rodina a jeho blízcí. V první řadě je rozhodující, zda má rodina prostředky, sílu a možnost přijmout úlohu pečovatele o dítě s postižením, nebo zda se ho rozhodne svěřit do pěstounské, či ústavní péče. Pokud to podmínky alespoň trochu umožňují, považuje se za prioritní zabezpečení domácí péče. Je však nutné poznamenat, že nelze na rodinu nakládat břemeno, aniž by jí bylo umožněno je nést. To souvisí s hledáním různých forem pomoci. Role sociálního pracovníka je pak proměnlivá právě v souvislosti s formou podpory, kterou rodině poskytuje.

Jedním z cílů sociální intervence je překonání sociální exkluze a integrace dítěte se zdravotním postižením do většinové společnosti. Přitom je třeba mít na paměti, že efektivní sociální intervence musí sledovat dva aspekty životní situace. Jednak osobní předpoklady zvládnutí situace (dovednosti, tělesné schopnosti, psychická odolnost, atd.), jednak odstraňování neúměrných bariér a nároků, které jsou ve společenském prostředí.

Východiskem skutečné pomoci by měla být intervence, která dokáže reflektovat a ovlivňovat oba aspekty životní situace klienta.

Mezi poskytované sociální služby, které rodiče a jejich děti s postižením mohou využívat po odchodu z nemocnice, patří např. sociální rehabilitace (směřuje k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, kdy jsou rozvíjeny jejich specifické schopnosti a dovednosti, posilovány návyky a zajišťován nácvik výkonu běžných činností alternativním způsobem), denní a týdenní stacionáře pro děti s tělesným a kombinovaným postižením, osobní asistence (terénní služba, která poskytuje pomoc při zvládnání činností, při kterých je osoba odkázána na pomoc druhých), která je pro děti s tělesným a smyslovým postižením jednou z nejdůležitějších služeb. Pro rodiče může být velkou pomocí a oporou také odlehčovací služba, která jim umožní potřebný odpočinek. Za důležitou považují také ranou péči (terénní, případně ambulantní služba, která je poskytována dítěti mladšímu 7 let a rodičům dítěte se zdravotním, která jim poskytuje podporu s ohledem na jeho specifické potřeby. Odborníci pomáhají rodičům s péčí o dítě se zdravotním postižením).

Při rodinné rehabilitaci se rodiče učí novým dovednostem, např. jak se ke svému dítěti chovat, jak mu pomáhat dosáhnout co nejvyšší míry soběstačnosti a schopnosti sebeobsluhy. Spolupráce s rodinou dítěte s těžkým zdravotním postižením je velmi důležitá.

Zdravotní rehabilitace zahrnuje rehabilitaci a rehabilitační pobyty, masáže, rekondiční plavání, arteterapii, muzikoterapii atp. Cílem je aktivizace pacienta k tvořivým činnostem, které na straně jedné pomáhají napravovat poškozený psychomotorický vývoj a na straně druhé působí příznivým způsobem na formování sebevědomí dítěte s postižením

Psychologická rehabilitace vychází ze skutečnosti, že každá z forem postižení s sebou přináší velké psychické zatížení, a jedinec s postižením se tak musí vyrovnat nejen s nemocí, ale také se společenskou stigmatizací.

Volnočasová rehabilitace – pobyty a zájezdy pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením.

Mimo výše jmenované formy pomoci jsou lidem s postižením poskytovány již zmiňované informace o možnosti získání a používání kompenzačních pomůcek, půjčování kompenzačních pomůcek a doprava speciálním autobusem, a terénní sociální práce.

Rodičům je také třeba poskytnout informace o speciálním školském zařízení, zejména speciálně pedagogickém centru, které jim pomůže při rozhodování o dalším vzdělávání jejich dítěte. Pomůže jim rozhodnout se pro integraci dítěte do běžné školy, či při volbě školy speciální. Může jim být nápomocen i při řešení jakýchkoli problémů při vzdělávání dítěte,

kteře vyplývají z jeho postižení. Pomoc jim může i pedagogicko-psychologická poradna, která se však zaměřuje spíše na výchovné a vzdělávací problémy.

5.4 Kvalita života

Na služby uvedené v předchozí kapitole bych nyní ráda navázala nejpodstatnějším cílem všech odborných profesí, o kterých jsem se v souvislosti s péčí o osoby se zdravotním postižením a poskytovanými službami zmiňovala. Jde o tzv. kvalitu života jedince, který se střetl s nepříznivou událostí. Dětským lékařům a dalším odborníkům by nemělo jít "jen" o záchranu života nemocným dětem, ale měli by usilovat o to, aby byl jejich život srovnatelný se životem dětí zdravých. Měli by usilovat o to, aby život jejich pacientů byl kvalitní.

Co je to kvalita života? Z mého pohledu, který jistě není ojedinělým, je to pojem pro každého z nás jedinečný, nedefinovatelný, a proto i bez přesného definování. Mohu ze své zkušenosti tvrdit, že i život člověka s postižením může být kvalitnější než život jedince zdravého. Pokud je jedinec s postižením schopný běžné mezilidské komunikace, může být vynikajícím žákem, studentem, úspěšným odborníkem, rodičem. Může žít běžný život, mít dobrou práci, těšit se přátelství, lásky. Velmi však záleží nejen na něm, ale i na jeho nejbližších, přátelích atd.

Velice výstižně vyjádřil situaci lidí s těžkým onemocněním americký dětský onkolog van Eys *„Léčba dětských nádorů je normou. Stav vyléčitelnosti je dobrý. Biologické vyléčení je realitou. Nicméně léčba (a vyléčení) nádoru je koncepčně komplexní. Má tři komponenty, které jsou samy o sobě jedinečné, ale vzájemně se doplňují. Biologické vyléčení (vyléčení nádorové choroby) je kontinuální kompletní remisi (vymizení projevů nemoci) až do smrti jedince jinou příčinou. Psychologické vyléčení znamená přijmout nádorovou chorobu jako minulou událost, která nemá vztah k normálnímu vývoji a vzdělávání. Sociální vyléčení znamená začlenit jedince vyléčeného z nádorové choroby do společnosti - bez ohledu na prodělanou chorobu a její léčbu. Souvislost je zřejmá. Je nemožné hovořit o psychologickém vyléčení bez reálných možností vyléčení biologického. Stejnou úvahou dojdeme k závěru, že není možné sociálně vyléčit jedince, který nepřijme, nádorovou minulost' jako normální odeznělou událost. Psychický invalida nemůže být resocializován"* (https://medschool1.mc.vanderbilt.edu/facultydata/php_files/show_faculty.php?id3=8088). A

to je jádro problému. Povinností lékařů je zachránit život, a když se to podaří, je povinností nejen dalších odborných pracovníků, ale nás všech, tento zachovaný život udělat snesitelným. Je potřeba být přesvědčený, že každý z nás se něčím liší od ostatních. Stejně to je i jedinců s

postižením, kteří se sice liší svým defektem, ale jinak to jsou plnohodnotní lidé. Úkolem a povinností všech je proto hájit každou jedinečnou, neopakovatelnou osobnost a oprostít se od neosobní dobročinnosti. Záleží pak na samotném jedinci s postižením, jak se ke svému problému postaví a naloží se svým životem. Sám to ovšem nezvládne. Důležitá je pro něj v první řadě rodina, přátelé, zdravotní a sociální pracovníci. Samozřejmě i pomoc orgánů obecní a státní správy a dalších institucí. Nepochybuji o nesnadnosti a odpovědnosti těch, kteří z moci svého úřadu rozhodují o kvalitě a rozsahu péče o jedince se zdravotním postižením. Intenzivně ovšem vnímám, že všechna rozhodnutí nejsou v některých, dle mého názoru nárokově oprávněných, případech prospěšná, např. odebrání invalidního důchodu, příspěvku na péči u dětí se zdravotním postižením. Rodina se může tímto zásahem dostat do velmi tíživé finanční situace a nemusí pak z těchto důvodů svému dítěti poskytnout potřebnou péči. Jistě někdy mohou tato zdánlivě nepopulární rozhodnutí člověku s postižením i pomoci a vrátit ho "do života". Pokud je toto rozhodnutí vedeno odbornou a upřímnou snahou, je určitě správné. Ovšem k tomu je zapotřebí i veškeré pomoci všech, mezi kterými člověk se zdravotním postižením žije. Poukazuji na tuto skutečnost, neboť jsme bez rozdílu všichni potencionálními čekateli takových postojů svého okolí. Život je časově omezen, nikdo z nás neví, co je před ním, a kdy bude tuto pomoc sám potřebovat.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodologie výzkumného šetření

V této kapitole nejdříve vymezím dlouhodobé cíle výzkumného šetření, respektive sondy, která by měla být základem pro následující výzkumné šetření provedené nejen na území hlavního města Praha, a dílčí cíle, na které je dlouhodobý cíl rozdělen. Následně vymezím kvalitativní výzkumnou strategii, kterou jsem pro své výzkumné šetření zvolila a definuji použité výzkumné metody a výzkumnou techniku. Následně provedu transformaci dílčích výzkumných cílů analýzy do tazatelských otázek a uvedu kritéria pro sestavení výběrového souboru respondentů. Nakonec provedu vlastní interpretaci získaných údajů a v rámci diskuse navrhnou vhodný postup pro sociální pracovníky pracující s rodinami dětí se zdravotním postižením.

6.1 Cíl a dílčí cíle výzkumného šetření

Dlouhodobými cíli mé práce jsou *Vytvoření minimálních počtů a činností sociální práce ve zdravotnictví a vytvoření koncepce sociální práce ve zdravotnictví*. Ve svém výzkumném šetření se chci zaměřit na náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví, na jejich kvalifikaci, na jejich postavení v nemocnici a oporu, které se jim zde dostává. V souvislosti s tím jsem dlouhodobé cíle práce rozdělila na tři dílčí cíle:

DC1: Výzkumným šetřením zjistit pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

DC2: Výzkumným šetřením ozřejmit postavení a kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

DC3: Výzkumným šetřením rozkrýt, jakou oporu mají sociální pracovníci ve svých zdravotnických zařízeních.

6.2 Kvalitativní výzkumná strategie

Hendl uvádí, že se kvalitativní výzkumná strategie snaží porozumět jevům, které zkoumá, že pomáhá porozumět pozorované realitě (Hendl, 1999, s. 23). Porozumění pak Weber chápe „...jako interpretaci jednání ve smyslu, jaký má smysl pro subjekt...“ (in Hendl, 1999, s. 16). Tato výzkumná strategie „...více odhaluje reálné souvislosti mezi jevy jako

faktické závislosti, pokud možno v jejich úplnosti“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 27). Její výhodou je, že s její pomocí získáváme hlubkový popis případů, „...nezůstáváme jen na povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky“ (Hendl, 2005, s. 53). Výzkumník při této výzkumné strategii hledá a popisuje subjektivní smysl, který lidé spojují se svým jednáním a okolním světem, hledá, jak lidé prostřednictvím interaktivních procesů vytvářejí sociální skutečnost. Vzhledem k tomu, že výzkumník získává mnoho informací o malém počtu jedinců, je problematická, až nemožná, následná generalizace závěrů na celou populaci. Shromažďované údaje mají subjektivní charakter. Hlavním nástrojem výzkumu je výzkumník sám. Pro pružný a nestruturovaný charakter dané strategie je však obtížné kvalitativní výzkum replikovat (Hendl, 1999, s. 8-16; Hendl, 2005, s. 52).

Ve své práci chci analyzovat činnost sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, kteří pracují s rodinami dětí se zdravotním postižením. Budu se zajímat o to, jak vnímají a hodnotí své pracovní podmínky, a to i ve vztahu k jejich přístupnosti pro klienty, své postavení na svém pracovišti, a zda se jim dle jejich názoru dostává dostatečné opory při výkonu své práce a od koho. Myslím, že právě kvalitativní výzkumná strategie může pomoci tomuto jejich vnímání a hodnocení lépe a hlouběji porozumět, neboť „...pomáhá porozumět pozorované realitě“ (Hendl, 1999, s. 23). Kvalitativní výzkumná strategie nám umožní hlouběji porozumět chápání náplně práce, potřebné opory a postavení sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních ze strany těchto pracovníků.

6.3 Výzkumné metody

Ve vlastním výzkumném šetření jsem použila metody analýzy, pro sběr údajů metodu dotazování.

Při **analýze** (z řečtiny analogia – poměrnost, podobnost) je celek rozkládán na komponenty, kdy se zkoumá, jak tyto komponenty fungují jako relativně samostatné prvky a jaké jsou vztahy mezi nimi. „Každá analýza se vyznačuje určitým stupněm explorační. (...) při ní provádíme průzkumné a objevující aktivity“ (Hendl, 2005, s. 35). Analýza se netýká pouze dílčích vlastností celku, neboť tento je analyzován ze všech hledisek, je rozkládán na jednotlivé části s cílem odhalit jejich vzájemné vztahy.

Tuto metodu jsem zvolila z toho důvodu, že se chci pokusit rozkrýt hodnocení a vnímání sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních náplně své práce, svého

pracovního zařazení a opory, které se jim při jejich práci dostává. Budu se zaměřovat na různé oblasti jejich práce, na jejich vzdělání a na to, jak se jednotlivé oblasti ovlivňují navzájem.

Dotazování zahrnuje metody sběru dat založené na výpovědích lidí, které jsou tvořeny nasloucháním vyprávění, kladením otázek a získáváním jejich odpovědí. Tato metoda zahrnuje nejen různé typy rozhovorů, ale také například dotazníky či testy. „*Dotazování obecně zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků a používání škál a testů*“ (Hendl, 1999, s. 98). Uvedené metody je možné používat samostatně (např. dotazníková šetření) nebo v kombinaci s metodami jinými (např. participativní pozorování doplněné strukturovaným rozhovorem) (Hendl, 1999, s. 98). Extrémní formy dotazování jsou na jedné straně různé dotazníky s pevně danou strukturou otázek s volitelnými odpověďmi, na straně druhé volné rozhovory, které nemají předem danou strukturu a mohou mít podobu volného vyprávění. Hendl upozorňuje, že se nepovažuje za vhodné používat v kvalitativním výzkumu silně strukturované dotazování (Hendl, 1999, s. 98; Hendl, 2005, s. 164).

Při kvalitativním dotazování se nikdy nepředpokládají předem určené fráze odpovědí nebo jejich kategorií. Výhodou volnosti respondenta při odpovědích je, že umožňuje tazateli přezkoušet, zda respondent otázkám porozuměl. Respondent může vyjádřit své subjektivní pohledy a názory, může samostatně navrhnout možné vztahy a souvislosti. Kvalitativní dotazování umožňuje kontrolovat situaci sběru dat. Tazatel může během rozhovoru připojit další poznámky pro osvětlení problému z nového úhlu pohledu, může rozhovor přerušit, odložit, vysvětlit nedorozumění, apod. (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001 s. 83; Hendl, 1999, s. 100; Hendl, 2005, s. 164-166). „*Je také možné tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného*“ (Hendl, 2005, s. 166).

Kvalitativní dotazování s sebou přináší určitá omezení a nevýhody spočívající v tom, že při tomto typu dotazování může být odpověď respondenta ovlivněna přítomností výzkumníka, kdy může dojít k určitému zkreslení. Další omezení je v tom, že lidé neumějí vyprávět. Pokud nemá kvalitativní dotazování danou pevnou strukturu, je také obtížnější analýza získaných údajů (Hendl, 2005, s. 169). Otázky kladené v kvalitativním dotazování by měly být „*...otevřené, neutrální, citlivé a jasné*“ (Hendl, 2005, s. 169), a neměly by respondentovi vnucovat určitou odpověď. Během rozhovoru je třeba dbát na jeho správný průběh. Z toho důvodu musí tazatel vědět, co se chce dozvědět, klást správné otázky a nabízet respondentovi vhodnou zpětnou vazbu (Hendl, 2005, s. 171).

