



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Zvýšení kvality vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě ve vazbě na potřeby Moravskoslezského kraje
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_058/0010238

DÍTĚ A RODINA VE ZVLÁŠTNÍCH LŮŽKOVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Distanční studijní text

Petr Fabián

Opava 2021



- Obor:** Ošetrovatelství a příbuzné obory 0922
- Klíčová slova:** Zdravotnické zařízení, rodina, dětský pacient, multikulturalismus, stresová porucha
- Anotace:** Představená studijní opora se zabývá postavením zdravotnického zařízení a zdravotnického personálu v procesu léčby dětského pacienta. I přes to, že je primárně orientovaná na zvláštní zdravotnická zařízení, některé její části jsou všeobecně platné při práci s dětským pacientem, kde rodina je důležitou součástí jeho léčby.

Autor: **Mgr. Petr Fabián, PhD**

Obsah

ÚVODEM	7
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY	8
1 PRÁVNÍ UKOTVENÍ PROBLEMATIKY	9
1.1 PRÁVNÍ UKOTVENÍ	10
1.1.1 mezinárodní právní normy	10
1.1.2 charakteristika současného pojetí lidských a dětských práv	10
1.1.3 základní práva dítěte	11
1.1.4 český právní systém	11
1.1.5 Zákon 372/2011Sb. V Platném znění	12
1.2 DĚTSKÁ CENTRA A DĚTSKÉ DOMOVY, HOSPIC	15
1.2.1 HOSPIC	16
1.2.2 Utajený porod	16
1.3 RESPITNÍ PÉČE	17
1.4 JESELSKÁ PÉČE	18
1.5 ODBORNOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ, DILEMATA POMOCI	19
2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ, JEJICH POVINNOSTI	23
2.1 PRÁVA A POVINNOSTI JAKO TAKOVÉ	23
2.2 PRÁVA PACIENTA, POVINNOSTI A PRÁVA A POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ A ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ 24	
2.2.1 Zákon 372/2011Sb. V Platném znění	24
2.2.2 Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách	26
2.2.3 Poskytování zdravotních služeb se souhlasem	27
2.2.4 Povinnosti pacienta a jiných osob	28
2.2.5 Práva a povinnosti poskytovatele	29
2.2.6 Povinnosti zdravotnického pracovníka	31
2.2.7 Práva zdravotnického pracovníka	31
3 POTŘEBY DÍTĚTE V ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	34
3.1 POTŘEBY JAKO TAKOVÉ	35
3.2 POTŘEBY Z POHLEDU KLIENTA	36
3.3 POTŘEBY DÍTĚTE A RODIČE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	37
4 RODIČ A RODINA JAKO DOPROVOD DÍTĚTE A SOUČÁST LÉČEBNÉHO REŽIMU	42
4.1 TRAUMA-INFORMOVANÝ PŘÍSTUP PŘI PRÁCI S RODINAMI DĚTÍ S VÁŽNOU DIAGNÓZOU	42
4.1.1 problematika zdravotního traumatu	43
4.1.2 trauma-informovaný přístup v pediatrické péči	44
4.2 RODIČ A RODINA JAKO SOUČÁST LÉČEBNÉHO PROCESU	46
5 KONTROLA / PODPORA RODINY JAKO LÉČEBNÉHO NÁSTROJE	49
5.1 SDÍLENÁ PÉČE	49
5.2 POMOC VERSUS KONTROLA.	52
5.3 PARADIGMA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	55
5.3.1 Teorie moci a pomoci v jiném paradigmatu – klientském.	57
6 POTŘEBY DÍTĚTE A FUNKCE RODINY, NEMOC DÍTĚTE JAKO ZPŮSOB KOMUNIKACE S RODINOU ...	61
6.1 ZMĚNY RODINNÝCH KONSTELACÍCH	61
6.2 KOMUNIKACE V RODINĚ JAKO TAKOVÁ	62
7 MULTIKULTURALISMUS	69
PO PROSTUDOVÁNÍ SE BUDE STUDENT ORIENTOVAT:	69

7.1	TEORIE MULTIKULTURALISMU	69
7.2	MULTIKULTURALISMUS VE ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH	70
7.2.1	<i>Východiska</i>	71
7.3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	72
7.4	KONCEPCE TEORIE	73
7.5	KULTURA A OŠETŘOVATELSTVÍ.....	73
7.5.1	<i>Důležité pojmy a jejich definice Kultura</i>	73
7.5.2	<i>Subkultura</i>	74
7.5.3	<i>Kulturní hodnoty</i>	74
7.5.4	<i>Kulturní vzorec</i>	74
7.5.5	<i>Etický přístup k člověku odlišné kultury</i>	75
7.6	KULTURNĚ ZAMĚŘENÁ ETIKA PÉČE	75
7.6.1	<i>Kulturní šok psychosomatické onemocnění</i>	75
7.6.2	<i>Negativní charakteristiky kulturního šoku</i>	76
7.6.3	<i>Zvládání kulturního šoku</i>	77
7.6.4	<i>Reemigrace</i>	78
7.7	MIGRACE	78
7.7.1	<i>Migrační politika v České republice</i>	79
8	RODINA S JINÝM KULTURNÍM POZADÍM	81
8.1	PRÁVO RODIČE A DÍTĚTE	81
8.2	MENŠINY V ZZ.....	82
8.2.1	<i>Pojem menšina</i>	82
8.3	MENŠINY V ČESKÉ REPUBLICE	83
8.3.1	<i>Názorové směry multikulturalismu</i>	83
8.3.2	<i>Konzervativní multikulturalismus</i>	83
8.3.3	<i>Liberální multikulturalismus</i>	84
8.3.4	<i>Pluralistický multikulturalismus</i>	84
8.3.5	<i>Kritický multikulturalismus</i>	85
8.4	PŘÍSTUPY PRÁCE K MENŠINÁM.....	85
8.4.1	<i>Minorita a dominantní skupina</i>	85
8.4.2	<i>Multikulturní ošetřovatelství</i>	86
8.4.3	<i>Multikulturní versus transkulturní ošetřovatelství</i>	87
8.4.4	<i>Pojmy v multikulturním ošetřovatelství</i>	88
8.4.5	<i>Etnikum, etnicita, etnické vědomí</i>	88
8.4.6	<i>Národ, národnost, národnostní menšina</i>	89
8.5	RODINY V SUBKULTUŘE.....	89
8.5.1	<i>křesťanská rodina</i>	90
8.5.2	<i>Rómská rodina</i>	90
8.5.3	<i>židovská rodina</i>	91
8.5.4	<i>islámská rodina</i>	93
8.5.5	<i>hunduisté</i>	95
9	PODŇETNOST PROSTŘEDÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI	99
10	AMBULATNÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY A JEJICH NÁVAZNOST NA NÁSLEDNOU PÉČI	103
10.1	SPECIFIKA ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU S DÍTĚTEM S OHROŽENÝM VÝVOJEM	104
10.1.1	<i>Poradce se řídí zásadami a principy služby</i>	104
10.2	PRINCIP DŮSTOJNOSTI A INDIVIDUÁLNÍHO PŘÍSTUPU	104
10.3	RODINA	105
10.3.1	<i>Rizikový novorozenec</i>	106
10.3.2	<i>Podpora vývoje dítěte</i>	107
10.3.3	<i>Riziková poradna</i>	108
10.4	RANÁ PÉČE JAKO SLUŽBA SOCIÁLNÍ PREVENCE	108
10.4.1	<i>Integrovaná raná péče a její služby</i>	109
11	DÍTĚ A PSYCHIATRIE, ZVLÁŠTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	111