Metodu kvalitativního dotazování jsem zvolila, neboť ji považuji za nejvhodnější vzhledem k tomu, že chci zjišťovat názory respondentů o jejich pracovní náplni, jejich pracovním zařazení, podpoře při jejich práci. Myslím, že jiná metoda by mi nemohla poskytnout všechny potřebné informace.

6.4 Výzkumná technika

Jako výzkumnou techniku jsem zvolila techniku rozhovoru, při kterém jsou informace „...získávány v přímé interakci s informantem, a to buď tváří v tvář nebo telefonicky“ (Disman, 1998, s. 24). Na základě jejich formální stránky jsou rozlišovány rozhovory standardizované a nestandardizované (volné). Standardizovaný rozhovor má přísný řád, výzkumník postupuje dle stanoveného scénáře, kdy má předem dané pořadí uzavřených otázek, které nesmí měnit. Získané odpovědi se následně dají dobře statisticky zpracovat a kvantifikovat. Formální stránka nestandardizovaného (volného) rozhovoru je zjednodušená, proto však musí být rozhovor dobře promyšlen a připraven. Tazatel má dán jeho cíl a okruh zjišťovaných informací, na základě kterých poté volí otázky. Úkolem tohoto typu rozhovoru je získat prohlubující kvalitativní materiál. Pomáhá, respektive umožňuje proniknout do motivů, okolností a příčin vzniku postojů respondentů.

Já jsem zvolila volný rozhovor, který je ze strany tazatele volně usměrňován dle připraveného návodu, který „...představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat“ (Hendl, 2005, s. 174). Návod rozhovoru tak má zajistit, že se skutečně dostane na všechna, pro tazatele zajímavá, témata. Tazatel však má volnost ve způsobu a pořadí kladených otázek, a tak má možnost získat informace potřebné pro osvětlení daného problému. Může přizpůsobovat formulaci otázek a jejich pořadí aktuální situaci, a tak může čas určený pro rozhovor lépe využít. Návod však zároveň umožňuje provést rozhovory více strukturovaně a ulehčit jejich následné srovnání.

Rozhodla jsem se provést rozhovory tváří v tvář, neboť tyto dávají tazateli možnost získat hlubší informace, a ty případně doplnit o další poznámky potřebné k osvětlení daného problému. (Zároveň mu umožňují pozorovat neverbální projevy respondentů.) Nevýhodami tohoto typu rozhovoru je jeho náročnost na čas, možné ovlivnění odpovědi respondenta dané přítomností tazatele, problematizovaná anonymita respondentů, horší možnost respondenty zastihnout a nedostatek času pro rozhovor či neochota připustit osobní dotazování (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 83).

V průběhu jednotlivých rozhovorů si budu odpovědi respondentů zaznamenávat do předem připraveného scénáře s okruhy otázek k rozhovoru. Záznam každého rozhovoru po jeho skončení přepíši. Všechny přepisy rozhovorů jsou uloženy v mém osobním archívu, a jsou součástí této práce (viz. příloha 3 nazvaná „Záznamy rozhovoru“).

6.5 Transformace dílčích cílů do otázek rozhovoru

Dlouhodobé cíle mé práce jsou *Vytvoření minimálních počtů a činností sociální práce ve zdravotnictví a vytvoření koncepce sociální práce ve zdravotnictví*. Tyto cíle jsem si rozdělila na tři dílčí cíle, které jsem následně rozdělila na okruhy, respektive oblasti, na které se budu během rozhovoru zaměřovat.

DC1: Výzkumným šetřením zjistit pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

DC2: Výzkumným šetřením ozřejmit postavení a kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

DC3: Výzkumným šetřením rozkrýt, jakou oporu mají sociální pracovníci ve svých zdravotnických zařízeních.

DC1: Výzkumným šetřením zjistit pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

V rámci tohoto dílčího cíle se zaměřím na náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví, konkrétně na poskytované sociální programy, na stěžejní pracovní činnosti, na nejčastější problémy, s kterými se na ně klienti obracejí, a které „zakázky“ klientů, jim nejvíce vyhovují. Zda s klienty vypracovávají aktivizační osobní plán, zda je v jejich kompetenci zajímat se o hospodaření klientů, pracovat s doklady o pracovní neschopnosti klientů, Budu se zajímat také o to, co si myslí, že spadá do kompetence jiných odborníků. V souvislosti s náplní práce se budu také zajímat o to, s kým při své práci spolupracují, jaké informace o klientovi získávají a z jakých zdrojů.

DC2: Výzkumným šetřením ozřejmit postavení a kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

V rámci tohoto dílčího cíle se budu zaměřovat na dosažené vzdělání sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních a na absolvovaná školení. Dále na jejich pracovní zařazení, na počet sociálních pracovníků v daném zdravotnickém zařízení a na oddělení, do kterého jsou zařazeni

DC3: Výzkumným šetřením rozkrýt, jakou oporu mají sociální pracovníci ve svých zdravotnických zařízeních.

Budu se zajímat o to, zda se sociálním pracovníkům dostává při výkonu jejich práci opory a od koho. Kdo je jejich bezprostředním nadřízeným a zda právě on jim poskytuje při výkonu jejich práce dostatečnou podporu. Zda se jim dostává respektu a uznání ze strany ostatních odborníků, zda jsou lékaři ochotní s nimi konzultovat informace týkající se zdravotního stavu pacienta a vše jim vysvětlit.

Na základě dlouhodobých cílů a zvolených dílčích cílů jsem formulovala pět výzkumných otázek:

- Jaké pracovní podmínky mají sociální pracovníci ve zdravotnictví?
- Jaká je jejich skutečná náplň práce?
- Jaká jsou specifika práce sociálních pracovníků při práci s dětskými klienty?
- Jaká jsou slabá místa v systému práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví?
- S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují?

Tab. 1 – Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

DC	Sledovaná oblast	Tazatelské otázky
C1	Klient/pacient Náplň práce, spolupráce	<p>Kdo Vám přiděluje klienty, popř. podle jakého klíče si vybíráte pacienty, s nimiž hovoříte?</p> <p>Co všechno o klientovi zjišťujete? O čem s klienty hovoříte?</p> <p>Je ve Vašich možnostech zjišťovat specifické potřeby pacientů, jejich přání, stížnosti?</p> <p>Máte přehled o trávení volného času dětských (dospělých) pacientů v nemocnici? Co dělají ve volném čase?</p> <p>Vyskytují se stížnosti na skutečnosti související s pobytem v nemocnici? O co jde? Jaký je postup při jejich vyřizování?</p> <p>Co vnímáte jako hlavní přínosy své práce pro pacienty?</p> <p>Co byste zlepšila ve Vašem zdravotnickém zařízení vzhledem k péči o pacienty?</p> <p>Jaké sociální programy poskytlujete? (herní práce, edukační pobyty, duchovní služba....).</p> <p>Jak vypadá váš běžný pracovní den? Uveďte hlavní stěžejní činnosti, které v práci vykonáváte.</p> <p>Vzpomínáte si na poslední akutní případ? Jak to probíhalo?</p> <p>S čím se na Vás nejčastěji klienti a jejich rodina obrazejí?</p>

		<p>Jaký typ zakázek vám nejvíce sedí?</p> <p>Mají vaši klienti vypracován aktivizační osobní plán? Kdo se podílí na formulaci jejich osobních cílů?</p> <p>Patří do Vaší kompetence hospodaření s penězi pacientů? Máte podepsanou hmotnou odpovědnost?</p> <p>Patří do Vaší kompetence práce s doklady o pracovní neschopnosti pacientů?</p> <p>Které činnosti by podle Vašeho názoru měly spadat do kompetence jiných profesí?</p> <p>Jakým způsobem se podílíte na rozhodování o propuštění pacienta z Vašeho zařízení?</p> <p>Účastníte se velkých vizit, a co vám to přináší?</p> <p>Jak moc je vaše práce stresová a co jsou hlavní stresové faktory?</p> <p>S kým v rámci vaší práce spolupracujete?</p> <p>Kdo Vám poskytuje první informace o rodině klienta?</p> <p>Připravujete a účastníte se rekondičních pobytů pro klienty?</p> <p>Máte přístup k lékařským záznamům klienta? Konzultuje s Vámi zdravotní dokumentaci lékař? Pokud ano, je ochoten Vám vše vysvětlit?</p> <p>Myslíte si, že by se ve Vašem zdravotnickém zařízení dalo něco zlepšit? (např. vzhledem ke spolupráci s kolegy)</p>
C2	Pracovní podmínky, vzdělání a pracovní zařazení, spolupráce	<p>Typ zařízení: Fakultní nemocnice, Bývalé okresní nemocnice, Krajské nemocnice</p> <p>Název oddělení:</p> <p>Velikost nemocnice - celkový počet pacientů:</p> <p>Kolik lůžek pacientů máte přiděleno celkem?</p> <p>Pracujete s klienty předškolního věku a s jejich rodinami?</p> <p>Kolik lůžek má dětské oddělení?</p> <p>Kolik klientů/pacientů je ve věku 3-7let? (průměrně v %)</p> <p>Máte vlastní pracovnu? Pokud ne, kolik vás sdílí jednu pracovnu? Která zařízení máte na vašem pracovišti k dispozici? Má Vaše pracovna bezbariérový přístup pro zdravotně postižené?</p> <p>Název pozice:</p> <p>Jaký počet zdravotně-sociálních pracovníků a sociálních pracovníků pracuje ve Vašem zařízení/oddělení? Kolik z nich poskytuje soc. poradenství dětským klientům a jejich rodinám?</p> <p>Je podle Vás počet sociálních pracovníků dostatečný? Jaký počet sociálních pracovníků by byl podle Vašeho názoru</p>

		<p>ideální ve Vaší nemocnici a proč?</p> <p>Jaký máte pracovní úvazek?</p> <p>Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</p> <p>Jaké školení/kurz jste v rámci dalšího vzdělávání absolvovala? Byl některý z vámi absolvovaných kurzů akreditovaný? Pokud ano, jaký kurz jste absolvovala a proč? Pokud ne, uvažujete o jeho absolvování a proč?</p>
C3	Vzdělání a pracovní zařazení, spolupráce	<p>Kdo je vaším bezprostředním nadřízeným? Máte v něm oporu? Pokud ano, v čem především?</p> <p>Pokud pracujete pod odborným dohledem, kdo ho vykonává?</p> <p>Účastníte se/pořádáte supervize? Pokud ano, jak často a pro koho?</p> <p>Jak moc je vaše práce stresová a co jsou hlavní stresové faktory?</p> <p>S kým v rámci Vaší práce spolupracujete?</p> <p>Funguje na Vašem pracovišti spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu? Pokud ano, kdo ho tvoří?</p> <p>Jak se podle Vás dívají na poskytování sociálních služeb Vaši kolegové z jiných profesí?</p> <p>V případě nemoci Vaší kolegyně je ve Vašich možnostech převzít její pracovní úkoly? Jaké úkoly?</p>

6.6 Výběr respondentů a jejich charakteristika

„Pro vytvoření výběrového souboru je třeba nejprve zvolit výběrovou jednotku, tj. určit ty prvky, které se stanou základními pro zkoumání a určení výzkumných nástrojů“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 67). Kritériem výběru respondentů bylo, že se jedná o sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnickém zařízení. Výzkumné šetření, které spočívá v jakési sondě, na základě jejíchž závěrů by měla být navržena výzkumná strategie, která by měla být provedena na území celé republiky, jsem se rozhodla provést pouze ve zdravotnických zařízeních na území hlavního města Prahy.

Rozhovor jsem provedla se třinácti sociálními pracovníci, které pracují ve zdravotnickém zařízení na území hlavního města Prahy. Z větší části se jednalo o fakultní nemocnici (9), jednu bývalou fakultní nemocnici, dvě krajské nemocnice a jedno zdravotnické zařízení. Se všemi jsem se domluvila na termínu a místě rozhovoru a všechny jsem seznámila s účelem rozhovoru, s jeho tématem a ujistila je o zachování anonymity. Rozhovory proběhly na jejich pracovišti a trvaly přibližně čtyřicet minut. Délka jednotlivých rozhovorů záležela na

ochotě jednotlivých respondentek rozsáhleji odpovídat na kladené otázky. Pro zpracování údajů jsem si jednotlivé respondentky označila písmenem R a číslem od 1 – 13 (R1-I13).

6.7 Analýza činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnictví – viz kvalitativní výzkum

DC1: Výzkumným šetřením zjistit pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

V rámci tohoto dílčího cíle se zaměřuji na náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví a pro jeho naplnění jsem si zvolila tři výzkumné otázky: Jaká je jejich skutečná náplň práce? Jaká jsou specifika práce sociálních pracovníků při práci s dětskými klienty? S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují?

Jaká je jejich skutečná náplň práce? Jaká jsou specifika práce sociálních pracovníků při práci s dětskými klienty?

Všechny respondentky uvedly, že jim pacienty přiděluje zejména lékař či hlavní/vrchní sestra „*Nejčastěji mne volají lékař, vrchní sestra, hlavní sestra ...*“ (R4), „*Pacienty nám určují lékaři...*“ (R7), „*Z oddělení mi zašlou žádanku a já na jejím základě jdu za klientem...*“ (R8), případně jsou klientem vyhledány samy (9) „*Fungují tu jakési „tamtamy“, kdy si pacienti předají informace mezi sebou a volají si mne jeden za druhým*“ (R4), „*...Ale také si nás najdou sami pacienti*“ (R1). Někdy je na klienty upozorní kolegyně (1) či jiný pracovník (2) nebo rodina klienta (4) „*Nebo mi zavolá (...) jeho rodina či někdo z jeho blízkého okolí. Je to velmi individuální*“ (R8). Jedna z respondentek vyhledává klienty také ona sama „*Bud' já sama...*“ (R6). Jedna respondentka rozlišila přizvání k případu u dospělých a **dětských pacientů** „*Na dětské onkologii mnou projdou prakticky všechny rodiny. Na dospělých lůžkách jsme přizvané jen k případům, které určí lékař, sestry, klient...*“ (R12), ostatní respondentky na rozdíl daný věkem pacienta/klienta neupozornily.

Tři respondentky o klientovi zjišťují, co je třeba. Jedna z nich tuto nejasnou odpověď rozvedla, že vychází z potřeb klienta, proč k němu byla zavolána, zjišťuje jeho zdravotní stav, rodinné zázemí, neboť se v jejím případě jedná o **dětské pacienty** „*...tím, že to jsou děti tak hlavně zdravotní stav, rodinné zázemí, co by potřeboval atd.*“ (R2). Jedna respondentka se zajímá o „*Aktuální problém...*“ (R6). Dvě z respondentek pravděpodobně vystihly potřebu zjišťovaných informací, kdy uvedly, že je to individuální a vycházejí ze současné situace klienta „*Je to individuální (...) Pak se už odvíjí od situace, ve které klient je a co potřebuje*“ (R4), „*...vše co vlastně potřebuji k vyřešení jeho situace. Je to velmi individuální*“ (R10). Přesto je možné vysledovat opakující se informace zjišťované respondentkami. Jedná se o rodinnou situaci a zázemí (8), sociální síť (2) „*O rodině, zda se o klienta mohou starat, zda má dostatečné bydlení*“ (R11), bytovou situaci (6) „*Situace doma, aby se mohl vrátit, aby o*

*něho bylo postaráno, bydlení, o rodině, o všem co potřebuje“ (R13), finanční situaci, do které je možné zahrnout pracovní uplatnění a pobírání různých dávek ze systému sociálního zabezpečení (6). Nezapomínají ani na informace o tom, co od nich klient žádá a jak si představuje řešení své situace (6), hovoří s klienty o jejich současné situaci a o tom, jak ji prožívají, jak ji chtějí řešit „...o jejich situaci, jak se cítí a v čem jim můžu pomoci“ (R4). Zajímají se o zdravotní stav klienta a zaměřují se na informace potřebné pro možný návrat klienta zpět domů (4) „Co je pro ně důležité pro návrat domů...“ (R12), „...aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu, zacyklení mezi nemocnicí a návratem domů...“ (R8), „Situace doma, aby se mohl vrátit, aby o něho bylo postaráno“ (R13). Pokud se jedná o **dětského pacienta**, hovoří respondentky většinou s jeho zákonnými zástupci „Většinou hovořím s jejich rodiči či zákonnými zástupci, s pacienty přímo ne – jsou to děti“ (R2). Snaží se rodičům pomoci zbavit se úzkosti a poskytnout jim podporu „Pro rodiče dětí je důležitá podpora, snížení úzkosti, pro to potřebuji o rodině vědět více“ (R12).*

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že se při zjišťování informací zaměřují na aktuální situaci klienta, na jeho nepříznivou sociální situaci, na jeho potřeby a přání pomoci a snaží se o jeho návrat domů. Pomáhají jim také s praktickými záležitostmi „...konkrétní potřebě něco zařídit. Plnou moc, notářské záležitosti, vyplnění formuláře, co pro ně mohu udělat“ (R5). Nezapomínají ani na jeho pocity a prožitky „...jak se cítí a v čem jim můžu pomoci“ (R4). „...jak mu je a co by potřeboval“ (R6). Zejména jednají se samotnými klienty, zjišťují jejich situaci a potřeby a poskytují jim poradenství „Monitorování skutečnosti, poskytování poradenství ohledně dávek sociálního zabezpečení, informace o zařízení sociálních služeb“ (R2).