11.1	PERSONÁL U LŮŽKA DÍTĚTE.....	111
11.1.1	<i>Dětská sestra na psychiatrii</i>	111
11.2	ZDRAVOTNĚ - SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICTVÍ	112
11.2.1	<i>Sociální pracovník ve zdravotnictví</i>	112
11.2.2	<i>Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka</i>	112
11.2.3	<i>Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka</i>	113
11.3	POJEM: PSYCHIATRIE	114
11.4	POJEM: DUŠEVNÍ NEMOC.....	114
11.5	DĚTSKÉ PSYCHICKÉ NEMOCI - PORUCHY	115
11.5.1	<i>Příčiny dětských psychických poruch</i>	115
11.5.2	<i>Nejčastější dětské psychické poruchy</i>	115
11.5.3	<i>Poruchy příjmu potravy</i>	115
11.5.4	<i>Syndrom ADHD</i>	117
11.6	POBYT NA DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ	117
11.6.1	<i>Negativní pocity dítěte</i>	117
11.6.2	<i>Úkoly sociálního pracovníka na dětské oddělení</i>	118
11.7	METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ	118
12	SUPERVIZE V ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	121
12.1	ZÁKLADNÍ TEZE SUPERVIZE	122
12.1.1	<i>Očekávání a falešná očekávání</i>	123
12.1.2	<i>Pomocné nástroje supervize</i>	123
	LITERATURA.....	126
	SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	129
	PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON	130

ÚVODEM

Předkládaná opora s sebou nese jisté zjednodušení celé problematiky, ale je vhodné si připustit, že současné paradigma zdravotních služeb spíše odpovídá myšlenkovému středovku – i přes dynamické změny v péči a rozvoji krátkodobé hospitalizace. V souvislosti s velmi výkonnými diagnostickými metodami – možná díky nim – více pracujeme s diagnózou než s konkrétním člověkem a nemocí. Nemocného člověka jsme posunuli do sféry nesvéprávné bytosti, a v této sféře ji udržujeme v zájmu ekonomie a politiky.

Změna paradigmatu ve zdravotních službách se jeví jako cesta k lidskosti ve zdravotnictví. Ze zkušenosti, která vyvěrá z paradigmat sociální práce a sociálních služeb se jeví jako základní princip filozofický posunů – pacient není nositelem nemoci, ale to klient, který je nositelem symptomu.

V této opoře se zabýváme především dětským pacientem a jeho rodinou. Rodinu vnímáme jako základní léčebnou jednotku, ale mnohdy se jedná i o spouštěcí mechanismus nemoci.

Z tohoto pohledu se zabýváme i psychosomatikou, odrazu nemoci dítěte na rodinu a obráceně. Zároveň v rámci měnící se společnosti, budeme se zabývat i multikulturním prostředím a jeho výzvami pro poskytovatele služeb.

V problematice návaznosti služeb, se okrajově dotkneme i provázanosti sociálních a zdravotních služeb.

V celkovém pohledu je zřejmé, že musí docházet ke sblížení zdravotních i sociálních služeb, ne jen ve způsobech práce a myšlenkových základů, ale rovněž i vzájemné návaznosti včetně prolnutí na rodinnou politiku měst a obcí. Stárnutí populace a prodloužení věku pro odchod do důchodu, zřejmě budou dalšími katalyzátory změn a vzájemné spolupráce.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora nabízí přehledný popis situace při práci s dítětem a jeho rodinou, která se neomezuje jen na zvláštní zdravotnická zařízení, ale její principy jsou využitelné ve všeobecné praxi.

První část se zabývá právním vymezením problematiky včetně právního ukotvení práv a povinností. Rovněž se zde zabýváme místem zdravotnických služeb v celém systému sociální politiky a filozofie welfarestate.

Další kapitoly jsou věnovány rodině, zpracování míry traumatu pro rodinu, mapování jejich zdrojů pro zvládnutí situace a vytipování rizikových rodin. Zároveň tato část je věnovaná problematice podpory a kontroly při poskytování péče, jejich nástrahám a případného kontraproduktivního působení.

Další části jsou věnovány problematice migrace a tím i rozvojem multikulturní společnosti se zaměřením na specifika práce s rodinami z jiného socio-kulturního prostředí.

Poslední část je věnovaná síťování služeb – sociálních a zdravotních a zvláštní pozornost je věnovaná péči o děti na psychiatrických odděleních a jsou uzavřeny kapitolou o supervizi.

1 PRÁVNÍ UKOTVENÍ PROBLEMATIKY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Kapitola je věnovaná problematice právního ukotvení zdravotních služeb a jejich místa v rámci sociální politiky. Budeme se zabývat i historickým vývojem právního ukotvení, především z těch pohledů, které do současnosti ovlivňují chování jak zdravotnických pracovníků tak odběratelů služby.

Další části se budeme věnovat odbornosti dětské sestry a dalšího personálu v těchto zařízeních. Nedílnou součástí je i specifikace osoby, které naše služby poskytujeme a vztahu k erudici zdravotnických pracovníků a jejich dovednostem.

CÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je seznámit studenty s právním vymezením problematiky pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení, ale rovněž i právní vymezení těchto zvláštních zařízení, jejich vzájemné protínání se v různých právních systémech.

Rovněž se seznámíme s problematikou definice odběratele zdravotních služeb a s tím souvisejícími změny postojů zdravotnických pracovníků.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Zdravotní služby, zdravotnická zařízení, dětská práva, pacient, klient, dětský pacient a jeho rodina.

Zdravotní péče sama v sobě, je součástí sociální politiky, je jednou z nedílných částí vedle sociální práce, vzdělávací politiky a podobně. Vzhledem k tomuto, musíme na jakoukoliv činnost pohlížet z tohoto pohledu.

Cílem sociální politiky jako takové, je umožnit jedinci rozvoje jeho potenciálu. Zde již narážíme na první bod, který mění naše vnímání zdravotních služeb. Z pohledu umožnění rozvoje potenciálu jedince, není cíle zdravotní politiky návrat jedince ke zdraví, ale součástí ozdravného

procesu je jeho edukace – uzdravení – změna způsobu života, uvědomění si, že zdraví, je náš základní majetek a zdravotní služby nedokážou nemají odstraňovat symptomy nemoci a nemoc, ale že symptomy nemoci jsou signálem o našem způsobu života, který může potřebovat změnu. Změna tohoto pohledu, zároveň mění i náš pohled na vztah lékař/zdravotník – pacient/klient/člověk.

V této kapitole si probereme právní ukotvení celé problematiky i s historickým kontextem. Rovněž však k výše uvedeným sdělením se budeme průběžně vracet a odvolávat se na ně. Moderní zdravotní péče v duchu Giddensovy sociologie, s sebou nese i stav, kdy při práci s klientem/pacientem/člověkem hledajícím pomoc, spolupracujeme na jeho, naší i organizační změně.

1.1 Právní ukotvení

Jakékoliv právní ukotvení zdravotních i sociálních služeb (z pohledu, že vše je součástí sociální politiky), začíná od mezinárodních dokumentů, které sledují základní principy. Tyto principy se následně přesouvají do národních právních systémů a jsou koncipovány podle sociálního systému dané země. Paralelně platí, že právní systém a rozumění práva, nastavuje způsoby realizace služeb jako takových včetně postavení všech zúčastněných stran.