Na otázku, zda je v jejich možnostech zjišťovat specifické potřeby pacientů, jejich přání, stížnosti neodpověděly respondentky jednoznačně. Pouze dvě z nich odpověděly bez výhrad a dalšího doplnění, že ano a jedna uvedla, že při přímé práci „Při přímé práci ano, jinak to není z časových důvodů možné“ (R13). Naopak jedna respondentka uvedla, že ne „Ne, to určitě není“ (R5), a dvě uvedly, že ne vždy. Tři respondentky nezpochybňují možnost tyto informace zjišťovat, ale pochybují o jejich realizaci „Zjišťovat ano, realizovat už méně...vlastně vůbec“ (R7). „Aktivně naslouchám, tím všechny potřeby a přání zjistím, jsem ale jen člověk a neumím plnit přání na počkání“ (R6), „Na to nelze jednoznačně odpovědět (...) Já jsem schopna uskutečňovat jen reálná přání. Pokud je to v mé kompetenci a možnostech splním je“ (R10). Ostatní respondentky mají snahu zjišťovat od klientů dané informace „U klientů ke kterým jsem zavolána, u těch to sleduji. Pak někdy chodím na vizity

(...) *opravdu není v mých silách sledovat všechny pacienty*“ (R4). „*Vlastně ano...*“ (R8), „*Když s ním hovořím, poví nám hodně o svých představách, potřebách atp.*“ (R11). Jedna respondentka zmínila, že u rodiny **dětských pacientů** tyto informace zjišťují v rámci multidisciplinárního týmu „*...je zjišťujeme a v rámci multidisciplinárního týmu se snažíme o jejich vyslyšení a vypracování strategie*“ (R12).

Respondentky zjišťují informace o klientech z různých zdrojů. První informace o klientovi jim poskytuje klient sám (10) „*Většinou sám klient...*“ (R4), či jeho rodina (9) „*...rodina, blízcí...*“ (R8), „*...klient sám, nebo někdo z jeho okolí*“ (R13), ale zde může být jejich poskytnutí vázáno na přání klienta „*...zjišťuji kontakty na příbuzné, samozřejmě jen pokud si to pacient přeje*“ (R9), lékař (9), zdravotní sestry (7) „*...mám již informace od ošetřujícího lékaře, či sestry*“ (R4), „*...sdělí nám je lékař, zdravotní sestra...*“ (R9).

Hlavní přínos své práce pro klienty, tak jak jej vidí respondentky, je možné rozdělit do tří hlavních skupin – informace, řešení situace, následná péče. Mezi odpověďmi se u jedné respondentky objevilo také naslouchání klientovi a jeho problémům „*Naslouchání jeho problémům a zkrácení dlouhé chvíle*“ (R7), a dále pocit, že klient ví, že se má kam obrátit (4) „*...že vědí na koho se obrátit*“ (R13), „*...Kam se mohou oni sami nebo jejich rodinní příslušníci obrátit*“ (R4).

Poradenství, poskytnutí informací, rady. Jednu z těchto odpovědí, které je možné shrnout pod informace, uvedla většina respondentek (11), kdy dvě z nich kladly důraz na rychlost při jejich poskytnutí „*Okamžitá rada*“ (R1). Tyto informace mají pomoci klientům zorientovat se v jejich nárocích „*Pomoci jim a jejich rodinám v orientaci v sociálním systému (...)* Často nevědí, na co mají nárok, s kým se mohou poradit a na jaké úřady zajít...“ (R4), ale i v tom, co je čeká „*Jsou tu v jiné roli, než byli doma a pokud nevědí co se s nimi děje, co pro ně jakýkoliv zákrok znamená, co bude s jeho prací, co bude dělat bez ní atd.*“ (R6). Potřebu poskytnutí informací dvě respondentky ještě zdůraznily při práci **s rodinou s malými dětmi** „*Při práci s rodinou dětí je to ještě potřebnější, mít informace*“ (R6), „*...Rodiče dětí se cítí o trochu lépe, nejsou tak bezmocní*“ (R8).

Jednání, poskytnutí pomoci, řešení situace uvedly čtyři respondentky „*Řešení jejich situace...*“ (R11), „*Pak i praktickou pomoc s vyřizováním potřebného...*“ (R7), „*Okamžitá pomoc pro pacienty, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci...*“ (R10).

Zajištění (či pomoc při jejím zajištění) následné péče po propuštění klienta z nemocnice považuje za hlavní přínos své práce pro klienty pět respondentek „*Zlepšení*

podmínek pro zdárný vývoj dětí u nás a pak hlavně doma“ (R3), „...návazná péče po návratu domů“ (R8), kdy tato péče by měla být kvalitní „Zajištění kvalitní následné péče po propuštění pacienta z nemocnice“ (R9).

Respondentky soudí, že se jich klienti nejvíce dotazují na dávky sociálního zabezpečení, na výhody pro zdravotně postižené a na služby sociální péče, kdy pouze jedna respondentka tuto skutečnost neuvedla a uvedla, že se na ni obrací v souvislosti se **školní výukou** „S dotazy na pomoc při školní výuce“ (R3). Dále se klienti dle názoru respondentek zajímají o informace spojené s návratem domů a následnou péčí (6) „...návrat domů...“ (R2), „Následná péče o klienta...“ (R4). Klienti se na ně obrací také s žádostí o pomoc při zařizování všeho potřebného v případě úmrtí blízké osoby (4) „...pak se na nás obrací rodiče s problematikou úmrtí...“ (R12), „...co dělat (...) v případě úmrtí“ (R7), a ohledně poplatků za pobyt v nemocnici (1) „...pak také proplácení poplatků za hospitalizaci v nemocnici, když na to nemají peníze“ (R5).

Pokud se jedná o **dětského pacienta**, obrací se na ně klienti s žádostí o dávky a služby ze systému sociálního zabezpečení „...možnostmi služeb a potřebou podpory“ (R12), o poskytnutí informací o návratu dítěte domů a následné péči „...obrací se na mne rodiče s péčí o dítě po návratu domů...“ (R12), „Pokud jde o dítě, chtějí vědět, co se bude dít po jeho návratu domů, co dělat s novou situací, jak se chovat k jeho nemoci“ (R7). Častá je také žádost o zprostředkování kontaktu s jinými odborníky (5), a o poskytnutí informací spojených s docházkou dítěte do školy „...hlavně co bude ve škole, jak to říci sourozencům, spolužákům, učitelům atd.“ (R6). Chtějí se zorientovat v pro ně nové situaci „Jak pracovat s novou situací dítěte. Co mohou pro něj udělat, jak zabezpečit jeho návrat domů atp.“ (R8). Objevila se i potřeba vypovídat se, potřeba podpory „...a potřebou podpory. (...) mají vždy na co se ptát, postěžovat si, říci jakých úspěchů jejich dítě dosáhlo“ (R12).

Respondentkám nejvíce sedí zakázky typu poradenství (5) „Asi poradenství nebo hledání možností“ (R6). Poté již se jejich odpovědi různí a zahrnují posuzování situace (1) „Mně osobně nejvíce posuzování situace dítěte...“ (R2), následnou pomoc (2) „...a následná pomoc“ (R2), „Zajišťování agentur domácí péče“ (R11), herní plán školičky (1). Některé odpovědi byly i méně určité pro představu o jejich náplni, kdy jde o zakázky jasně definované či vyřešitelné „Všechny, které jsou v naší moci je vyřešit, na to nelze jednoznačně odpovědět“ (R10), či všechny „Já mám svou práci ráda a dělám vše s láskou“ (R4). Jedna respondentka se stará o volný čas **dětských pacientů** a mezi hlavní náplň své práce poradenství a práci

s klientem nevedla „*Starám se o volný čas dětských pacientů. Vyrábíme, malujeme, hrajeme hry a povídáme si...*“ (R3). Tato respondentka vystudovala vysokou školu pedagogickou a z toho tak může plynout náplň její práce, která se od ostatních respondentek výrazně odlišuje.

Takřka polovina (6) respondentek neposkytuje žádné sociální programy „*Žádné speciální programy neposkytuji*“ (R4), „*V rámci naší práce žádné*“ (R8) s tím, že jedna z nich však uvedla, že je zprostředkuje „*Nejsme poskytovateli sociálních služeb, služby zprostředkováváme, podle potřeb a zdravotního stavu pacienta*“ (R9). Zbylé respondentky poskytují sociální programy, respektive uvedly jaké. Jedná se o edukační program či pobyt (4) „*Vlastně i edukační pobyty, je-li o ně dostatečný zájem*“ (R7), „*...edukační pobyty*“ (R6), herní práci (2) „*Je tu (...) herní práce*“ (R7), duchovní službu (2) „*...duchovní služba – v té se taky dost angažuji*“ (R7), poradenství (2) „*Poradenství ohledně dávek sociálního zabezpečení, poradenství pro pozůstalé, zdravotní pomůcky a sociální výhody, informace o zařízeních sociálních služeb, návrat domů, těžká nemoc pacienta, úmrtí*“ (R1), krizovou intervenci (1) a prevenci sociálního vyloučení „*Na porodnici „pracujeme“ s romskými maminkami v rámci projektu prevence sociálního vyloučení mladých matek*“ (R10).

Respondentky shodně uvedly, že pro jejich klienty nemají vypracován aktivizační osobní plán „*Nemají, vůbec ho nepoužívám*“ (R7), „*Nedělám ho, jen píšu do karty a do svých poznámek*“ (R5), „*...není časový prostor k jeho vypracování. Pracujeme s klienty jen krátce*“ (R13), i když některé z nich uvedly, že jej většinou nemají (2) „*Většinou nemám*“ (R4). Jedna respondentka toto odůvodnila tím, že jejich zařízení není poskytovatelem sociálních služeb „*Toto je otázka pro zařízení poskytující sociální služby (...), fakultní nemocnice nejsou poskytovatelé sociálních služeb*“ (R10). Do kompetence všech respondentek nepatří hospodaření s penězi klientů „*Ne, naštěstí ne*“ (R8), „*Ne, naštěstí ne, i když některé organizace to tak mají*“ (R12) a nemají ani podepsanou hmotnou odpovědnost „*...nemáme podepsanou hmotnou zodpovědnost*“ (R13), „*Nemám ji podepsanou*“ (R4). Do kompetence většiny respondentek (8) nespadá ani práce s doklady o pracovní neschopnosti klientů, pouze tři uvedly, že toto do jejich kompetence spadá. Takřka žádná respondentka (12) nepřipravuje ani se neúčastní rekondičních pobytů s klienty „*Ne, to opravdu ne*“ (R4), „*...vůbec se mne tyto činnosti netýkají*“ (R13).

Respondentky vykonávají nejen přímou práci s klienty, ale také práci administrativního charakteru, kdy zapisují potřebné informace do karet klientů (7) „*Vypisují*

sociálně zdravotní kartu...“ (R9), „...zapišu vše potřebné do karty...“ (R8), „...vedení dokumentace“ (R5), vyřizují telefonáty, e-mailovou korespondenci. Jednají v zájmu klienta s různými institucemi (3) „...stěžejní práce je samozřejmě je pomoci našim pacientům v nepříznivé sociální situaci...“ (R10).

Více jak polovina respondentek (7) nemá příliš představu o tom, jak **dětsí pacienti** tráví v nemocnici volný čas „*Ne, to opravdu ne*“ (R5), neboť jsou zde s nimi jejich rodiče a ony je tráví s nimi „*Co dělají ve volném čase moc nevím, jsou tu s nima rodiče a o ty starší se starají dobrovolníci*“ (R6). Pro některé tyto informace nejsou potřebné, nepovažují je za součást své práce „*...ale to také není moje práce*“ (R1), případně si je zjišťují, jen pokud je potřebují „*Pokud tuto informaci potřebujeme vědět k práci, zjištění situace v rodině, jeho pohodě, tak ano mám přehled*“ (R10). Důvodem je také jejich pracovní vytížení „*...my jsme velmi časově vytíženi a sledovat volný čas nestihnáme*“ (R8), kdy se o volný čas dětských pacientů zajímají herní terapeutové či dobrovolníci „*...herní terapeuti, dobrovolníci a ti se o volný čas starají*“ (R8). Zbylé respondentky naopak přehled o trávení volného času pacientů, respektive **dětských pacientů** v nemocnici mají „*U dětí ano*“ (R13). O volném čase dospělých pacientů nehovořily, až na jednu „*Je to různé. Volný čas jim vyplňují návštěvy, chod nemocnice, případně sociální pracovník nebo dobrovolníci. Jsou to dospělí lidé, umí se zabavit sami*“ (R1). Mezi aktivity, které zde mohou děti ve volném čase dělat, a o kterých se respondentky zmínily, patří dětská herna (2), herní terapeuti či dobrovolníci (4), škola a školička, počítačové hry, televize.

Většina respondentek (10) neuvědla činnosti, které by nespádaly do jejich kompetencí „*Já myslím, že až na drobnosti (...) spadá vše co dělám do sociální práce*“ (R8), respektive si myslí, že do jejich kompetence spadají všechny činnosti, které vykonávají „*Vše je v mé kompetenci a je to v pořádku*“ (R3), „*Nic mne nenapadá, z činností, které děláme, k nám patří vše*“ (R9), i když tři z nich se neuměly vyjádřit „*Nevím*“ (R11), „*To nedokážu posoudit*“ (R4), „*Nedokážu se k tomu vyjádřit*“ (R7). Pouze tři respondentky uvedly činnosti, které dle jejich názoru nespádají do kompetence sociálního pracovníka, a to zejména zařizování domovů důchodců, informovanost pacientů o náplni jejich práce, statistika, vyplácení důchodů, organizování překlادů na lůžka následné péče, sanitářské služby, nákupy potravin pacientům.