1.1.1 MEZINÁRODNÍ PRÁVNÍ NORMY

- 1924 – Ženevská deklarace práv dítěte
- 1959 – Charta práv dítěte – Chicago
- 1989 – Úmluva o právech dítěte – ratifikovaná Českou a Slovenskou federativní republikou v roce 1991
- 1990 – světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí

1.1.2 CHARAKTERISTIKA SOUČASNÉHO POJETÍ LIDSKÝCH A DĚTSKÝCH PRÁV

- individuální – důraz na individualizovanou formu práv – týká se všech jedinců
- vrozená – práva získáváme narozením a jsou všezahrnující – tedy všechny sféry života. V této části charakteristiky je malé dilema s právem na narození.
- zakládají nároky na stát – stát má povinnost zohledňovat lidská a dětská práva ve svých právních normách.
- provision – právo získat nebo vlastnit přístup ke zdrojům a službám pro děti

- protection – ochrana před jakýmkoliv zneužíváním, zanedbáváním, mučením, vykořisťováním, diskriminací atd.
- participation – účast na veřejném životě podle svých možností a rozumové či tělesné vyspělosti

1.1.3 ZÁKLADNÍ PRÁVA DÍTĚTE

- prosazování nejlepšího zájmu dítěte – právo na rodiče a rodičovskou výchovu, právo na dětství
- nepostradatelnost rodiny – rodina jako základní výchovná a společenská instituce
- ochrana před jakoukoliv formou diskriminace
- ochrana před nepříznivými vlivy již před narozením
- respekt k jeho názoru a účast na veřejném životě
- zastoupení při všech jednáních týkající se jeho osoby.

1.1.4 ČESKÝ PRÁVNÍ SYSTÉM

V rámci naší problematiky se dotýkáme jen několika právních předpisů. Jedná se o občanský zákoník č. 89/2012 Sb. v platném znění, zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. v platném znění, a zákon o Zdravotních službách č. 372/2011Sb. v platném znění, kterému se budeme především věnovat v rámci této studijní opory.

Český právní systém prošel svým vývojem a některé historické prvky jej ovlivňují dodnes. Mezi ty základní jsou právní úpravy spojené s nástupem komunismu k moci v roce 1948. Tento proces s sebou přináší několik zásadních prvků:

- zákon č. 265/1949Sb. zavádí kolektivní výchovu, omezuje právo na rodinnou výchovu
- zákonem č. 103/1951Sb. Přechází veškerá zdravotní péče do rukou státu, ruší zdravotní pojištění a zdravotní péče je „bezplatná“, občan je vychováván v duchu, že zdraví je nemateriální statek, který stát umí díky svému systému zdravotní péče opravit. Tento model fungování stále převládá ze strany obyvatel ČR – mají pocit, že zdravotní péče je zdarma. Tento postoj přetrvává v naší společnosti doposud a má své důsledky i do

praxe zdravotníků. Občané jsou ve velké míře přesvědčeni, že jejich nemoc je způsobena vnějšími vlivy a nepřipouští si stav, kdy nemoc je jen důsledkem jejich způsobu života, že každá nemoc má svůj originální lidský příběh.

Historicky byl zásadním zákonem zákon č. 20/1966 Sb.(zrušen zákonem č. 372/2011Sb) o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon definoval síť zdravotnických zařízení, model zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních. Zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, byly zřízeny zdravotní ústavy a Státní zdravotní ústav jako zdravotnická zařízení na úseku ochrany veřejného zdraví. Jak bylo uvedeno výše, tyto zákonné normy byly rušeny zákonem č. 372/2011Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

1.1.5 ZÁKON 372/2011SB. V PLATNÉM ZNĚNÍ

Tento právní předpis mimo jiné dělí zdravotnická zařízení na: státní - zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví ČR (fakultní nemocnice, psychiatrické nemocnice, vybrané léčebné ústavy), ostatní centrální orgány; nestátní - zřizovatel kraj, město (obec) + privátní - zřizovatel církev, jiná právnická osoba, fyzická osoba, která má podle §2 odst.1 má oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Rovněž více specifikuje co se rozumí zdravotní službou v §2 odst. 2:

Zdravotními službami se rozumí

a) poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky, a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,

b) konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb prováděné dalším poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) nebo zdravotnickým pracovníkem, kterého si pacient zvolil,

c) nakládání s tělem zemřelého v rozsahu stanoveném tímto zákonem, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy prováděné poskytovatelem podle zákona o pohřebnictví,

d) zdravotnická záchranná služba,

e) zdravotnická dopravní služba, jejímž účelem je

1. přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb,

2. rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele,

3. přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejich složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu,

f) přeprava pacientů neodkladné péče, kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy,

g) zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení podle jiných právních předpisů upravujících postupy pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských orgánů, tkání a buněk,

h) zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky podle právního předpisu upravujícího výrobu transfuzních přípravků, jejich skladování a výdej,

i) protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba (dále jen „záchytná služba“).

(3) Zdravotními službami se rovněž rozumí specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách, zdravotní služby podle zákona upravujícího transplantace nebo zákona upravujícího umělé přerušování těhotenství.

V §2 odst. 4 specifikuje co je zdravotní péče:

Zdravotní péčí se rozumí

a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem

1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),

2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,

3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,

4. pomoci při reprodukci a porodu,

5. posuzování zdravotního stavu,

b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“) za účelem podle písmene a),

c) odborné lékařské vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Dalším významným prvkem je forma zdravotní péče, kterou tento zákon upravuje v §6:

- Ambulantní péče
- Jednodenní péče
- Lůžková péče (hospitalizací se rozumí podle §3 pobyt delší než 24 hodin ve zdravotnickém zařízení)
- Péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Zvláštní zdravotnická zařízení mají svou historii. Zahrnují kojenecké ústavy, dětské domovy, dětské stacionáře a dětská centra, jesle a další dětská **zařízení**.

Pod pojmem další, především budeme vnímat léčebné ústavy a ozdravovny.

Jejich právní vznik a převod pod státní správu se realizoval zákonem č.24/1952Sb. V dnešní době se prolínají dětská zdravotnická zařízení se zařízeními sociálních služeb, která vykonávají i zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň musíme rozlišovat mezi ambulantní péčí a péčí, kde dítě je část doby ve své domácnosti a část v pobytovém zařízení.

Pokud bychom se zabývali taxativním výčtem těchto zařízení, bude výčet následující:

- Dětská centra a dětské domovy
- Jesle – v současnosti již nepatří do sítě zdravotnických zařízení zákonem č.247/2014Sb. Platném k 1.7.2020, jsou dětské skupiny transformovány na jesle a jsou v dikci MPSV.
- Dětské ozdravovny (rehabilitační) a lázně
- Dětská psychiatrie
- Dětská hospicová zařízení
- Zařízení sociálních služeb pro děti, které vykonává i zdravotní péči

1.2 Dětská centra a dětské domovy, hospic

Zdravotní služby a zaopatření poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku. Tato zařízení se postupně transformovala z kojeneckých ústavů, některá tato zařízení v rámci transformace přešla pod dikci MPSV.

Podle zákona č.372/2011 v platném znění:

§ 43

(1) V dětských domovech pro děti do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost.

(2) Dětské domovy pro děti do 3 let věku mohou poskytovat též ubytování ženám v průběhu těhotenství, je-li z důvodů nepříznivé životní situace ohroženo jejich zdraví.

§ 44

(1) Osoby povinné výživou jsou povinny přispívat poskytovateli na úhradu zaopatření dítěte umístěného v dětském domově pro děti do 3 let věku a popřípadě též jeho průvodce. Nežijí-li osoby povinné výživou ve společné domácnosti, je povinna hradit příspěvek na úhradu zaopatření dítěte osoba, jíž je dítě svěřeno do výchovy.

(2) Příspěvek na úhradu zaopatření dítěte se sníží na rozdíl prokázaného příjmu a součtu životního minima osoby povinné výživou a osob s ní společně posuzovaných a částky potřebné na úhradu normativních nákladů na bydlení²³), předloží-li osoby povinné výživou dítěte poskytovateli doklady, kterými prokáží, že by jejich příjmy po zaplacení příspěvku na úhradu zaopatření dítěte poklesly pod součet životního minima domácnosti a normativních nákladů na bydlení. Do životního minima domácnosti se nezapočítává životní minimum dítěte umístěného v dětském domově pro děti do 3 let věku. Příspěvek na úhradu zaopatření dítěte se nevyžaduje, je-li nižší než 100 Kč měsíčně.