Více jak polovina respondentek (8) uvedla, že neví nic o stížnostech „*Nesetkala jsem se s takovými*“ (R7), „*O žádných nevím. Ano, postěžují si, ale to je tak celé o čem vím a s tím my mnoho neuděláme, to by musel dát přímou stížnost*“ (R13) s tím, že jedna z nich dodala, že nezná ani postup pro jejich případné vyřízení „*...netuším jaký postup má jejich vyřízení*“ (R8) a dvě je nevyřizují „*Ne já stížnosti nevyřizují, o žádných nevím*“ (R10). To, že nezná postup pro vyřízení stížností, uvedla i jedna respondentka, která o stížnostech ví „*Tak to nevím, u čeho jsem byla já, tak to končilo domluvou a vyjasnění si situace*“ (R6). Dvě respondentky, které o stížnostech nic nevědí, se setkaly spíše s poděkováním ze strany klientů „*U nás najdete spíše děkovné maily, psaníčka a dopisy*“ (R3). Pět respondentek se setkává se stížnostmi a řeší je například pohovorem s klientem „*...řeším to nejdříve rozhovorem, rozebráním situace, co se stalo a jak by si klient představoval nápravu*“ (R4), ale nezná příliš postup pro jejich řešení „*Tak to nevím, u čeho jsem byla já, tak to končilo domluvou a vyjasnění si situace*“ (R6). Vážnější stížnosti však již nejsou v jejich kompetenci „*Pokud ovšem k oficiální stížnosti dojde, proběhne šetření, následuje vyjádření, ze kterého plyne závěr*“ (R12), „*Pokud šlo o něco vážnějšího, to už řeší nadřízení*“ (I4). Jedna respondentka zná postup pro řešení stížností daný vnitřními předpisy „*Vyskytují (...) se (...) neshody a je to v IZO (...) Nejdříve musí být podnět, zapíše se záznam, předá se k vyřízení stížnosti. Následuje vyvození záznamu a dokladovaný závěr*“ (R5). Stížnosti se týkají plateb, stravování, chování zdravotní sestry „*Stále se vyskytují se stížnosti na platbu, (...) na stravu (...). Ale byly tu i stížnosti na chování jedné sestry. Vzhledem k tomu, že byly opakované a od několika pacientů, sestra dostala výtku a trochu zjemnila své chování*“ (R1). Jedna respondentka se se stížnostmi setkala, ale ne na práci sociální pracovnice, a tak pacienty odkázala na vedoucí pracovníky. Sama se setkala spíše s poděkováním „*...se stížnostmi doporučuji obrátit se na vedení kliniky nebo na ředitelství nemocnice (...) zatím se ke mně nedostala stížnost na práci sociálních pracovnic. Zatím jsem dostala děkovné dopisy*“ (R9).

Respondentky se liší v názoru na to, jakým způsobem se podílejí na rozhodování o propuštění pacienta/klienta z jejich zařízení. Dvě si myslí, že se na tomto rozhodování nepodílejí „*Žádným*“ (R1), „*Propouští vždy lékař*“ (R10). Jedna se k tomuto neumí vyjádřit, neboť vzhledem ke krátké praxi na daném pracovišti se s touto problematikou dosud nesetkala „*Ještě jsem se nepodílela, ale jsem tu krátce*“ (R3). Ostatní připouštějí svůj vliv na toto rozhodování. Nejvíce se shodují v tom, že propuštění pacienta/klienta domů závisí na zajištění následné péče (7) „*Pokud nemá klient dobré rodinné zázemí a nemá se kam vrátit, je jeho*

propuštění pozdrženo“ (R11), „Pokud (...) pacient (...) potřebuje zajistit následnou péči (...), tak domlouváme dobu, od kdy je služba zajištěna (...) rozhodujeme o datu propuštění“ (R9), „Zásadně. Pokud není připravena dobrá situace pro propuštění...“ (R12). Propuštění mohou ovlivnit také při podezření na týrání dítěte „Pokud je podezření na týrání, mohu pozdržet propuštění domů (...) taky mi vyjdou lékaři vstříc a propuštění pozdrží“ (R2). Rozhodování o propuštění pacienta/klienta ovlivňují svojí písemnou zprávou „Vyjádřením a napsáním zprávy“ (R6), „Předkládám lékařům zprávu, zápis ze své návštěvy u pacienta s eventuálním doporučením, či intervencí“ (R7).

Respondentky se neshodují ve své účasti na velkých vizitách a v důležitosti a přínosu těchto vizit pro jejich práci. Čtyři respondentky se jich neúčastní, i když jedna přiznává jejich možný přínos „*Ne, i když by to možná mohlo být přínosné“ (R5). Dvě respondentka se jich účastní pouze někdy „Někdy ano, ale většinou ne“ (R4), „Pouze u těch pacientů, kde to potřebuji“ (R1). Zbylé respondentky se velkých vizit účastní a považují je pro svoji práci za důležité „...je to v mé práci dost důležitý“ (R2), neboť jsou pro ně zdrojem informací o zdravotním stavu klienta „...nemusím se pak ptát lékařů na zdravotní stav...“ (R6), získají přehled o pacientech na oddělení „...mám přehled o pacientech – při otázkách lékařů pacient hodně řekne o rodině a pocitech a o tom co by potřeboval“ (R6), „...hodně mi to pomáhá seznámit se s aktuální situací na oddělení...“ (R7) a považují to také za součást práce multidisciplinárního týmu „Po nich se sejdeme s multidisciplinárním týmem a probereme jednotlivé případy. Je pravdou, že tato spolupráce funguje jen na dětské klinice...“ (R12). Všechny respondentky sdělily, že mají přístup k lékařským záznamům klienta „Ano, samozřejmě“ (R8), a to k těm, které potřebují „...k těm, kde to potřebuji“ (R1), a pro jednu z nich, respektive pro její práci, je to důležité „...jako velmi nutné pro sociální práci v nemocnici. Jsme zdravotní pracovníci, tak máme přístup do zdravotnické dokumentace, protože s ní pracujeme a doplňujeme jí“ (R9). Většina respondentek (11) také s lékaři konzultuje zdravotní dokumentaci a lékaři jsou ochotní jim vše vysvětlit „Je ochoten si se mnou sednou a jednotlivé případy se mnou probrat, vysvětlit mi funkční omezení dítěte, možné prognózy atp.“ (R2), „...myslím, že jim to nevadí, jsou ochotní“ (R7), „Samozřejmě mi je ochoten vše vysvětlit“ (R13), i když někdy pouze v případě potřeby „Pokud něčemu nerozumím (...). Studovala jsem také střední zdravotnickou školu, proto mi orientace ve zdravotní dokumentaci nečiní problémy“ (R4). Jedna respondentka zatím tuto potřebu neměla, ale myslí si, že by jí byl lékař ochotně nápomocen „...Zatím nebylo třeba. Ale určitě*

by mi pomohl v případě, který to vyžaduje“ (R3). Jedna respondentka s lékaři příliš nekonzultuje a informace si hledá sama na internetu nebo od klienta „Moc ne, musela jsem se ten základ naučit sama a zbytek hledám na NETU, nebo mi to řekne klient“ (R6).

Dvě, respektive tři respondentky uvedly, že dosud neměly, respektive nemívají akutní případy „Zatím jsem neměla akutní případ“ (R2), „Nemívám vyloženě akutní případy. Prakticky jsem se se žádným nesešla...“ (R7). Zbylé respondentky (10) se s akutními případy setkávají a hlavním důvodem jejich akutnosti je nedostatek času k jejich řešení „...neboť lékaři na nás chvátají, aby byl pacient připraven k propuštění“ (R12), „Akutní případy jsou prakticky všechny, na které lékaři spěchají“ (R8). Akutní případy jsou spojené s nutností rychle zajistit domácí péči pro klienta „...že během dopoledne bude propouštět pán, který bydlel v oblasti, kde je málo služeb...“ (R11), zajistit bydlení, aby mohl být klient propuštěn (4) „...jsem sehnala sociální lůžko, abychom získaly trochu času na řešení její bytové a finanční situace“ (R4), a poté ty spojené s týráním **dětí** (2) „...týrání dětí, kdy jsme je museli z důvodu vážných poranění hospitalizovat a volat i policii...“ (R6) či s péčí o ně (1) „matka - těhotná, odmítala císařský řez a následnou léčbu dítěte – retrovirem...“ (R9).

S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují?

Respondentky při své práci spolupracují s různými kolegy z jejich zařízení, ale i z jiných institucí a úřadů. V rámci vlastního zařízení spolupracují zejména s lékaři a zdravotními sestrami (12) „...s hlavní sestrou či ošetřujícím lékařem...“ (R1), „V první řadě se zdravotnickým týmem...“ (R7), „S ošetřujícím lékařem, hlavní sestrou...“ (R3), s kolegyní sociální pracovníci (4) „S mou kolegyní sociální pracovníci...“ (R1), psychologem (7), herním terapeutem (3), duchovním (4), dobrovolníky (5). Pouze jedna respondentka uvedla, že spolupracuje s pacientem „Samozřejmě s pacientem“ (R1) a jedna respondentka s rodiči „...rodiči...“ (R3), ale zde se jednalo spíše o určité "nepochopení", neboť práci s klientem uvádějí v dalších otázkách všechny respondentky, stejně tak práci s rodinou. Některé respondentky (4) vyjmenovaly pouze pracovníky z jejich zařízení, což ovšem neznamená, že s institucemi mimo vlastní zařízení nespupracují, na což jsem se však bohužel více neptala. Instituce a organizace, se kterými respondentky spolupracují, jsou pestré a náleží mezi ně úřady (8), a to např. úřady práce, správa sociálního zabezpečení, matrika, policie (5), oddělení sociálně-právní ochrany dětí (2), zařízení sociálních služeb (3).

DC2: Výzkumným šetřením ozřejmit postavení a kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

Pro naplnění tohoto dílčího cíle jsem si zvolila dvě výzkumné otázky: Jaké pracovní podmínky mají sociální pracovníci ve zdravotnictví? Jaká jsou slabá místa v systému práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví?

Jaké pracovní podmínky mají sociální pracovníci ve zdravotnictví?

Respondentky pracují na pracovištích, respektive v zařízeních, jejichž celkový počet pacientů se pohybuje v rozmezí od 312 po 2410 lůžek, i když lůžkovou kapacitou zařízení si nebyly všechny jisté „*Nevím, asi kolem něco nad 1000*“ (R2), „*Fakt nevím, asi kolem 1400*“ (R1). Čtyři respondentky jsou zaměstnány v zařízení, které má lůžkovou kapacitu vyšší než 2000, pět v zařízení s lůžkovou kapacitou v rozmezí 1000-2000, tři v zařízení s kapacitou kolem 350 lůžek. Jedna respondentka neuvedla žádný číselný údaj „*vůbec netuším, asi hodně*“ (R7). Počet sociálních pracovníků či zdravotně-sociálních pracovníků v daných zařízeních se pohybuje od 2 do 15, a v podstatě roste s velikostí daného zařízení. Nejméně sociálních či zdravotně-sociálních pracovníků je v zařízení s nejmenší kapacitou, nejvíce v zařízení s největší kapacitou. V průměru připadá na jednu sociální pracovníci 150-260 pacientů, nejčastěji se jedná o počet 150-170 pacientů na jednu sociální pracovníci. Necelá polovina respondentek (6) má přidělený počet lůžek, které mají na starosti, více jak polovina z nich (7) přidělený počet lůžek nemá „*Nemám přidělena lůžka*“ (R3), „*Jsem s kolegyní pro celou nemocnici, takže co oběhneme*“ (R6), „*Nelze říci. Věnuji se jak pacientům, který jsou hospitalizováni, tak těm co docházejí ambulantně*“ (R7), „*Podle potřeby - nemáme stanovený počet*“ (R9). Pokud mají přidělena lůžka, pohybuje se jejich počet v rozmezí od 60–300.

Méně než polovina (5) respondentek nepracuje s dětmi předškolního věku a jejich rodinami „*Ne nepracuji, děti se tu vyskytují jen výjimečně*“ (R4), „*Moc často ne, jen když zastupuji kolegyni*“ (R13), jedna respondentka na tuto otázku neuměla odpovědět „*Absolutně nevím*“ (R10). Sedm respondentek s dětmi předškolního věku a jejich rodinami naopak pracuje „*Ano*“ (R9), ale nejedná se o jediné klienty „*Především*“ (R3), „*Ano je to asi 80% lůžek dětských*“ (R12), „*Ano je to asi 40% lůžek dětských*“ (R8). Kapacitu u **dětského oddělení** uvedly pouze čtyři respondentky, kdy se pohybuje v rozmezí od 25 lůžek „*Nevím přesně, cca 25 lůžek*“ (R7) až po 150 lůžek „*Naše má kolem 150 lůžek*“ (R2). Děti předškolního věku tvoří mezi dětskými pacienty v jednotlivých zařízeních rozdílný podíl, který se pohybuje od 10 % „*Nevím, ale snad kolem 10%*“ (R6), až po polovinu „*cca 50%*“ (R7).

Pokud měly respondentky hodnotit, zda je počet sociálních pracovníků v daném zařízení dostatečný, více jak polovina (7) z nich si myslí, že ano „*Já bych řekla, že ano*“ (R11), „*Zde je počet sociálních pracovníků zatím dostatečný. Ne každý pacient nás potřebuje*“ (R1), ale zároveň některé z nich dodaly, že se tento pocit týká jejich oddělení „*Na tomhle oddělení ano, jinak bych řekla, že nás je málo*“ (R2), respektive že již začíná být nedostatečný „*Začíná být nedostatečný*“ (R9). Šest respondentek hodnotí počet sociálních pracovníků jako nedostatečný „*...by jich mohlo být více, situací, které by potřebovaly ošetřit je v nemocnici dost a dost. Klientů je hodně a často řešíme problémy, až když hoří...*“ (R4), „*...je nás velmi málo*“ (R10) a poukazují také na potřebu přijmout další sociální pracovníky „*Není, v průměru mají zdravotně sociální pracovníci u nás 300 lůžek na hlavu (...) by jich mělo být tak dvakrát tolik (...) Jednoho sice budeme přijímat, ale je to nedostatečné*“ (R13), „*Myslím si, že by tu další dvě pracovnice měly práce dost a dost*“ (R6). Od toho se také odvíjí jejich představa o ideálním počtu sociálních a zdravotně-sociálně pracovníků na jejich pracovišti, kdy většina (8) z nich považuje za ideální navýšení počtu sociálních pracovníků či zdravotně-sociálních pracovníků v dané nemocnici, většinou tak o jednoho či dva pracovníky „*2 na jedno oddělení, jinak se to nedá zvládnout*“ (R7), což odůvodňují velkým počtem klientů se sociálními problémy „*...často musíme zaskakovat na oddělení, kde je velmi mnoho pacientů se sociálními problémy, takže kolegyně nestíhají*“ (R2), růstem počtu pacientů a zkracováním doby jejich hospitalizace „*Je velký nárůst pacientů, zkracování doby hospitalizace. Je spousta propouštění domů, do zařízení následné péče, zařizujeme často agentury domácí péče atd.*“ (R9). Respondentky by považovaly za vhodné, kdyby na ně připadalo v průměru 78-216 pacientů. Tato představa je dána současným stavem, kdy za ideální považuje počet 216 pacientů na jednoho sociálního pracovníka respondentka ze zařízení, kde na sociálního pracovníka připadá v průměru 260 pacientů, za ideální počet 78 pacientů jej považuje respondentka ze zařízení, kde na sociálního pracovníka v průměru připadá 156 pacientů.

Většina respondentek má plný pracovní úvazek (11), pouze dvě z nich zkrácený. Jedna z respondentek, které mají zkrácený úvazek „*Zkrácený*“ (R1), hodnotí počet sociálních pracovníků v nemocnici jako dostatečný „*Zatím ano*“ (R1), druhá však tento počet za dostatečný nepovažuje „*Já si myslím, že by jich mohlo být více*“ (R4) a myslí, že by bylo vhodné jej zvýšit o jednoho až dva pracovníky, neboť v daném zařízení jsou 2 sociální pracovníci a ona považuje za dostatečný počet „*3-4. To by bylo akorát*“ (R4).

Necelá třetina respondentek (4) zastává pozici sociální pracovník, osm jich zastává pozici zdravotně-sociální pracovník a jedna vedoucí zdravotně-sociální pracovník. Nejvíce respondentek je zařazeno do oddělení, které se nazývá sociální (5) nebo sociálně zdravotní (5), po jedné jsou respondentky zařazeny do oddělení psychosociálního, neurologického, a jedna z nich pracuje pro více oddělení současně „*Pracuji pro více oddělení najednou*“ (R6). Jedna respondentka má středoškolské vzdělání se sociálně-právním zaměřením, šest respondentek má vyšší odborné vzdělání, z toho pět se zaměřením na sociální práci a jedna na sociální práci ve zdravotnictví, šest respondentek má vysokoškolské vzdělání v bakalářském (2) či magisterském (3) programu, kdy jedna toto nevedla. Obor vzdělání je pedagogika (1), sociální politika a sociální práce „...*se zaměřením na aplikovanou psychoterapii*“ (R5), sociální a pastorační práce (2), sociální práce (1), sociální práce s poradenstvím (1). Respondentky, které zastávají pozici sociální pracovníce, vystudovaly vyšší odbornou školu zaměřenou na sociální práci (3) či bakalářský program na vysoké škole se zaměřením na sociální a pastorační práci (1). Respondentky na pozici zdravotně-sociální pracovník vystudovaly vyšší odbornou školu zaměřenou na sociální práci ve zdravotnictví (1), vysokou školu pedagogickou (1), střední odbornou školu sociálně právní (1), vyšší odbornou školu sociálně-právní (1) či se zaměřením na sociální práci (2), magisterský program na vysoké škole se zaměřením na sociální politiku a sociální práci se zaměřením na aplikovanou psychoterapii (1), či se zaměřením na sociální práci (1) či na sociální práci s poradenstvím (1). Respondentka zastávající pozici vedoucí zdravotně-sociální pracovník vystudovala bakalářský program se zaměřením na sociální a pastorační práci. Všechny respondentky absolvovaly školení či kurz v rámci dalšího vzdělávání, kdy pouze jedna z nich uvedla, že absolvovaný kurz nebyl akreditovaný „*Ne*“ (R1). Ve většině případů se jedná o akreditované kurzy „*Ano, nyní jsou již většinou akreditované*“ (R8), „...*jistě většina*“ (R12), „*Prakticky všechny*“ (R13). Potřeba absolvovat jednotlivé kurzy vychází z jejich profese a zájmů o určitou oblast či problematiku „...*jak v rámci povinného vzdělávání, tak i protože mým velký zájem o problematiku seniorů*“ (R4). Jejich absolvování je dáno povinností dalšího vzdělávání „...*musím absolvovat přednášky a semináře podle potřebných kreditů. Musím se sebevzdělávat, musím si vybírat přednášky pro mou profesi...*“ (R5), „*Bylo jich poměrně dost, musím plnit kredity*“ (R2). Je však otázka, zda jejich absolvování je vždy pro respondentku přínosné „*Jé, těch bylo, máme to povinné, ale jejich názvy už neumím dát do kupy*“ (R6), „*Řada kurzů, to se nedá vyjmenovat, musíme se vzdělávat...*“ (R7). Zaměření kurzů je u jednotlivých respondentek různé, avšak častým byl kurz pro zdravotně-sociální pracovníky

(4) „Kvalifikační kurz pro zdravotně sociální pracovníky...“ (R8, R11), „...s aktivní účasti na 10 akcích zaměřených na zdravotně sociální práci“ (R10), školení k zákonu o sociálních službách „...seminář se zaměřením na zákon 108/2006“ (R8, R13), kurzy zaměřené na komunikační dovednosti (3) „Komunikace a vedení v týmu...“ (R13), „...byl kurz o komunikaci a přístupu ke klientům“ (R4), „Komunikační dovednosti, komunikace s nemotivovaným klientem...“ (R7), dále na krizovou intervenci „...to byl asi naposledy kurz krizové intervence“ (R12), na vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí „Kurzy pro vzdělávání dětí při dlouhodobých nemocničních pobytech“ (R3), na již zmiňované seniory, „Kurz počítačové gramotnosti“ (R1), a kurz věnovaný neurologickým poruchám u dětí.

Méně než polovina (6) respondentek má vlastní pracovnu „Máme a je to důležité“ (R5), i když jedna z nich pouze krátkou dobu „Ano už mám, ale dlouho jsem ji neměla a s klienty jsem musela chodit na chodbu, protože kolegové se kterými jsem seděla, měli jinou práci a rušili bychom je“ (R4). Více jak polovina respondentek (7) však svoji pracovnu nemá „...máme s kolegyní, malou místnůstku, ale protože se klientům špatně hledá, během především po klinikách“ (R6) a většinou ji sdílejí dvě. Pracovna u více jak poloviny respondentek má bezbariérový přístup pro osoby se zdravotním postižením „...u nás je všude bezbariérový přístup“ (R3), „Jojo, má“ (R5), což považují za důležité „Ano, vůbec nevím, jak jinak by se k nám dostali“ (R7). V jednom případě je bezbariérový přístup novinkou „...do minulého měsíce byla naše pracovna pro vozíčkáře nedostupná“ (R2). Jedna z respondentek uvedla, že má její pracovna sice bezbariérový přístup, ale přesto za klienty dochází „Má, ovšem musím říct, že se špatně hledá, tak raději chodím za klientama na jednotlivá oddělení, nebo si pro ně chodím na ambulance“ (R4). Pracovna šesti respondentek bezbariérový přístup pro klienty se zdravotním postižením nemá „Nemá“ (R10), „...proto nemáme ani ambulanci klienty a chodíme pořád po nemocnici, tedy tam, kam nás zavolají“ (R6). Jedna považuje zázemí za nedostatečné pro svoji práci, neboť nezajišťuje dostatečný klid pro práci s klienty (1) „...by mohlo být nedostatečné zázemí (...) není místo kde s maminkami v klidu hovořit. A ony to potřebují, neboť jde o jejich dítě“ (R7).

Všechny respondentky mají na svém pracovišti k dispozici telefon, počítač, intranet, internet „Bez toho bych se při své práci neobešla“ (R4), některé mají k dispozici mobil, ale jiné nikoli „...mobilní telefon používám vlastní“ (R9). Většina z nich má k dispozici fax (10) a kopírku (12), jedna z nich ji má k dispozici na jiném oddělení „Když potřebuju kopírku, mají ji na oddělení“ (R6). Pět respondentek má k dispozici pager, který považuje jedna z nich za velmi důležitý „Nedůležitější je pro nás mobil, PC a pager“ (R6). Žádná z respondentek si

nestěžovala, že by jí nějaké zařízení chybělo „...co potřebuju jinde, tak k tomu si objednáám osobní auto a můžu to vyřídit kdekoliv i mimo budovu“ (R5), i když je pravdou, že na tuto skutečnost nebyly dotazovány.

Jaká jsou slabá místa v systému práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví?

Některé respondentky, respektive dvě z nich nemají pocit, že je třeba něco zásadního v jejich zařízení ve vztahu k péči o pacienty zlepšovat „Vždycky je co zlepšovat, ale jsou to maličkosti“ (R2), „Skoro nic (...) opravdu jen maličkosti“ (R3). Zbylé respondentky jsou opačného názoru. Takřka polovina z nich (5) by si myslí, že by se měla zlepšit informovanost pacientů/klientů o jejich práci „Informovanost, to je ohromný nedostatek“ (R7), „...aby věděli, že se na nás mohou obrátit“ (R8) a komunikace s pacienty/klienty (5) „...zlepšovat je potřeba hlavně komunikace a pracovat na předsudcích vůči některým skupinám klientů“ (R2), „Komunikační bariéry“ (R12), „...komunikace zdravotníků s pacientem“ (R9). Mezi další, co je třeba dle jejich názoru zlepšit, patří prostředí (1), strava (2), podmínky pro placení (1), práci zdravotníků (3). Jedna respondentka postrádá dobrovolníky v nemocnici „Asi aby se sem vrátili dobrovolníci...“ (R5) a zároveň by zlepšila školení. Zlepšit by se dle jejich názoru mohla také právě chybějící supervize (2) „Možná zrovna supervize“ (R7).

Devět respondentek by rádo zůstalo na svém pracovišti, neboť se za pět let vidí stále na stejné pozici, respektive chtěly by zůstat na stejné pozici „Docela ráda bych se viděla zde“ (R1), „Doufám, že tady, jsem zde velmi spokojena. (...) práce mne stále rozvíjí a baví mne“ (R8). Jedna respondentka by již byla ráda v důchodu „Ráda bych se viděla v důchodu (...), ale ještě budu muset 7 let počkat“ (R9), jedna neví „Opravdu nevím“ (R10) a jedna se vidí stále zde, ale není tomu ráda „Bohužel tady“ (R12).

DC3: Výzkumným šetřením rozkrýt, jakou oporu mají sociální pracovníci ve svých zdravotnických zařízeních.

Pro naplnění tohoto dílčího cíle jsem zvolila stejnou otázku, jako pro naplnění prvního dílčího cíle, a to: S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují?

S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují?

Bezprostředním nadřízeným většiny respondentek (8) je hlavní sestra (3), vrchní sestra (3) nebo lékař (2), ve třech případech vedoucí zdravotně-sociální pracovník, po jednom případě vedoucí sociální pracovnice a náměstkyně. Bezprostředním nadřízeným sociálních pracovníků je hlavní sestra (1), vrchní sestra (1), lékař (1) a vedoucí zdravotně-sociální

pracovník (1). Bezprostředním nadřízeným zdravotně-sociálních pracovníc (8) jsou vrchní sestra (2), hlavní sestra (2), vrchní lékař (1), vedoucí sociální pracovnice (1), vedoucí zdravotně-sociální pracovník (2). Bezprostředním nadřízeným vedoucí zdravotně-sociální pracovnice je náměstkyně. I když zastávají jednotlivé respondentky stejné pozice, není jejich bezprostředním nadřízeným stejná osoba, respektive osoba zastávající stejnou pozici.

Co je však důležité, mají všechny respondentky ve svém bezprostředním nadřízeném oporu „*Jo, já myslím, že mám*“ (R5), i když je ovlivněna jeho pracovní vytížeností „...*ale je dost pracovně vytížena*“ (R9). Jednotlivé respondentky spatřují poskytovanou podporu v něčem jiném, například při prosazování důležitých věcí „...*hlavně dokáže prosadit, co potřebuji...*“ (R2), při edukační činnosti „...*jeho podpora je spíše v tom, že mi podpoří či doporučí vybavení herny nebo případně plán na výuku dítěte při dlouhodobém pobytu*“ (R3), při odborné činnosti a organizačních záležitostech „...*hlavně pro mne znamená odborné zázemí, pomáhá mi s organizačními záležitostmi. Poměrně se snaží s náma spolupracovat a má zájem o práci sociálního pracovníka*“ (R7), při dalším rozvoji a vzdělávání „...*především v dalším vzdělávání*“ (R10), „...*no a pak při supervizích*“ (R2). Jedna respondentka nalézá, vedle bezprostřední nadřízené, oporu také v lékařích, se kterými spolupracuje „...*nejvíce spolupracuji s lékaři, ve kterých mám oporu...*“ (R4). Jedna respondentka poskytovanou oporu ze strany bezprostřední nadřízené lehce zpochybňuje „*To ani ne, ale v organizování mi pomáhá dost výrazně. Nemusím se o spoustu věcí starat*“ (R6), a jedna ji necítí v dostatečné míře „*Ted' už ano, i když ne ve všech případech*“ (R1).

Pouze tři respondentky pracují pod odborným dohledem, ve všech případech se jedná o sociální pracovnice. Odborný dohled jim zajišťuje zdravotně-sociální pracovník (2) „...*kolega zdravotně-sociální pracovník*“ (R1), „*Vedoucí zdravotně-sociální pracovník*“ (R11) a kolegyně (1) „*kolegyně*“ (R6) – zde jsem se bohužel nedotázala na její pracovní zařazení. Jedna respondentka na pozici sociální pracovnice uvedla, že nepracuje pod odborným dohledem „*Nepracuji pod žádným odborným dohledem, všechno je tak jak to vypracuju já*“ (R7). Zbylé respondentky (10) nepracují pod odborným dohledem. Ve všech případech, až na jeden výše uvedený, se jedná o zdravotně-sociální pracovnice „*Nemám odborný dohled*“ (R2), „*Mám volnou ruku a pracuji dle svých znalostí a zkušeností*“ (R4), „*nepracuji pod odborným dohledem*“ (R9).

Ve valné většině (11) respondentky nepořádají ani se neúčastní supervize. Jedna uvedla, že se jich účastní, ale nepořádá je, a jedna respondentka je pořádá s kolegyní pro vlastní potřebu, případně i pro hlavní sestru, ovšem ne příliš často „*Pořádáme s kolegyní*

samy pro sebe. Někdy se účastní i hlavní sestra. Často to není, pokud se vyskytne náročný případ“ (R1). Jedna respondentka pořádá, jako jakousi náhradu za supervizi, ranní sezení „Supervize nepořádáme, ale každý den máme ranní sezení, které supervize částečně nahrazují, ale opravdu jenom částečně...“ (R9). Jedna respondentka by supervize ráda zavedla „...ale ráda kdyby se tu zavedly“ (R8), jedna na ně nemá čas, a další vidí důvod jejich absence v nedostatku financí „...nejsou finance na supervizora“ (R13).

Většina respondentek (10) považuje svoji práci jako stresovou. Mezi stresovými faktory uvádějí množství práce (2), její nárazovost (2), tlak (3), čas (1). Stresorem je i samotné prostředí nemocnice (1) a kontakt s nemocnými lidmi (2) či nemocnými dětmi (2) a jejich bolest, nedostatečné zázemí pro svoji práci (1) „...by mohlo být nedostatečné zázemí (...) není místo kde s maminkami v klidu hovořit. A ony to potřebují, neboť jde o jejich dítě“ (R7). Tři respondentky svoji práci za stresovou nepovažují jednoznačně „Stresová, to mne nenapadlo, je jen rozmanitá a nikdy ráno, když přijdu do práce nevím, jaký bude den, co mne čeká na oddělení“ (R6), „Nevnímám ji jako vyloženě stresovou...“ (R7).

Jedna respondentka uvedla, že u nich na pracovišti nefunguje multidisciplinární tým „Ne“ (R1) a jedna respondentka přesně neví „No multidisciplinární tým ve smyslu, že se sejdeme a probereme pacienta to ne. Ale pokud potřebuji radu, ujasnění informací atp. Pak ano“ (R4). Zbylé respondentky (11) na pracovišti multidisciplinární tým mají a valná většina z nich (10) si myslí, že funguje dobře „...funguje a myslím si, že dobře“ (R11) a považují jej pro svoji práci za důležitý „...je to velmi podstatná součást mé práce“ (R2), „...bez něho by to snad ani nešlo“ (R3), „Je velmi důležitý pro mou práci“ (R12). Pouze jedna respondentka si myslí, že by u nich na pracovišti mohla spolupráce v multidisciplinárním týmu fungovat lépe „Funguje, ale mohla by fungovat líp“ (R6). Součástí multidisciplinárního týmu jsou psycholog (7), zdravotní sestra (7), lékaři (7), pedagog (4), herní terapeut (3), duchovní (3) a další odborníci dle potřeby.

Všechny respondentky se setkaly s tím, že jejich kolegové uznávají jejich práci, přijímají je s porozuměním, ale pouze pět z nich toto uvedlo bez výhrad „Dobře, chápou, že je důležitá“ (R10), „S respektem a úctou, cítím se tu dobře...“ (R13). Tři respondentky si musely uznání od kolegů "vydobýt", ale situace se již zlepšila, když v minulosti byla negativní „...Dříve byla negativní. Nyní již pochopili, že jim pomáháme“ (R3), „Museli jsme

si vydobýt své místo na slunci. Ale teď už vědí, že pomáháme i jim a jsou vcelku vstřícní...“ (R1). Šest respondentek se setkala s oceněním a přijetím, ale i s opačnou reakcí kolegů *„Jak kteří. Někdo mne bere jako rovnocenného spolupracovníka a někteří ještě moji práci podceňují“* (R5), *„Různě...“* (R9). *„Je ovšem stále dost kolegů, kteří si myslí, že nejsme důležité, tedy ne tak jako oni“* (R6), *„...někteří ještě moji práci podceňují“* (R5). Povzbudivé však je, že samy respondentky uvedly, že se situace zlepšuje a je zde i jistá snaha z jejich strany kolegy o své důležitosti přesvědčit *„Samozřejmě nepřesvědčíme všechny své kolegy o potřebě naší práce, je na každém jak se na naši práci bude dívat“* (I12).