(3) Dojde-li ke změně výše příjmu domácnosti, jsou osoby povinné výživou, které hradí příspěvek na úhradu zaopatření dítěte, povinny tuto změnu sdělit poskytovateli do 15 dnů ode dne, kdy k této změně došlo.

(4) Při stanovení výše příspěvku na úhradu zaopatření dítěte se zohlední jeho věk s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám a s tím související náročnost poskytovaného zaopatření. Prováděcí

právní předpis stanoví výši příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce a způsob jeho úhrady.

(5) Pokud zemře nebo zanikne poskytovatel, který poskytoval zdravotní služby v dětském domově pro děti do 3 let věku, a není-li zajištěno poskytování zdravotních služeb a zaopatření dětem umístěným v těchto zdravotnických zařízeních, zajistí těmto dětem poskytování zdravotních služeb a zaopatření v jiném dětském domově pro děti do 3 let věku kraj, v jehož obvodu se dosud zdravotní služby poskytovaly.

1.2.1 HOSPIC

§ 44a

(1) Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyлéčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

(2) Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.

1.2.2 UTAJENÝ POROD

§37

(1) Žena s trvalým pobytem na území České republiky, nejedná-li se o ženu, jejímuž manželu svědčí domněnka otcovství, má právo na utajení své osoby v souvislosti s porodem.

(2) Žena uvedená v odstavci 1, jestliže hodlá v souvislosti s porodem utajit svou totožnost, předloží poskytovateli poskytujícímu příslušné zdravotní služby písemnou žádost o utajení své totožnosti při porodu (dále jen „utajený porod“); součástí žádosti je prohlášení ženy, že nehodlá o dítě pečovat.

(3) Provedením utajeného porodu se rozumí takové postupy při poskytování zdravotních služeb ženě uvedené v odstavci 1 v souvislosti s těhotenstvím a porodem, které zachovají její anonymitu, s výjimkou postupů, které jsou potřebné k zajištění úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění.

1.3 Respitní péče

Odlehčovací služba je legislativně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Zákon definuje odlehčovací služby jako *terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.*

V sektoru sociální péče a v nestátních zařízeních se rozvíjí odlehčovací služby ve formě parciálních (tedy částečných, časově omezených) hospitalizací. Odlehčovací služby – respitní péče – je sice ustavena podle zákona o sociálních službách, ale vykonává se rovněž ve zdravotnických zařízeních. Principem této formy odlehčovacích služeb je, že konkrétní zařízení převezme do péče starého (dítě s těžkým postižením), dlouhodobě nemocného člověka, o něhož se stará rodina, a to na dobu určitou. Důvodem parciální hospitalizace je adekvátní odpočinek pro starající se rodinu.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou uvedeny tyto formy odlehčovací služby:

- *Terénní – je poskytována v přirozeném prostředí osoby, která tuto pomoc potřebuje, asistent dochází za klientem domů, tato forma je vhodná především pro ty klienty, kteří mají problémy či ze zdravotních důvodů nemohou opustit domov.*
- *Ambulantní - klient za službami dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb, součástí služeb však není ubytování, tato forma je vhodná pro klienty, kteří mohou opustit a domov, dále také pro rozšiřování sociálních kontaktů klienta.*
- *Pobytové - služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, péče je tedy dlouhodobě poskytována mimo domov osoby s postižením, pečovatel, rodič nebo někdo z blízkých se nemůže dlouhodobě postarat o svěřenou osobu.*

Odlehčovací služby se také dělí na čtyři základní modely, které jsou používány v USA a ve všech zemích Evropy, ale jejich realizace je dána konkrétním sociálním systémem dané země:

- První model - Péče je poskytována doma (v přirozeném sociálním prostředí) a nabízí rodinám laickou i odbornou pomoc. Rodina si vybírá sama jak zařízení, tak asistenta, a osoba vyžadující pomoc tedy zůstává ve svém přirozeném prostředí.
- Druhý model - Péče je poskytována formou náhradní rodiny mimo domov klienta, přičemž se jedná o určitou dobu Pěstounské péče na přechodnou dobu, kdy rodina, do které je dítě přiděleno, musí absolvovat příslušný přípravný program. Pozor v ČR platí, že v rámci náhradní rodinné péče poskytované širší rodinou, není nutné absolvovat tento specializovaný program.
- Třetí model - Péče je poskytována v kolektivu, např. denní stacionáře, školky, sociální zařízení, kdy děti i dospělé osoby jsou pod odborným dohledem. Součástí služby může být i odvoz do zařízení a domů.
- Čtvrtý model - Tento typ odlehčovací služby se poskytuje v nemocnicích nebo ošetrovatelských zařízeních, tedy mimo domov klienta a je určen osobám s těžkým postižením nebo nevyлéčitelně nemocným, kteří vyžadují lékařskou péči.

Odlehčovací služby se podle odborné literatury rozdělují taktéž dle doby trvání, a to na:

- Krátkodobé - vystřídání rodinného pečujícího na několik hodin během dne (zpravidla v přirozeném sociálním prostředí) přivolaným profesionálním pečovatelem.
- Střednědobé - celodenní péče v denním stacionáři, denním centru či jiném obdobném zařízení.
- Dlouhodobé - týdenní až měsíční pobyt v ošetrovatelském nebo jiném zařízení v době dovolené či léčení pečujícího.

1.4 Jeselská péče

Tato péče prošla v rámci naší země složitým vývojem. První jesle vznikají ke konci XVIII. Století jako filantropické aktivity, které sledovaly zdárný a příznivý vývoj malých dětí v rodinách chudých. Chudé rodiny byly v situaci, kdy oba rodiče museli chodit do práce – jedná se o dobu průmyslové revoluce. Jesle sloužily pro děti z těchto rodin a zajišťovaly dítěti aspoň jedno teplé jídlo denně a podnětnou výchovu.

V období po druhé světové válce, především nástupem komunismu v našich zemích, jeselská péče je denní a týdenní. Jednalo se o zdravotnická zařízení a sloužily k výchově socialistického člověka formou ústavní péče. Mateřská v tomto období byla jen na dobu šestinedělí, případně na dobu 3 měsíců věku dítěte.

Tato zařízení jsou rušena po samotové revoluci, kdy byla dána přednost výchově jednou pečující osobou – v souladu s potřebami malých dětí.

Jeselská péče se obnovuje v roce 2017 skrze MPSV – jako Plán péče a výchovy v mikrojeselech. Jejich cílem je umožnit rodičům budovat kariéru a nebýt závislý na potřebách malých dětí. Všimněme si posunu myšlení v rámci jeselské péče – jedná se o jeden z prvků vývoje sociálního systému ČR.

První jesle – slouží k naplnění potřeb dětí

Jesle v době komunismu – slouží jako výchovný nástroj totalitního státu, povinnost rodičů chodit do práce a budovat socialismus. Jedná se o zdravotnické zařízení, kde péči poskytují zdravotní sestry.

Jesle jsou rušeny – z pohledu potřeb dítěte na vychovávající osobu

Jesle jsou obnovovány – aby dítě nezavazelo kariéře rodiče.

Dnešní podoba jeslí tedy není již o zdravotnickém zařízení – jak jsme uvedli výše, zřizovatel jeslí má jen povinnost mít k dispozici dětskou zdravotní sestru či osobu s profesní kvalifikací – chůva v jeslích. Jedná se o zařízení pod MPSV, ale kříží se s výkonem zdravotní služby, spadá do díkce zákona – č.247/2014Sb. v platném znění.