Ve většině případů se respondentky (10) zastupují se svou kolegyní a jsou schopné převzít všechny její úkoly *„U nás musí být potřebné sociální péče o pacienta vždy zajištěna. Zastupování kolegyně je pečlivě stanoveno a má svá pravidla“* (R9), *„Jsem schopna převzít veškeré její úkoly“* (R11). Možnost vzájemného zastupování považují za ulehčení své práce a za její důležitou součást *„...to je základ naší spolupráce“* (R13). Jedna respondentka uvedla, že má problém pouze s edukační činností *„Prakticky všechny, jen mi nejde edukační činnost“* (R2) a jiná, že se s kolegyní zastupují pouze v některých činnostech, jako je poradenství a zprostředkování kontaktu *„Pouze některé. Poradenství ohledně sociálních dávek či zprostředkování kontaktů na jiné odborníky“* (R3). Jedna respondentka se s kolegyní nezastupuje *„...ani bych ji do její práce nechtěla moc vstupovat, každá máme jiný systém“* (R6). Jedna uvedla, že se většinou nezastupují *„Většinou se nezastupujeme“* (R5) a jedna, že to není zvykem *„Nebývá to zvykem. Počkám, až přijde a vyřeší si to sama“* (R7).

6.8 Diskuze - Optimální řešení týmové práce při komplexní péči o děti se zdravotním postižením a jejich rodinu

Jak bylo řečeno v úvodu práce, je sociální práce jednou z pomáhajících profesí, která se snaží odhalovat, vysvětlovat a řešit sociální problémy, případně je alespoň zmírňovat. Poskytuje pomoc klientům a zároveň se snaží o změnu podmínek, které umožní klientům sociální fungování. Sociální pracovník ke své práci potřebuje znát základy například sociální politiky, práva, psychologie, zdravotní vědy, a zároveň spolupracuje s odborníky z jiných profesí. U sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je nutná spolupráce se zdravotnickým personálem zde působícím, ale také s pracovníky z institucí a organizací, které mohou jeho klientům poskytnout potřebnou pomoc, ať již se jedná o různé dávky či sociální služby, ale také např. pomoc zajistit bydlení. Potřeba komplexní péče o pacienta/klienta vyžaduje

spolupráci sociálního pracovníka a jeho zapojení do zdravotnického týmu a do multidisciplinárního týmu. Většina respondentek uvedla, že u nich funguje multidisciplinární tým, není však shoda v jeho složení. Zde si myslím, že by základní složení tohoto týmu u dětských pacientů měl být dán vnitřním předpisem a měl by vycházet z důležitosti jednotlivých odborníků pro pacienta a jeho rodinu. Respondentky při své práci spolupracují s různými kolegy z jejich zařízení, ale i z jiných institucí (úřad práce, zařízení sociálních služeb, matika, policie, oddělení sociálně-právní ochrany dětí). V rámci vlastního zařízení spolupracují zejména s lékaři a zdravotními sestrami, se sociální pracovníci, psychologem, herním terapeutem, duchovním, dobrovolníky. Respondentky zjišťují informace o klientech z různých zdrojů, hlavním a prvním je zejména klient sám. Dále rodina, lékař, zdravotní sestry. Postupně se také zlepšuje pohled kolegů z jiných oborů na jejich práci, setkávají se již s uznáním a respektem.

Sociální pracovník by se měl účastnit lékařských i ošetrovatelských vizit, což mu umožní vyhledávat klienty v nepříznivé sociální situaci. (Gabura, Pružinská, 1995). Většina respondentek tuto skutečnost potvrdila a svoji účast na vizitách považují za velmi důležitou pro svoji práci. Komunikací s lékařem sociální pracovník zjišťuje okolnosti klientova onemocnění a předpokládanou délku jeho hospitalizace (Kapr, Koukola, 1998a). Všechny respondentky mají přístup k lékařským záznamům klienta a takřka všechny s lékaři zdravotní dokumentaci konzultují. Ze strany lékařů se setkávají s ochotou poskytnout jim, respektive s nimi konzultovat zde obsažené informace.

Při práci sociálního pracovníka s jakoukoli skupinou klientů, a tedy i sociálního pracovníka v nemocnici, nesmíme zapomínat, že se musí při své práci řídit etickým kodexem. Etický kodex mají i jiné profese (lékaři, zdravotní sestry). Tento kodex mu stanovuje určité povinnosti nejen ve vztahu ke klientům, ale také ve vztahu k jeho zaměstnavateli, společnosti, ale i ve vztahu k vlastní odbornosti. V souladu s tím jsou také v zákoně uvedené požadavky na vzdělání sociálních pracovníků (v nemocnici) a na jeho stálé vzdělávání. Etický kodex však také upozorňuje na určitá etická dilemata a problémy, se kterými se může sociální pracovník při své práci setkat (kdy do života klienta vstoupit, kolik pomoci mu poskytnout a kdy s jejím poskytováním přestat, kterým klientům dát přednost, možnost střetu zájmů, pracovníka, sociální pracovník má klientovi pomáhat a zároveň jej kontrolovat), a dává návod na jejich řešení. Etický kodex dále stanovuje sociálnímu pracovníkovi povinnost mít etiku své práce na paměti během celé práce s klientem a v jeho zájmu, při volbě pomoci a její realizaci. Proto je znalost etického kodexu, etických teorií a hodnot sociální práce velmi důležitá. Pro

řešení etického problému je však důležité jej vůbec identifikovat, zvážit všechna pro a proti a postup řádně zdokumentovat (Reamer, 1995). Pomoci v tomto směru může konzultace se spolupracovníky a supervize (Matoušek a kol., 2008). A zde opět nastává nutnost multidisciplinární spolupráce a dodržování etických zásad a hodnost daných profesí pro co nejlepší poskytnutí potřebné pomoci pacientům/klientům.

Vedle toho však sociální pracovník vnáší do své práce s klientem také své vlastní hodnocení, může být ovlivněn současným psychickým a fyzickým stavem, rodinnou situací. Může být také ovlivněn hodnocením jiného odborníka. Ke klientovi a hodnocení jeho sociální situace pak nepřistupuje zcela objektivně, může jeho potřeby vyhodnotit nesprávně. Kompetencemi sociálního pracovníka se zabývá např. Havrdová (1999), avšak je třeba si uvědomit, že se musí angažovat celou svou osobností, a proto jsou jeho osobnostní kvality velmi důležité, a to nejen pro navázání vztahu s klientem (Pávková, 2008).

Při své práci se sociální pracovník řídí zákony a vnitřními předpisy organizace, ale měl by se řídit také etickým kodexem. Z analýzy nevyplývalo, že by práce sociálních pracovníků v nemocnicích byla příliš upravena právními či vnitřními předpisy organizace. Pouze asi ve dvou případech na toto respondentky upozornily, a to v souvislosti s vyřizováním stížností „*Jmenuje se to neshody a je to v IZO*“ (R5), a pak při lhůtě, kterou mají pro převzetí klienta do své péče „*...na přijetí klienta do péče máme podle vnitřních směrnic 24 hod...*“ (R8). Dále zmínily povinnost dalšího vzdělávání, která pro ně vyplývá ze zákona (zákona o nelékařských zdravotnických povoláních a zákona o sociálních službách). V analýze provedené na území celé České republiky by tak bylo vhodné více se zaměřit na otázku, nakolik je práce sociálních pracovníků v nemocnici upravena předpisem.

Ze zákona vyplývá, že jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví, tedy i sociální pracovník, vykonávají některé činnosti pod odborným dohledem. Také respondentky na této pozici ve většině případů uvedly, že pracují pod odborným dohledem, avšak jedna z nich uvedla, že pod odborným dohledem nepracuje. Zde však zákon hovoří jasně a asi není třeba k tomu nic dodávat. Zdravotně-sociální pracovník nevykonává svoji práci pod odborným dohledem, což potvrdily i respondentky.

Z teoretické části vyplývalo, že do náplně práce sociálních pracovníků v nemocnici patří také řešení stížností a snaha o usnadnění komunikace mezi pacienty/klienty a zdravotnickým personálem (Kapr, 1998b). Dle výpovědí respondentek se ony se stížnostmi a jejich řešením příliš nesebkávají a mnohdy ani nevědí, jak je řešit. Zde by tedy bylo vhodné,

aby měly stanovený postup pro vyřízení jakékoliv stížnosti, který bude v jejich zařízení závazný a se kterým budou všechny seznámeny. Mělo by v něm být stanoveno, kdo stížnosti různého charakteru vyřizuje, neboť se může stát, že se na ně klient obrátí se stížností, která není svým obsahem v kompetenci sociální pracovníce. Ona by však měla vědět, na koho má klienta se stížností odkázat.

Hlavním úkolem sociálního pracovníka v nemocnici by mělo být pomoci pacientovi k návratu do jeho původního sociálního prostředí a zajistit jeho sociální fungování, případně mu pomoci zvládnout přechod do nového prostředí (Řezníčková, 2006). Očekává se od něho základní sociálně-právní poradenství s tímto související. Protože pomáhá klientovi zorientovat se v jeho nárocích a možnostech řešení jeho obtížné situace, měl by se klient/pacient o jeho činnosti dozvědět již při příjmu do nemocničního ošetření (Gabura, Pružinská, 1995). Pořadí klientů si určuje sociální pracovník sám, avšak velmi důležitá je spolupráce s multidisciplinárním týmem, což vyplynulo i z výpovědí respondentek, neboť je na klienty upozorňuje často lékař nebo zdravotní sestra a ony případy řeší dle jejich naléhavosti. Mají přístup do lékařské dokumentace a možnost konzultací s lékaři (viz výše). V této souvislosti byla zmíněna povinnost převzít klienty do péče do 24 hodin, avšak pouze jednou respondentkou a bylo by tak vhodné, aby byla upravena vnitřním předpisem zdravotnického zařízení. Zpětně si uvědomuji, že jsem se respondentek nedotázala na předpisy, kterými se při výkonu své práce řídí, a jaké povinnosti jim tyto předpisy ukládají.

Z teoretické části vyplývají dvě základní funkce dnešní rodiny – citové zázemí pro své členy a připravit děti pro život (Matějček, 1986). V případě, že je v rodině dítě se zdravotním postižením či onemocněním, jsou rodiče mnohdy postaveni před rozhodování, zda zajistí dítěti potřebnou péči v rodině či v ústavním zařízení (Bartoňová, 2006). Pro své rozhodování však potřebují dostatek informací o samotném zdravotním postižení a jeho prognóze, o svých nárocích na dávky ze systému sociálního zabezpečení a o dostupných odpovídajících sociálních službách. Jak vyplynulo z analýzy, tyto informace jim poskytují právě sociální pracovníci v nemocnicích. Vzhledem k tomu, že rodiče potřebují pro své rozhodování podporu ze strany odborných pracovníků, na které jim mohou právě sociální pracovníci poskytnout kontakt, je třeba, aby klienty a jejich rodiny zkontaktovali co nejdříve. Pouze jedna respondentka uvedla lhůtu, kterou má na převzetí klientů do své péče. Zde si myslím by bylo vhodné, aby tato lhůta byla dána ve všech zařízeních s ohledem na akutnost každého případu. Vzhledem k tomu, že klienti mnohdy nemusí vědět, na co vše se potřebují zeptat,

mělo by být stanoveno, které oblasti s nimi mají sociální pracovníci projít. Jaké informace jim mají poskytnout, na jaká práva a nároky se zaměřit.

Přijetí faktu, že má dítě zdravotní postižení, prochází určitými fázemi, a pro rodiče by byla potřebná pomoc ze strany psychologa. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, trvá každá fáze individuálně dlouho a je nezbytně nutná rychlá pomoc odborníků (Wills in Čálek, 1984). Žádná z respondentek však neuvedla, že by úzce spolupracovala s psychologem a mnohé z nich jej neuvedly ani jako člena multidisciplinárního týmu. Je pravdou, že jsem nepoložila přímo dotaz, zda je psycholog součástí daného týmu, ale na druhou stranu můžeme předpokládat, že kdyby s tímto odborníkem respondentky často a úzce spolupracovaly, kdyby na něj klienty často odkazovaly, nezapomněly by jej uvést samy od sebe. Proto si myslím, že by bylo vhodné, aby zejména při práci s dětskými pacienty, byl psycholog členem multidisciplinárního týmu a úzce spolupracoval se sociálním pracovníkem v nemocnici.

Rodiče dětí hospitalizovaných v nemocnici se nedotazují pouze na dávky a služby sociálního zabezpečení, na péči o dítě se zdravotním postižením, ale také na jeho docházku do školy „*U dětí to je hlavně co bude ve škole, jak to říci (...) spolužákům, učitelům...*“ (R6). Z toho pro sociálního pracovníka vyplývá nutnost mít alespoň základní informace týkající se vzdělávání žáků se speciálními potřebami, ale zejména kontakty na odborná pracoviště (speciálně-pedagogické centrum, raná péče), která těmto dětem a jejich rodinám poskytují potřebnou pomoc. I zde vyplývá potřeba kontaktu s psychologem, který může pomoci právě s otázkou, jak tuto informaci sdělit spolužákům a učitelům.

Sociální pracovník by měl mít zmapovány státní i nestátní organizace působící v daném regionu a spolupracuje s nimi v zájmu klienta a s ohledem na jeho potřeby souladu (Kapr, Koukola, 1998). Z informací získaných výzkumným šetřením vyplynulo, že jsou respondentky v kontaktu s příslušnými organizacemi, poskytují o nich klientům potřebné informace, případně zprostředkují kontakt. Pokud o nějaké službě potřebné informace nemají, snaží se je dohledat.

S klienty, kteří jsou hospitalizováni, sestavuje sociální pracovník individuální aktivační plán, který pomáhá rozvinout nebo udržet samostatnost klienta (Řezníčková, 2006). Z výpovědí respondentek vyplynulo, že individuální aktivační plány se svými klienty nesestavují. Bohužel jsem se nezaměřila na důvod této skutečnosti. Pouze jedna z respondentek uvedla, že důvodem je krátká hospitalizace klientů daná tlakem na zkracování doby pobytu pacientů v nemocnici.

Sociální pracovník komunikuje s rodinou klienta, která mu může poskytnout cenné informace (Kapr, 1998) a při spolupráci s ní připravuje rodinu i klienta na návrat domů (Řezníčková, 2006). Z výpovědí respondentek vyplynulo, že je v některých případech rodina upozorňuje na klienta, poskytuje mu o klientovi informace, obrací se na ně s žádostí o poskytnutí rady, pomoci a se zajištěním potřebné následné péče.

Sociální pracovník by měl vytvářet koncepci sociální práce vhodnou pro danou nemocnici. Bohužel však většinou vykonává sociální práci sám, tudíž nehodnotí sociální služby ve spolupráci s jiným sociálním pracovníkem. Zda vytvářejí koncepci sociální práce v nemocnici, jsem se nedotazovala, ale ve výzkumném šetření provedeném na území celé republiky by bylo vhodné se na tuto oblast zaměřit.

Ve valné většině respondentky nepořádají ani se neúčastní supervize. Pouze dvě z nich uvedly, že by právě v tomto směru bylo vhodné zlepšit práci ve zdravotnickém zařízení ve vztahu k péči o pacienta. Ve většině případů spolupracují s kolegyní a jsou schopné se s ní po dobu nepřítomnosti zastoupit. Jejich odpovědi však nejsou jednoznačné a myslím, že by tato oblast měla být v zájmu klientů upravena vnitřním předpisem, neboť jedna respondentka uvedla, že počká, až se kolegyně vrátí a svoji agendu si vyřídí sama.