1.5 Odbornost zdravotnických pracovníků, dilemata pomoci

Práva pacientů a pracovníků vymezuje zákon č.372 /2011Sb o zdravotních službách. My se tomuto zákonu budeme věnovat více v následujících kapitolách.

Odbornost zdravotnických pracovníků:

Odbornost zdravotnických pracovníků je upravena vyhláškou č. 55/2011 Sb. V platném znění. V otázkách dětských zdravotnických zařízení, jsou stejná pravidla na všech úrovních – tedy jak u běžných zdravotnických zařízení, tak u dětských zařízení zvláštního typu. Všechny parametry vyplývají z výše uvedené vyhlášky, a to především z §4b.

My se zde budeme více zabývat dilematy, které mají vliv na poskytování péče.

Kdo je naším pacientem?

Zákon říká jasně – budeme si to uvádět v dalších kapitolách, že dítě má právo na doprovod rodiče, vychovatele nebo zákonného zástupce. Rovněž má právo na přiměřenou míru informací všech léčebných zákrocích.

Jedním ze základních dilemat je, o koho pečujeme, nebo se staráme? K této problematice se nabízí hned několik odpovědí:

- Staráme se o pacienta. Jenže pacient je historicky vnímán jako ten kdo trpí (patio), a potřebuje okamžitý zásah pomoci podle nejlepšího vědomí s vědomí pomáhajícího. Nějaká informovanost a souhlasy překáží, pacient je v podřadné pozici, má být poslušen autoritě, která přichází pomoci.
- Klient. Klient je již někdo, s kým musíme vést dialog, má potřebu informací, internet. Má dávat dostatek „zaručených“ poznatků k jeho nemoci, nutnosti a způsobům péče.
- Zákazník. Pojem zákazník evokuje spíše obchodní rámec – vybírám si službu i poskytovatele. Zde je výrazná akcent na svobodu člověka, který potřebuje pomoc (nebo ji chce), a zároveň si vybírá, od koho a jak si nechá pomoci.
- Člověk. Erikson ve svých pozdějších pracích přestává používat pojem klient, pacient a jen striktně používá pojem člověk. Zamezuje tak situaci, kdy nechtěně, se z člověka ve zdravotnickém zařízení stává jen číslo diagnózy.

Dalším ne méně důležitým dilematem je situace, kdo je příjemcem naší pomoci nebo odborné intervence. Máme několik možností:

- Příjemcem pomoci je dítě
- Příjemcem pomoci je rodič, který za dítě vyjadřuje souhlas. Tato rodičovská role se zmenšuje přímo úměrně k věku dítěte. Čím starší dítě, menší vliv rodiče na rozhodování v rámci poskytování zdravotních služeb.
- Příjemcem je celá rodina ve svých jedincích i komplikovanosti vztahů a vzájemných vazeb. Zde vycházíme z charty lidských a dětských práv – dítě jako jedinec nežije izolovaně, ale součástí většího systému, kterým je rodina jako primární sociální zázemí a místo emočních vazeb.

Tento popis více specifikuje nutné potřeby pro erudici dětské sestry ve zvláštním zdravotnickém zařízení. Ve zvláštních dětských zdravotnických zařízeních jsou děti s chronickou nemocí, nebo postižením, které významně psychicky, fyzicky a finančně zatěžuje rodinu. Dětská sestra, lékaři, rehabilitační pracovníci, jsou vystaveni situacím, které zpravidla běžná lůžková zařízení nemusí řešit. Odbornost pracovníka těchto zařízení, tedy je daleko širší – měl by být

schopen zvládat náročnou komunikaci, psychoterapii pro rodiče i dítě – aspoň v rámci krizové intervence, a výbornou znalost celého provozu a procesu péče v konkrétním zařízení.

DEFINICE



forma zdravotní péče, kterou tento upravuje zákon č.372/2011Sb. v §6:

- Ambulantní péče
- Jednodenní péče
- Lůžková péče (hospitalizací se rozumí podle §3 pobyt delší než 24 hodin ve zdravotnickém zařízení)
- Péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co je cílem zdravotních služeb?

Vyjmenujte formy respitní péče a popište je

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Proveďte analýzu příjemce zdravotních služeb – jaký je patientský postoj, klientský, zákaznický, lidský. Pro popis zákaznického postoje využijte změnu při poskytování zdravotnických služeb za přímou úhradu ve srovnání s úhradou v rámci zdravotního pojištění.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Dítě není našim klientem samo o sobě. Jeho nemoc se odehrává v rodině, zde se odehrává i léčba. Jako osobu nemocnou jej potřebujeme vnímat z pohledu cíle služeb, celkového portfolia služeb i v souvislosti s rodinou a měnící se společností.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Tato kapitola byla věnovaná právnímu vymezení zdravotních služeb v rozsahu od všeobecných deklarácí lidských a dětských práv po právní systém ČR.

Věnovali jsme se rovněž dilematu pomoci – které vzniká tímto právním pojetím – zdravotní služby jako nástroj sociální politiky k umožnění rozvoje potenciálu jedince.

Samostatnou kapitolu jsme věnovali zařízením pro poskytování péče dětskému pacientu včetně jejich historickému vývoji a cirkulací mezi sociálními a zdravotními službami.

2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ, JEJICH POVINNOSTI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Tato kapitola seznamuje studenta s právy a povinnostmi.

V první části si objasníme vztah mezi právy a povinnostmi ze všeobecného pohledu. Následně se budeme zabývat rozbohem příslušných právních norem, které se k této problematice vztahují. Jejich pochopení a umění s nimi pracovat se následně bude užívat v kapitolách věnovaných rodině, změnám rodiny, práce se subkulturami či náboženskými či etnickými menšinami.

CÍLE KAPITOLY



Student bude chápat vztah mezi právy a povinnostmi.

Povinnostmi zařízení poskytujícími zdravotní služby – a to i v rámci sociálních organizací.

Právy a povinnosti pacienta a jeho zákonných zástupců.

V kapitole rovněž upozorňujeme na situace, kdy v rámci dodržování léčebného režimu a stanovení léčebných procedur v duchu i ve smyslu litery zákona, můžeme jako ZZ zhoršovat, nebo zpomalovat proces léčby.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Práva, povinnosti, informovaný souhlas, zákonný zástupce,

2.1 Práva a povinnosti jako takové

V předcházející kapitole jsme se zabývali lidskými a dětskými právy, které mají za úkol chránit nás jako svobodné bytosti a umožnit rozvíjet náš osobní potenciál.

Právní povinnosti jsou ty, jež ukládají zákony a jejichž plnění vymáhá společenská autorita případnými sankcemi. Také zde zpravidla platí zásada, že oprávnění jednoho odpovídá **povinnost** druhého. „Vymežit **práva** jedné strany a přitom neuložit **povinnosti** druhé straně odporuje základnímu principu **práva**.“

2.2 Práva pacienta, povinnosti a práva a povinnosti zdravotnické zařízení a zdravotnických pracovníků

2.2.1 ZÁKON 372/2011SB. V PLATNÉM ZNĚNÍ

§ 28

(1) Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.

Pacient má právo:

e) na

1. nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,

2. nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“),

3. přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence; tím není dotčen § 47 odst. 1 písm. b),

k) na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

(4) Pacient s omezenou svéprávností nebo který je nezletilý, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba podle odstavce 3 písm. e), uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. V tomto případě se postupuje podle § 35 odst. 5.