Sociální pracovník by měl vést záznamy z každého setkání s klientem, které mohou sloužit jako potvrzení jejich setkání a pomohou mu připomenout, o čem s klientem hovořili a na jakém postupu se dohodli (Gabura, Pružinská, 1995). Dokumentovat postup a řešení klientova problému doporučuje také Matoušek (Matoušek et al., 2008) v souvislosti s řešením etických problémů. O vedení dokumentace jako náplni své práce respondentky hovořily. Její součástí by však dle mého názoru měly být záznamy ze všech úkonů, které sociální pracovník v zájmu klienta učinil. Vhodné by bylo více se zajímat o povinnost jejího vedení, z čeho tato vyplývá, a co má být náplní spisové dokumentace klienta.

Návrh postupu práce sociální pracovnice v nemocnici

Z výše uvedeného textu vyplývá, že by sociální pracovnice v nemocnicích měly být včas informovány o pacientech, kteří mohou potřebovat jejich pomoc, a co nejdříve je zkontaktovat. Ze strany samotných sociálních pracovnic byla přisuzována velká důležitost okamžitosti a rychlosti poskytnuté pomoci z jejich strany. Sociální pracovnice by tedy měly po upozornění na pacienta, který může potřebovat jejich pomoc, tohoto co nejdříve navštívit a nabídnout mu svoji pomoc.

Sociální pracovníce by měly zmapovat aktuální situaci klienta a jeho představu o jejím řešení, kdy zdrojem informací by měl být nejen klient sám, ale i ostatní odborníci pracující v zařízení či z jiných institucí, případně jeho rodina. Z toho důvodu by se měly na uvedené osoby obrátit a situaci klienta s nimi konzultovat.

Pacientům-klientům musí poskytnout potřebné informace o jejich nárocích na různé dávky ze systému sociálního zabezpečení, na možnost využívat různé sociální služby, ale také na instituce a organizace, které jim je mohou poskytnout. Nesmí však vycházet pouze z dotazů klienta, samy by měly odhadnout, jaké informace mohou být pro klienta, vzhledem k jeho situaci, důležité. Ve vztahu k dětským pacientům a jejich rodinám se k tomuto přidává i nutnost poskytnout informace týkající se vzdělávání dítěte se zdravotním postižením, které zahrnují nejen možnost speciálního vzdělávání či integrace do běžné školy, ale také instituce, které dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám poskytují při vzdělávání potřebnou pomoc a podporu. Zde je však také nutné poskytnout rodinám dostatečnou podporu při zvládnání nastalé situace, poradit, jak přistupovat k dítěti se zdravotním postižením, jak správně rozvíjet jeho schopnosti, aby mohlo vést pokud možno samostatný život a nestalo se na rodičích závislé. S rodiči je nutné o jejich situaci hovořit, umožnit jim "vypovídat se", pomoci jim vyrovnat se s faktem, že jejich dítě má zdravotní postižení, ale také s nimi probrat možnost spolupráce s psychologem.

Sociální pracovník by měl být schopen klientům potřebnou pomoc a podporu ze strany jiných odborníků zprostředkovat. Musí však mít dostatek potřebných informací o tom, jaké služby a dávky dané instituce poskytují, jaké jsou nároky na tyto dávky a podmínky pro poskytování daných sociálních či jiných služeb. Musí si tak stále zjišťovat informace o institucích působících v jeho okolí, ale také sledovat změny v zákonech. Klienty by měl na tuto možnost upozornit a nabídnout jim ji.

Sociální pracovník by měl o všech možnostech odpovídající pomoci vědět, vědět na koho se při zajištění konkrétní pomoci obrátit a celou pomoc koordinovat, a to již během pobytu klienta v nemocnici. Vzhledem k tomu, že zjišťuje sociální situaci klienta a možnosti jejího řešení, je informován o jeho zdravotním stavu, rodinné, bytové a finanční situaci, má přehled o dostupných sociálních službách, které mu mohou poskytnout potřebnou pomoc, měl by být koordinátorem následné péče, která je pacientovi/klientovi po propuštění z nemocnice poskytována. Měl by mít kontakt na terénního pracovníka, který může v domácím prostředí klienta zjišťovat jeho současné potřeby, a na základě těchto zjištění případně zajistit jinou vhodnou službu či pomoc. Měl by s jeho pomocí kontaktovat a zjišťovat blízké osoby klienta,

kteří jsou schopní a ochotní mu pomoci. Toto se netýká pouze rodin dětí se zdravotním postižením, ale i seniorů, osob bez domova, osob žijících v oblastech s nedostatkem potřebných služeb. Ve vztahu k dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám by se měl zajímat také o zajištění dostatečné pomoci při vzdělávání dětí se zdravotním postižením (pomoc asistenta, potřebné pomůcky při vyučování, pomoc speciálně-pedagogického centra) a zajištění další potřebné pomoci např. ze strany logopeda, pedagogicko-psychologické poradny, při nácviku alternativního způsobu komunikace. Pro děti je také důležité smysluplné trávení volného času, a proto by měl s rodiči probírat i možnosti různých zájmových kroužků, které mohou navštěvovat i děti se zdravotním postižením, tedy těch, kde mu bude poskytnuta náležitá podpora, a také případně pomoc asistenta, který tam může dítě doprovázet a čas tam s ním trávit.

U malých dětí do 7 let věku je důležitá raná péče, která učí rodiče o dítě pečovat a jak k němu správně přistupovat. Důležité jsou také pečovatelská služba a osobní asistence, které podporují setrvání klienta v jeho domácím prostředí a pomáhají mu při zvládnutí běžných úkonů. Pečovatelská služba může být i službou pobytovou. Pomoc osobního asistenta může klient využít nejen v jeho domácím prostředí, ale také jako doprovod do školy, na zájmové kroužky. Důležitou je také služba sociální rehabilitace, která rozvíjí specifické schopnosti a dovednosti, posiluje návyky a zajišťuje nácvik výkonu běžných činností nezbytných pro samostatný život alternativním způsobem. Zde je důležité také naučit komunikovat rodiče s dítětem.

Neměl by zapomínat také na potřeby rodičů, kteří se sami musí s danou situací vyrovnat a mít dostatek podpory pro její zvládnutí, kterou jim vedle odborníků mohou nabídnout také svépomocné skupiny rodičů v obdobné situaci. Svépomocné skupiny mohou samozřejmě pomoci i samotným dětem se zdravotním postižením. Na pomoc odborníků i laiků při zvládnutí jejich zdravotního postižení by sociální pracovníci neměli zapomínat. Rodiče také potřebují čas na odpočinek, a proto by je měl upozornit na možnost odlehčovacích služeb, které zajistí péči o děti po stanovenou dobu, kterou tak mohou rodiče využít pro vlastní regeneraci a „dovolenou“. Může je také upozornit na možnost táborů pořádaných pro děti se zdravotním postižením (na které mohou přispívat i zdravotní pojišťovny), kde je těmto dětem zajištěna potřebná zdravotní péče. Svazy diabetiků např. pořádají dovolené pro celé rodiny dětí se zdravotním postižením, kde je jim k dispozici lékař i sociální pracovník. S rodiči je třeba také probrat, zda budou schopni chodit i nadále do zaměstnání, např. za pomoci pečovatelské služby, osobní asistence, denních či týdenních

stacionářů, centra denních služeb. Řešit s nimi žádosti o příspěvek na péči a další dávky určené pro osoby se zdravotním postižením.

Velmi důležité je zjistit, jaké zdravotní pomůcky bude klient potřebovat a pomoci mu na ně získat příspěvek od státu, či zajistit jejich výpůjčku.

Při propuštění z nemocnice by rodiče také měli mít informace o potřebné zdravotní péči o jejich dítě a o možnosti služby home care (domácí péče), na jejíž poskytování má nárok každý občan České republiky, „...jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče.“ Má zajistit ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, aby k jeho hospitalizaci nebo umístění do ústavu sociální péče docházelo jen, pokud je to nezbytně nutné (<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->).

O své práci, o jednání s klienty a dalšími institucemi a odborníky, by měl vést záznamy, které mu umožní případně legitimně objasnit svůj postup při práci s každým konkrétním klientem. Pomohou mu také vždy si připomenout, na čem se s klientem dohodl a jak již v jeho případě postupoval. Vedle základních informací o klientovi, které jsou potřebné pro práci s ním (osobní údaje, údaje o rodině, finanční situace, bytová situace), by zde měly být zaznamenány veškeré úkony sociálního pracovníka, které v zájmu klienta učinil. Záznamy by měly být datovány, číslovány a řazeny chronologicky.

Bohužel jsem se v rámci rozhovorů málo soustředila na práci s rodinami dětí se zdravotním postižením, tak nemám dostatek potřebných informací, který by mi mohly umožnit sestavit postup práce sociálního pracovníka s touto skupinou klientů. Respondentky příliš neupozorňovaly na rozdíl mezi prací s dospělými klienty a s rodinami s dětmi se zdravotním postižením. Upozorňovaly pouze na to, že je nutné pracovat se všemi těmito pacienty, na rychlost a včasnost zahájení spolupráce s touto skupinou klientů a na poskytnutí podpory rodičům těchto dětí. Ve výzkumném šetření provedeném na území celé České republiky by tak bylo vhodné zařadit do rozhovoru nové otázky směřované přímo tímto směrem, nebo na toto téma během rozhovoru více myslet a klást respondentům doplňující otázky týkající se této skupiny klientů.

Závěr

V předložené práci jsem se věnovala sociální práci ve zdravotnických zařízeních, respektive sociálnímu pracovníkovi zde působícímu. Sociální práce je jednou z pomáhajících profesí, která se snaží pomoci klientům v jejich sociálním působení a zároveň změnit vnější podmínky tak, aby umožnily co nejlepší sociální působení klienta. Za tímto účelem spolupracuje s odborníky z jiných profesí. V rámci zdravotnického zařízení se jedná o členy multidisciplinárního týmu, zejména lékaře, zdravotní sestry, psychologa a v případě dětských pacientů herní terapeut. Tomu musí odpovídat i jeho vzdělání v oboru sociální práce a zdravotnického charakteru. Zákon upravuje také povinnost dalšího vzdělávání. Ve zdravotnických zařízeních pracují dva typy sociálních pracovníků – zdravotně-sociální pracovník a jiný odborný pracovník se zaměřením na sociální práci, kdy náplň jejich práce je velmi podobná, ale prvně jmenovaný svoji práci vykonává bez odborného dohledu, což se však ne zcela potvrdilo provedenou sondou, neboť jedna respondentka zařazená na pozici sociální pracovník vykonává svoji práci bez odborného dohledu.

Zdravotní postižení bývá vymezováno jako ztráta nebo poškození orgánového systému, v důsledku čehož dochází ke změně až absenci některých kompetencí. Porucha je určité poškození, porucha, ztráta, abnormalita v anatomických, fyziologických nebo psychických strukturách či funkcích. V jeho důsledku může dojít k omezení nebo ztrátě schopnosti vykonávat určité činnosti standardním způsobem, z něhož pak může vyplynout postižení (handicap) nebo-li znevýhodnění, omezení možností daného jedince, které jej omezuje nebo mu zabraňuje zvládat činnosti a úlohy, jež by jinak běžně zvládal. Děti se zdravotním postižením v širokém slova smyslu jsou i děti nemocné či zdravotně oslabené. Zdravotní postižení může být různého typu a stupně, a rozlišujeme zdravotní postižení vrozené a získané. Od tohoto faktu se odlišuje také vyrovnávání se dítěte s postižením a jeho rodiny s danou skutečností. Vliv na to má také zkušenost s životem bez postižení a přístup společnosti k lidem s postižením a k rodičům, kterým se narodilo dítě s postižením. Rodiče i dítě se musí s danou skutečností vyrovnat a k tomu potřebují nejen dostatečnou podporu a pomoc ze strany příslušných odborníků, ale také informace o svých nárocích a o činnosti daných odborníků, které by jim měli poskytnout právě sociální pracovníci působící v nemocnici.

V zákoně jsou upraveny dávky určené osobám se zdravotním postižením, které jim mají částečně kompenzovat ztrátu příjmu danou jejich zdravotním postižením (invalidní

důchod), umožnit nákup potřebných pomůcek (dávky pro osoby se zdravotním postižením) či zaplatit potřebné sociální služby (příspěvek na péči), a dále sociální služby, které jim mají pomoci vést pokud možno samostatný život. Upraveno je také vzdělávání dětí se zdravotním postižením, jejich právo na podpůrná a vyrovnávací opatření a na pomoc ze strany školských poradenských zařízení (speciálně-pedagogická centra). Pro rodiče a rodinu představuje péče o dítě se zdravotním postižením stres a mnoho práce. Staví je však mnohdy také před volbu, zda péči o dítě zabezpečí v rámci rodinného prostředí za pomoci a podpory příslušných sociálních služeb a jiných odborníků, či zda dítě umístí do ústavního zařízení. Pro zodpovědné rozhodnutí potřebují mít dostatečné množství relevantních informací. Sociální pracovník v nemocnici by měl být tím odborníkem, který rodinám poskytne potřebnou pomoc a podporu, poskytne jim dostatek potřebných informací o jejich nárocích, o dostupných sociálních službách, o odbornících, kteří jim pomohou nastalou situaci zvládat a správně ke svému dítěti přistupovat, a zároveň jsou schopni jim kontakt na dané pracovníky zprostředkovat. Měl by se snažit o to, aby byli jeho klienti propuštěni z nemocnice až tehdy, kdy je zajištěna odpovídající potřebná péče v domácím prostředí, případně zajištěno umístění do ústavního zařízení.

V praktické části práce jsem vymezila použité výzkumné metody a výzkumnou techniku. Formulovala jsem hlavní cíle práce: *Vytvoření minimálních počtů a činností sociální práce ve zdravotnictví a vytvoření koncepce sociální práce ve zdravotnictví*, které jsem rozdělila na tři dílčí cíle: *Výzkumným šetřením zjistit pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Výzkumným šetřením ozřejmit postavení a kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Výzkumným šetřením rozkrýt, jakou oporu mají sociální pracovníci ve svých zdravotnických zařízeních.* Na základě zvolených cílů jsem formulovala výzkumné otázky: *Jaké pracovní podmínky mají sociální pracovníci ve zdravotnictví? Jaká je jejich skutečná náplň práce? Jaká jsou specifika práce sociálních pracovníků při práci s dětskými klienty? Jaká jsou slabá místa v systému práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví? S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují?* Na tyto otázky jsem se snažila získat odpověď.

Jaké pracovní podmínky mají sociální pracovníci ve zdravotnictví? Polovina respondentek hodnotí počet sociálních pracovníků v daném zařízení za dostatečný, i když pro některé z nich začíná být nedostatečný. Od toho se také odvíjí jejich představa o ideálním počtu sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků na jejich pracovišti, kdy většina z nich považuje za ideální navýšení jejich počtu tak o jednoho či dva pracovníky, což odůvodňují

velkým počtem klientů se sociálními problémy, růstem počtu pacientů a zkracováním doby jejich hospitalizace. Jejich představa je však dána současným stavem, a proto počet klientů, který jedna z nich považuje za ideální, je pro jinou počtem vysokým. Zde by tak bylo třeba získat data od většího počtu sociálních pracovníků působících v nemocnicích. Méně než polovina respondentek má vlastní pracovnu, většina ji však sdílí s kolegyní, a ve více jak polovině případů má jejich pracovna bezbariérový přístup pro osoby se zdravotním postižením, a žádná z nich si na vybavení své pracovny nestěžovala.