§ 29

(1) Volba poskytovatele a zdravotnického zařízení v případě nezletilých pacientů

a) umístěných do dětských domovů pro děti do 3 let věku, do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, do zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby, byla-li soudem nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova, nebo dětí svěřených do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě rozhodnutí soudu náleží statutárnímu orgánu tohoto zařízení,

b) svěřených do pěstounské péče nebo do výchovy jiných osob náleží pěstounovi nebo jiné osobě, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen (dále jen „pěstoun nebo jiná pečující osoba“),

c) umístěných společně s matkou ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody náleží Vězeňské službě.

(2) Možnost volby poskytovatele a zdravotnického zařízení se nevztahuje na

a) zdravotnickou záchrannou službu a poskytovatele, ke kterému poskytovatel zdravotnické záchranné služby pacienta převáží,

b) pracovnělékařské služby,

c) nařízenou izolaci, karanténu nebo ochranné léčení,

h) případy, kdy jiný právní předpis stanoví posuzujícího poskytovatele, nebo jde-li o určení poskytovatele osobou k tomu oprávněnou na základě jiného právního předpisu,

i) záchytnou službu.

§ 30

(1) Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence ustanoví tlumočnicka Vězeňská služba.

(2) Odstavec 1 věta druhá se použije obdobně, jde-li o tlumočení z cizího jazyka, s výjimkou slovenštiny.

(3) Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve

zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, ... Psem se speciálním výcvikem se pro potřeby věty první rozumí vodící pes nebo asistenční pes.

2.2.2 INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU PACIENTA A O NAVRŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

§ 31

(1) Poskytovatel je povinen

a) zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“),

b) umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.

(3) Informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká; ošetřující zdravotnický pracovník provede do zdravotnické dokumentace záznam o tom, že byla informace podána.

(5) Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý.

(6) Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.

§ 32

(3) Poskytovatel může v nezbytném rozsahu zadržet informaci o zdravotním stavu nezletilého pacienta jeho zákonnému zástupci, pěstounovi nebo jiné pečující osobě v případě podezření, že

se tato osoba podílí na zneužívání nebo týrání nebo ohrožování zdravého vývoje tohoto nezletilého pacienta, lze-li předpokládat, že poskytnutím této informace by mohlo dojít k ohrožení pacienta. Obdobně se postupuje, jde-li o pacienta s omezenou svéprávností.

2.2.3 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB SE SOUHLASEM

§ 35

(1) Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob⁴⁹) s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.

(2) Poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta nebrání tomu, aby ošetřující zdravotnický pracovník podal zákonnému zástupci informaci o poskytnutých zdravotních službách nebo zdravotním stavu nezletilého pacienta.

(3) Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí

a) neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo

b) akutní péče, a

souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout podle odstavce 1 na základě souhlasu nezletilého pacienta.

(4) Jde-li o pacienta s omezenou svéprávností, odstavce 1 až 3 se použijí obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.

(5) Jde-li o pacienta uvedeného v § 28 odst. 4, poskytovatel vyloučí, má-li podezření, že je tento pacient zneužíván nebo týrán, popřípadě, že je ohrožován jeho zdravý vývoj, přítomnost osob uvedených v § 28 odst. 3 písm. e) při poskytování zdravotních služeb, pokud jde o vyšetření za účelem vyloučení známek uvedených skutečností.

Právo na život má přednost před volbou rodičů (zákonných zástupců) ke způsobu léčby. Příkladem mohou být Svědci Jehovovi, kde je striktně odmítání transfúze krve. V takovém případě, má přednost léčba před rozhodnutím rodičů o odmítnutí transfúze. Rodiče pokud v takovém případě odmítnou léčbu, řeší se záležitost přes POLICII ČR, která dítě umístí do ZZ k léčbě.

2.2.4 POVINNOSTI PACIENTA A JINÝCH OSOB

§ 41

(1) Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen

a) dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,

b) řídit se vnitřním řádem,

c) uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem,

d) pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,

*e) nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. - **to se týká i doprovodu***

(2) Povinnosti podle odstavce 1 písm. c) a d) náleží zákonnému zástupci pacienta nebo opatrovníkovi. Zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta je povinen vytvořit podmínky pro splnění povinností pacientem podle odstavce 1 písm. a), b) a e). Povinnosti podle odstavce 1 písm. a) a d), je-li pacient hospitalizován, se pro zákonného zástupce pacienta použijí přiměřeně; povinnost podle odstavce 1 písm. b), c) a e) platí i pro zákonného zástupce.

(3) Pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoba určená pacientem, osoba blízká pacientovi nebo osoba ze společné domácnosti jsou povinni prokázat svou totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník, jehož prostřednictvím posky-

tovatel poskytuje pacientovi zdravotní služby, požádá. Povinnost prokázat se občanským průkazem má rovněž osoba, která uplatňuje podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu právo na informace o zdravotním stavu pacienta, a osoba, která hodlá hospitalizovaného pacienta navštívit a není osobou podle věty první. Jde-li o cizince, totožnost se prokazuje cestovním dokladem nebo jiným průkazem totožnosti. Má-li zdravotnický pracovník pochybnost, zda jde o osobu blízkou, osvědčí osoba blízká tuto skutečnost čestným prohlášením, ve kterém uvede své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti; čestné prohlášení je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

2.2.5 PRÁVA A POVINNOSTI POSKYTOVATELE

§ 46

(1) Poskytovatel je povinen zajistit

- a)** aby byl pacient seznámen se svými právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a vnitřním řádem; vnitřní řád nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů,
- b)** sestavení, koordinaci a realizaci individuálního léčebného postupu a komplexnost, návaznost a koordinovanost poskytovaných zdravotních služeb, - **může se stát, že posloupnost jednotlivých rehabilitačních a léčebných úkonů je tak náročná, že pacient je velmi fyzicky přetížen.**
- c)** aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace,
- d)** aby jinému poskytovateli nebo jinému zdravotnickému pracovníkovi, od nichž si pacient vyžádal konzultační služby, byly zpřístupněny informace vedené o zdravotním stavu pacienta ve zdravotnické dokumentaci, které jsou pro poskytnutí konzultačních služeb nezbytně nutné,
- e)** na výzvu poskytovatele zdravotnické záchranné služby bezodkladně spolupráci při poskytování zdravotních služeb při mimořádných událostech, hromadných nehodách nebo otravách, průmyslových haváriích nebo přírodních katastrofách, včetně zajištění bezprostředně navazující lůžkové péče; to neplatí, jde-li o Vězeňskou službu,

f) na výzvu nebo na základě opatření nařízeného příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví bezodkladně účast zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb při epidemiích nebo při nebezpečí jejich vzniku; to neplatí, jde-li o Vězeňskou službu,

(2) Poskytovatel je dále povinen zajistit, aby osoby připravující se na výkon zdravotnického povolání prováděly při klinické a praktické výuce, praktickém vyučování a odborné praxi, která se uskutečňuje na jeho pracovištích, jen činnosti, včetně zdravotních výkonů, které jsou součástí výuky nebo praxe, a to pod přímým vedením zdravotnického pracovníka, který má způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání a je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k tomuto poskytovateli. Uskutečňují-li se klinická a praktická výuka nebo praktické vyučování a odborná praxe za přítomnosti zdravotnického pracovníka, který není v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli uvedenému ve větě první a který je

a) učitelem praktického vyučování a odborné praxe zdravotnických oborů vzdělávání²⁷⁾, nebo

b) akademickým pracovníkem, který je učitelem zdravotnického oboru²⁸⁾,

je poskytovatel povinen zajistit, aby tento zdravotnický pracovník neposkytoval na jeho pracovišti zdravotní služby a postupoval v součinnosti se zdravotnickým pracovníkem uvedeným ve větě první.

§ 47

(1) Poskytovatel jednodenní nebo lůžkové péče je povinen

a) zajistit hospitalizaci

1. nezletilých pacientů odděleně od dospělých pacientů, alespoň v samostatných pokojích, a to do dne, kdy dovrší 15 let věku,

2. žen odděleně od mužů v samostatných pokojích,

a to s výjimkou poskytování akutní lůžkové péče intenzivní,

b) umožnit pobyt zákonného zástupce nebo opatrovníka, nebo osoby jimi pověřené společně s hospitalizovaným nezletilým pacientem nebo pacientem s omezenou svéprávností, pokud to umožňuje vybavení zdravotnického zařízení nebo nebude narušeno poskytování zdravotních služeb anebo takový pobyt není na základě jiného právního předpisu vyloučen; to neplatí v případě poskytování záchytné služby,

c) včas informovat zákonného zástupce pacienta o propuštění z jednodenní nebo lůžkové péče,

2.2.6 POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

§ 49

(1) Zdravotnický pracovník je povinen

a) poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy,

b) poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb,

c) plnit další povinnosti stanovené tímto zákonem nebo jinými právními předpisy.

(2) Povinnosti podle odstavce 1

a) písm. a) a c) se vztahují i na jiné odborné pracovníky, kteří se podílejí na poskytování zdravotních služeb,

b) písm. c) se vztahují i na jiné odborné pracovníky vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

2.2.7 PRÁVA ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

§ 50

(1) Zdravotnický pracovník má právo

a) získat od pacienta informace o tom, že pacient, kterému má poskytovat zdravotní služby, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova zdravotního stavu,

b) neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.

(2) Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. O této skutečnosti je povinen ihned informovat poskytovatele, který zajistí pacientovi jiného zdravotnického pracovníka. Nemůže-li poskytovatel zajistit jiného zdravotnického pracovníka, zajistí pacientovi

jiného poskytovatele, který mu zdravotní služby poskytne, pokud pacient zajištění jiného poskytovatele neodmítne. Záznam o odmítnutí zajištění jiného zdravotnického pracovníka nebo poskytovatele je součástí zdravotnické dokumentace; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Zdravotnický pracovník nemůže odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi z důvodu uvedeného ve větě první, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem. Podle věty první až čtvrté se obdobně postupuje, odmítne-li poskytnutí zdravotních služeb poskytovatel.

(3) Ustanovení odstavců 1 a 2 se použijí obdobně i pro jiné odborné pracovníky vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.



DEFINICE

Právní povinnosti jsou ty, jež ukládají zákony a jejichž plnění vymáhá společenská autorita případnými sankcemi. Také zde zpravidla platí zásada, že oprávnění jednoho odpovídá **povinnost** druhého. „Vymežit **práva** jedné strany a přitom neuložit **povinnosti** druhé straně odporuje základnímu principu **práva**.“



KONTROLNÍ OTÁZKA

Informovaný souhlas a dětský pacient. Co všechno by měl zdravotnický pracovník zohlednit při poskytování zdravotnického výkonu, v případech dětského pacienta a podání informací o způsobu léčby.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Navrhněte řešení situace, kdy nemáte na oddělení dostatek volných míst a rodiče chtějí zůstat se svým dítětem při pobytu v nemocnici.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Vztah práv a povinností, informovaný souhlas, práva pacienta využívajícího psa jako doprovod.

Práva zdravotnického pracovníka.

OTÁZKY



Za jakých podmínek může domnělý zákonný zástupce odmítnou prokázání své totožnosti při návštěvě svého dítěte?

Zdravotnický pracovník poskytne informace o léčbě jen zákonnému zástupci u dítěte staršího 2 let. Dopustil se porušení některých práv nebo povinností? Pokud ano, mohou existovat výjimky?

SHRNUTÍ KAPITOLY



V této kapitole jsme se zabývali právy a povinnostmi ZZ a zdrav. pracovníků v procesu léčby. I přes to, že se jedná především o taxativní výčet zákonných norem, věnovali jsme se i pohledům, které mají ryze praktický dopad na proces léčby, nebo dokonce mohou léčbu zpomalovat – byť jsou realizovány v duchu i literě zákona.

3 POTŘEBY DÍTĚTE V ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola je věnovaná potřebám dítěte. Ačkoli o potřebách dítěte bylo v odborné literatuře věnováno mnoho stran a místa, tato kapitola v sobě rovněž zahrnuje i potřeby dítěte v době jeho nemoci, případně i rekonvalescence.

Budeme se zde v první části zabývat spíše potřebami všeobecně, kde využijeme Maslowovu pyramidu potřeb. Následně se budeme hlouběji zabývat potřebami dítěte i rodiče v rámci léčby. Většinu dotazů a pohledů na tuto problematiku bude směřovaná z pohledu lůžkové zařízení, ale rovněž se budeme snažit některé pohledy popisovat tak, aby bylo možno je využít i v ambulanci praxi.



CÍLE KAPITOLY

Cíle kapitoly je seznámit studenta ne toliko s potřebami jako takovými, ale podívat se na všeobecný přehled potřeb pohledem dítěte, které je existencionalně závislé na své rodině. Tato rodina je nástrojem pomoci, ale rovněž, v některých případech je nástrojem, který přivedl dítě do zdravotnického zařízení.

Student se seznámí s potřebami, a různými způsoby jejich dělení.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Potřeby, Maslowova pyramida potřeb, normativní potřeby, pocíťované potřeby, vyjadřované potřeby.

V rámci pomoci člověku řešit jeho životní diskomfort se orientujeme na sociální práci po-
tažmo sociální služby a zdravotní péči – zdravotní služby. Tyto některé služby společně sou-
visí, a je těžké, v některých situacích téměř nemožné, je oddělovat. Oba druhy jsou součástí
sociální politiky a ve své podstatě mají sloužit k maximalizaci rozvoje potenciálu člověka. Jak
jsme si již uvedli v předcházející kapitole, některé služby v průběhu času jsou poskytovány
v rámci sociálních služeb, jindy v rámci zdravotní služby.

Oba druhy pomoci se vzájemně liší paradigmaty pomoci, pohledem na kvalitu péče a kvalitu života, zakázkou a následně i očekávání klienta/pacienta. Dělení pomoci jednotlivci se tak dostává do situace, kdy atomizujeme osobní svět jednotlivce – což v případě dětí, může mít dalekosáhlé důsledky. Tato atomizace jde v přímém rozporu s definicí zdraví podle WHO – „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“. Jedná se o propojené světy – fyzický, duševní (duchovní) a sociální.

Chvála s Trapkovou ve své publikaci „Rodinná terapie psychosomatických poruch“ (2017) uvádí, že „*Patrně neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka*“ (s.50). Pro mnoho z nás se jedná o osobní zkušenost, kdy tím, že tvoříme jeden celek, naše tělo reaguje na podněty zvenčí či zevnitř různými způsoby.

Je paradoxem, že v současném globalizovaném světě, kdy vnímáme a konstruujeme propojenost, rozdělujeme svět člověka na jednotlivosti s bláhovou vírou, že dělení vzájemně propojeného celku nám přinese zásadní změnu v životě jednotlivce. Někdy můžeme být přesvědčeni o tom, že léčíme nemoc, ale prakticky se jen zabýváme symptomem, který má „návod na řešení“ úplně někde jinde a klient tak potřebuje i zcela jinou formu pomoci.

Celá otázka tedy zní: Je vhodné atomizovat život člověka v rámci poskytování „jakékoliv“ pomoci, nebo naopak, je vhodnější pomáhat z pohledu klientova světa? Co vlastně děláme tím, že oddělujeme pomoc od života člověka?

Jako vstupní brána do řešení tohoto dilematu jsem zvolil problematiku potřeb.