Nejvíce sociálních pracovníků je zařazeno do sociálního nebo sociálně-zdravotního oddělení. Necelá třetina respondentek zastává pozici sociální pracovník a více jak polovina pozici zdravotně-sociální pracovník. I když zastávají stejné pozice, není jejich bezprostředním nadřízeným osoba zastávající stejnou pozici, avšak vždy jim poskytuje oporu. Setkávají se také s uznáním své práce ze strany kolegů, i když ne bezvýhradně a ne ze strany všech kolegů. Respondentky na pozici sociální pracovníce, až na jednu, pracují pod odborným dohledem, na pozici zdravotně-sociální pracovníce bez odborného dohledu. Jejich dosažené vzdělání je od středoškolského až po vysokoškolské v požadovaném oboru, a všechny absolvovaly akreditované školení či kurz v rámci dalšího vzdělávání. Zaměření kurzů je různé, avšak častým byl kurz pro zdravotně-sociální pracovníky, školení k zákonu o sociálních službách a kurzy zaměřené na komunikační dovednosti. Ve valné většině respondentky nepořádají ani se neúčastní supervize, zejména z časových či finančních důvodů, ale jsou zde náznaky, že by o tuto možnost stály.

Jaká je jejich skutečná náplň práce? Jaká jsou specifika práce sociálních pracovníků při práci s dětskými klienty? Klienty respondentkám přiděluje zejména lékař či hlavní/vrchní sestra, případně jsou klientem či jeho rodinou vyhledány samy, s tím, že u dětských pacientů by měly pracovat se všemi pacienty. Při práci s klientem zjišťují informace potřebné k posouzení jeho aktuální situace a k možnostem jejího řešení. Zajímají se o rodinu klienta, jeho finanční a bytovou situaci, o to, co on sám považuje za problém a jak jej chce řešit. V některých případech se snaží zjišťovat jejich specifické potřeby. Potřebné informace zjišťují nejen od klientů, ale také od jejich rodiny a okolí, od lékařů a zdravotních sester. Z větší části se účastní vizit, mají přístup k lékařským záznamům klientů a konzultují informace zde zjištěné s lékaři.

Klienty informují o jeho nárocích na dávky a služby ze systému sociálního zabezpečení, o institucích a organizacích, které je poskytují a o podmínkách jejich poskytování. Klientům případně potřebné služby či dávky zprostředkují. Ve vztahu k dětským

pacientům poskytují rodinám také informace týkající se vzdělávání dítěte a o poradenských zařízeních. Za hlavní přínos své práce pro klienty považují poskytování informací, řešení situace, následnou péči. Při poskytování potřebné pomoci a zajištění odpovídající následné péče spolupracují s různými státními a nestátními institucemi, a proto musí mít o daných institucích přehled. Samy poskytují některé sociální programy (například edukační program či pobyt, herní práci, poradenství, krizovou intervenci). Vykonávají také práci administrativního charakteru. Pokud se jim nepodaří zajistit následnou péči o klienta, není tento z nemocnice propuštěn. Většina respondentek se setkává s akutními případy, kdy jejich akutnost je dána zejména potřebou rychlého řešení a nedostatkem času. Svoji práci považují za stresovou, kdy mezi stresovými faktory uvádějí množství práce, její nárazovost, tlak a čas. Stresorem je i samotné prostředí nemocnice a kontakt s nemocnými lidmi či nemocnými dětmi a jejich bolest, ale i nedostatečné zázemí pro svoji práci.

Jaká jsou slabá místa v systému práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví?
Respondentky by zlepšily zejména komunikaci a zavedly by supervizi.

S kým sociální pracovníci ve zdravotnictví spolupracují? Spolupracují s různými kolegy ze svého zařízení (lékaři, zdravotní sestry, psycholog, herní terapeut), ale i s jinými institucemi a úřady (např. úřady práce, správa sociálního zabezpečení, matrika, policie, oddělení sociálně-právní ochrany dětí, zařízení sociálních služeb). Na většině pracovišť funguje multidisciplinární tým, jeho součástí bývají psycholog, zdravotní sestra, lékaři, pedagog, herní terapeut, duchovní a další odborníci dle potřeby. Respondentky ve většině případů uvedly, že se s kolegyní zastupují a jsou schopné převzít všechny její úkoly.

V rámci diskuse jsem se pokusila navrhnout některé postupy sociálního pracovníka v nemocnici. Základem jejich práce je získání dostatečného počtu informací o aktuální situaci klienta a jeho představy o jejím řešení, a to z různých zdrojů, informování klienta o jeho právech, nárocích a možnostech řešení, poskytnutí dostatečné podpory, spolupráce s potřebnými odborníky a zaznamenání postupu do spisové dokumentace klienta. Pro navržení postupu při práci s rodinami s dětmi se zdravotním postižením jsem však bohužel nezískala dostatek potřebných informací, a tak pro výzkumné šetření provedené na území celé republiky vyplývá potřeba, respektive nutnost zařadit do rozhovoru otázky směřující přímo na práci s touto skupinou klientů.

Literatura

Publikace

BANKS, S., 1995. *Ethics and Values in Social Work*. London: Macmillan Press.

BANKS, S., 1998. *Professional ethics in Social Work - what future?* In: *British journal of social work*. Vol. 28, no. 2, s. 259-270.

BARTOŇOVÁ, D., 2006. Rodina s postiženým dítětem. In: *Sborník referátů z 14. celostátního kongresu k sexuální výchově, Pardubice 2006* [online]. Pardubice [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006101101>.

BARTOŇOVÁ, M.; ŠANDOR, J. (ed.), 2005. *Nízkoprahové programy pre deti a mládež: úvod do problematiky*. Bratislava: Nadácia mládeže Slovenska. ISBN 80-969348-0-5.

ČÁLEK, O., 1984. *Raný vývoj dítěte nevidomého od narození*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 60-019-84.

ČÁLEK, O., 1985. *Výchova dospívající zřakově postižené mládeže k samostatnosti*. Praha: Ústřední výbor Svazu invalidů v ČSR.

DISMAN, M., 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. 4. dotisk 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova - Karolinum, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J., 1995. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-10-9.

HAVRDOVÁ, Z., 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 167 s. ISBN 80-902081-8-5.

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

HENDL, J., 1999. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 278 s. ISBN 80-246-0030-7.

HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galém. ISBN 80-7262-032-0.

HOWE, D., 1991. The Family and the Therapist. In: DAVIS, M. (ed.). *The Sociology of Social Work*. New York: Routledge.

CHVÁTALOVÁ, H., 2001. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. Praha: Portál. ISBN 80-7 178-588-1.

- JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- JEDLIČKA, Richard et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
- KAPR, J., KOUKOLA, B., 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-49-4.
- KAPR, J., 1998. Vzdělávání žáků se zrakovým postižením. In: Sborník odboru speciálního školství. Praha: MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. s. 48-55.
- KLENKOVÁ, J., BYTEŠNÍKOVÁ, I., HORÁKOVÁ, R., 2007. *Logopedie a surdopedie*. Brno: Paido. 100 s.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-111-09.
- LUDÍKOVÁ, L., 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7 (brož.)
- MATĚJČEK, Z., 2003. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-853-8.
- MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H. 147 s. ISBN 80-8602-292-7.
- MATĚJČEK, Z., 1992. *Rodičům mentálně postižených dětí*. 1. vyd. Praha: H & H. 16 s. ISBN 80-85467-52-6.
- MATĚJČEK, Z., 1986. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O., 1993. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon. 124 s. ISBN 80-901-424-7-8.
- MATOUŠEK, O. et al., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. ISBN 80-86552-99-3. s. 54.

MOJŽÍŠOVÁ, A., 2007. *Metody sociální práce (studijní opora, obor Sociální práce ve veřejné správě KS a ČZV)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra supervize a odborné praxe.

NAVRÁTIL, P., 2001. Vybrané teorie sociální práce. In: MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, s. 183-268. ISBN 80-7178-473-7.

NEČASOVÁ, M., 2004. *Komentář k mezinárodnímu etickému kodexu* [online]. Sociální práce roč., 2004, č. 4 [cit. 2012-05-13], s. 36-38. ISSN 1213-624. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-4-090221132958.pdf>.

OPATŘILOVÁ, D., 2007. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.

PÁVKOVÁ, J., 2008. *Pedagogika volného času*. Praha: Portál. ISBN 8073674238.

PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

PRCHAL, J., 1970. *Vychováváme děti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha. ISBN 14-520-88.

REAMER, F, 1995. *Social Work values and ethics*. New York: Columbia university press. ISBN 978-0-231-13789-8.

ŘEZNÍČEK, I., 2000. *Metody sociální práce*. Praha: Slon. ISBN 80-85850-00-1.

ŘEZNÍČKOVÁ, A., 2006. *Specifika sociální práce v různých typech nemocnic olomouckého kraje*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

SATIROVÁ, V., 2006. *Kniha o rodině*. Práh. ISBN 80-7252-150-0.

SAUNDERS, E., 2008. Vztah sociálního pracovníka a klienta v systemické sociální práci. In: MLČÁK, Z., PAULÍK, K., ZÁŠKODNÁ, H. (ed.). *Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2008, s. 169–182. ISBN 978-80-7368-532-4.

SLIACKY, J., 2009. *Výchovná kompetence v dalším vzdělávání pracovníků s dětmi a mládeží*. Pedagogická orientace, roč. 19, č. 1, s. 28–46. ISSN 1211-4669.

SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E., 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management press, 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

SVOBODOVÁ, J., 1994. *Úvod do výchovné problematiky alternativního školství*. Brno: Paido. ISBN 80-901737-8-0.

ŠVARCOVÁ, I., 2000. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.

VÁGNEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, D., SVOBODA, M., 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-566-0.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ I., KREJČOVÁ L., 2009. *Náročné mateřství - být matkou postiženého dítěte*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-1616.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, L., 1991. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. Praha: Karolinum.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O., 2003. *Psychopedie*. Praha: Parta, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VALTOVÁ E., 2007. *Sociální práce s rodinou těžce zrakově postiženého dítěte předškolního věku*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 207 s. ISBN 80-2460-708-5.

WOOLFSON, R. C., 2004. *Bystřé dítě-batole*. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o. ISBN 80-7360-004-8.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Internetové odkazy

ABZ slovník cizích slov. Pojem pervazivní vývojové poruchy. *ABZ.cz* [online]. © 2005-2006 [cit. 2012-05-09]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/pervazivni-vyvojove-poruchy>.

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky [online]. Praha: 2006, Společnost sociálních pracovníků ČR [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspcr.pdf.

EYS, V. J., 1982. *Children with cancer: mainstreaming and reintegration*. Anderson Hospital and Tumor Institute. Dept. of Pediatrics [online]. [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: https://nedscgiik1.mc.vanderbilt.edu/facultydata/php_files/schow_faculty.php?id3=8088.

HESKOVÁ, M. Etické kodexy v české ekonomice. *Jihočeská univerzita České Budějovice* (upraveno) [online]. [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://sspcr.aktualne.cz>.

Mezinárodní federace sociálních pracovníků. Etika sociální práce – principy. Návrh, přijatý valným shromážděním IFSW, Adelaide, Austrálie, 29.9.–1.10.2004. *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. [cit. 25-05-2012]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize [online]. 1996 [cit. 05-04-2009]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Zdravotní postižení. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2012-05-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Státní sociální podpora. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2012-05-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. ODBOR 21. Rodičovský příspěvek. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Poslední aktualizace: 30. 12. 2011 [cit. 2012-05-09]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/rodicovsky_prisp.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. ODBOR 21. Dávky pěstounské péče. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Datum uveřejnění: 1. 1. 2009, Poslední aktualizace: 13. 1. 2012 [cit. 2012-05-01]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/pestounska_pece.

NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Systém domácí péče - informace pro klienty. *Domácí péče* [online]. © 2006 [cit. 2012-05-01]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník. *Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických*

oborů [online]. © 2008-2012 [cit. 2011-12-08]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/11>.

NÁRODNÍ SOUSTAVA POVOLÁNÍ. *Zdravotně sociální pracovník – kvalifikační pozice*, Praha [online], [cit. 2011-03-11]. Dostupné z: http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=30651&kod_sm1=12.

NADAČNÍ FOND KLÍČEK. Herní práce. *Nadační fond Klíček* [online]. © 2005-8 [cit. 2006-08-25]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/playwork/index.html>.

NATIONAL ASSOCIATION OF HOSPITAL PLAY STAFF. Play in Hospital. *National Association of Hospital Play Staff* [online]. © 2000 [cit. 2011-08-12]. Dostupné z: <http://www.nahps.org.uk>.

Role sociálního pracovníka a způsoby přístupu k praxi. Portál [online]. © 2005-2012 [cit. 2011-12-04]. Dostupné na: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2070>.

SOCIÁLNÍ REFORMA. Rodičovský příspěvek. *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. © 2011 [cit. 2012-06-01]. Dostupné z: (<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/4#1>).

Vrozené vývojové vady. Šípek et al. [online]. © 2008-2012 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady>.

VANDERBILT UNIVERSITY. *School of Medicine* [online]. [cit 2011-09-11]. Dostupné z: (https://medschool1.mc.vanderbilt.edu/facultydata/php_files/show_faculty.php?id3=8088).

VLČKOVÁ I., et al. *The changes in neurocognitive functions as result of cancer treatment in children and adolescents* [online]. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Klinická onkologie*, roč. 2008, č. 5 [cit. 2008-10-15]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/hledani-clanku/skupina/a/zobrazit/ids/3379/>.

Legislativa

ČESKO. ČESKÁ NÁRODNÍ RADA. Usnesení č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 17-23. Dostupná také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1993/sb01-93.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 117 ze dne 26. května 1995 o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 31, s. 1634-1653. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1995/sb31-95.pdf/>.

ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111, s. 7662–7681. ISSN 1211-1244. Dostupný na: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=359/1999&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO. Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32, s. 1521-1532. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SSBCA0/SBCA0032.HTM;ca101_2000_00.

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2008, částka 109, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: www.mvcr.cz/soubor/sb109-08-pdf.aspx.

ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10262-10324. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb190-04.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SSBCB1/SBCB1115.HTM;ca329_2011_00.

ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Vyhláška č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských

poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20, s. 490-502. ISSN 1211-1244. Dostupná na: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2005/sb020-05.pdf>.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-5433. ISSN 1211-1244. Dostupná také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=15>.

Sekundární literatura

Publikace

TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2001, s. 123. ISBN 80-86484-00-9.

VIDOVÁ, T. *Psychosociální aspekty sdělování negativních lékařských zpráv rodičům*. Praha: 1997. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

ZAJÍCOVÁ, J. *Příspěvek ke zmapování role sociálního pracovníka v nemocnici*. Praha: 2003. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

Internetové odkazy

Budoucnost profesí: Budoucnost profesí na trhu práce – sociální pracovník [online]. [cit. 2012-01-12]. Dostupné na: <http://www.budoucnostprofesi.cz/budoucnost-profesi.html/19-socialni-pece/240-socialni-pracovnik>.

Sociální práce/Sociálna práca, číslo/ročník: 4/2007, [online][cit. 2010-06-09]. Dostupné na [www: www.socialniprace.cz](http://www.socialniprace.cz).

ZA SKLEM O.S. *Jak zvládnout postižení vlastního dítěte* [online]. Praha [cit. 2011-07-20]. Dostupné na: <http://www.zasklem.com/poradenstvi/jak-zvladnout-postizeni-vlastniho-ditete>

Zasedání Mezinárodní federace sociálních pracovníků (International Federation of Social Workers), definice sociální práce [online]. Montreal, Kanada: 2000 [cit. 2006-01-10]. Dostupné na: <http://www.ifsw.org/en/p38000208.html>.

Seznam zkratek

atd. – a tak dále

C – cíl

DC – dílčí cíl

č. - číslo

ICFDH - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health)

IFSW - Mezinárodní federace sociálních pracovníků (International Federation of social workers).

např. - například

odst. – odstavec

R - respondentka

WHO - Mezinárodní zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1- **Etika sociální práce – principy**

Příloha č. 2 – **Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR**

Příloha č. 3 - **Záznamy rozhovoru**