3.1 Potřeby jako takové

Potřeba se coby termín používá v oborech ekonomie a sociologie pro stav nedostatku nějaké z nezbytných složek základního uspokojení, které umožňují normální fungování lidského těla. Mezi primární potřeby člověka patří živiny a životní prostor, na kterém se může pohybovat

Maslowova pyramida potřeb



3.2 Potřeby z pohledu klienta

Pro jejich popis využijeme text Piláta (2021, s.13-20)

Normativní potřeby – normative needs – jsou stanoveny na základě studií a dlouhodobých zkušeností poskytovatelů služby a experty. Jejich nevýhodou je situace, kdy jsou často překryta provozní slepotou a ideální vizí poskytovatele. V rámci zdravotnických služeb se jedná o situace, kdy jsme v pozici experta na lidské zdraví a pečujeme o pacienta – nesvéprávnou osobou, nikoliv o člověka s jeho potřebami a především možnostmi změny.

Pociťované potřeby – expressed needs - jsou získávány na podkladu dotazování, co a jak naši klienti / pacienti chtějí. Jejich nevýhodou je fakt, že se těžko oddělují od ideálních přání člověka se kterým pracujeme. Někdy tento stav můžeme registrovat v situacích, kdy pracujeme s rodičem, jehož dítě je neklidné – např. z důvodů rodinné situace, a dítě na situaci reaguje neklidem – a rodič nechce se zabývat rodinnou situací, ale chce, aby dítě dostalo nálepkou ADHD a léky na zklidnění.

Vyjadřované potřeby – expressed needs – pociťované potřeby, které směřují k poptávce po nějaké zásahu či řešení. Příkladem vyjadřované potřeby mohou být aktivity občanské nespokojenosti – demonstrace, účast na mítincích, aktivity směřující ke změně prostředí a podobně.

Koncept komparativních potřeb – comparative needs – vychází z předpokladu, že určitá skupina lidí, má podobně potřeby. Vycházíme z očekávání, že v rámci zdravotnického zařízení máme klienty, kteří mají stejná přání. Někdy můžeme podlehnout iluzi, že lidé, kteří vyhledávají

naši pomoc, chtějí dojít ke zdraví. Oni, naopak, chtějí si svou nemoc ustabilizovat z důvodů příslušností k nějaké skupině obyvatel nebo čerpání sociálních či společenských výhod.

3.3 Potřeby dítěte a rodiče ve zdravotnickém zařízení

Dětské potřeby jsou závislé na věku, pohlaví, zdravotním stavu a prostředí ve kterém žijí a ze kterého pochází.

Především je potřeba si uvědomit, že rodina může být:

- spouštěčem nemoci,
- nemoc může být útekem od rodiny
- nemoc může být projevem historického vývoje rodiny
- zásadním léčebným nástrojem
- rodina může být zdrojem nemoci z pohledu transgeneračního přenosu výchovných, životních, stravovacích, pohybových vzorců rodiny jako celku

My se v této části budeme spíše zabývat potřebami dítěte i rodiče, v případech pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale rovněž se dotkneme i problematiky potřeb rodičů.

Biologické potřeby:

- Odpovídající výživa dle věku, přiměřenost kvality a množství. V rámci zdravotnických zařízení, zpravidla těžko vyjednávané situace, kdy rodiče či osoby odpovědné za výchovu, mají tendenci dětem „podstrojovat“, dělat z nich chudáčky, kteří ve zdravotnickém zařízení trpí.
- K biologickým potřebám patří i přiměřenost hygieny. Především zkušenost s COVID-19 a souvztažnými problémy, jakými byla izolace a podobně, setkávali jsme se s dvěma krajními mezemi – přehnaná hygiena a nedostatečná hygiena.
- Potřeby dostatečné obranyschopnosti – tato potřeby souvisí s očkováním, vyváženou stravou a přiměřeným pohybem.
- Stimulace – dostatek podnětů pro vývoj nervové soustavy a tím i pohybový vývoj. Hranice přiměřenosti někdy bývá složitá především v dětských sanatoriích zaměřených na neurologická a pohybová onemocnění.
- Potřeba dobře se narodit – aby se dítě narodilo zdravé, ctěné a vítané, nadané všemi předpoklady k rozvoji.

- Potřeby nebýt „ničten“ průběhem léčby. V některých zařízeních, dochází k tak vysokému zatížení dítěte procedurami, že dítě po návratu z léčebného pobytu se léčí od únavy a přetížení.
- Potřeby rodiče – zajištění dostatečného komfortu v rámci pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Psychické potřeby:

- Potřeby náležitých podnětů k rozvoji – jedná se o mnohdy diskutovanou otázku, především v souvislosti s využíváním moderních technologií. Jedná se o stimulaci v pravý čas, přeměřenými nástroji. Dítě pro zpracování podnětů, musí být naladěno po stránce biologické i psychické.
- Potřeby vlastní identity, vlastního já – dítě si vytváří vlastní představu o sobě, tím, že je bráno ve svých potřebách přáních vážně. Toto je sledováno i z pohledu zdravotnického personálu – jak jsou brány váženě potřeby dítěte a jak je prosazována teorie moci bílého pláště.
- Potřeby smysluplného světa – pracovat s dítětem tak, aby podněty se staly zkušeností. V rámci zdravotní péče, je vhodné průběžně pracovat s dovednostmi a zkušenostmi dítěte, s jeho emocemi a prožitky. Např. jak působí na psychiku dítěte pravidelný pohyb – umožnit dítěti formulovat jeho zkušenost, ta se pak stává dovedností řídit a nést odpovědnost za své zdraví.
- Potřeby jistoty – jednou z těchto jistot je fakt, že dítě není na léčbu samo, že má v zázemí osobu, které může věřit – rodiče, nebo nemá v zázemí osobu, které jej ohrožuje – týrajícího rodiče, nebo rodiče, který znevažuje složitost a náročnost pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení – potřeb vhodně edukace pro rodiče.
- Potřeba otevřené budoucnosti – dítě potřebuje vědět cíle léčby a léčebného procesu, rovněž potřebuje sledovat výsledky a oslavovat jakýkoliv úspěch. Dítě nemá vyvinutou schopnost retrospekce, musí být vedeno k sledování a uvědomování si úspěchů, kterých v době léčby udělalo, sledovat své vlastní úsilí, které přináší změnu v jeho zdravotní stavu a rozvíjí jeho dovednosti. Jedná se o jeden z velmi důležitých motivačních činitelů při léčbě dítěte. **Být dobře a srozumitelně informován o léčbě, způsobech, prognóze.**
- Možnost požádat o psychickou podporu. Jedná se o jednu opomíjenou potřebu, která je však pro rodiče někdy až klíčová. Rodič je s dítětem neustále, čím těžší postižení či nemoc, tím větší zátěž, ale zdravotnické zařízení je spíše orientováno na dítě a nepočítá s podporou rodičů.

Rodičovské potřeby – dětské sociální a vývojové potřeby:

- Uvědomění si rodinné konstelace – mnohé z dětských chronických nemocí, jsou odpovědí na rodinnou situaci. Tato situace může být formovaná vztahem rodičů mezi sebou, vztahem rodičů vzhledem k dítěti, vzájemným sebezpojetím rodiče.

V této problematice se odráží složitost rodinného vývoje i jednotlivců v rodině. Příkladem může být patologická forma komunikace v rodině, magická a nejasná mluva, odmítání popis a sdílení vlastních emocí, které mohou doma vyvolávat dusno. Toto dusno může vést dítě k astmatickým záchvatům. Základním principem léčby je pak spíše psychoterapie k vychovávajícím osobám, než léčba astmatu dítěte.

- Potřeby psychické podpory nebo psychického odpočinku. Pobyt ve zdravotnickém zařízení je vždy vysilující, pro rodiče především psychicky. Zřízení podpůrných či terapeutických skupin, může být ku prospěchu věci, případně jen hlídací skupinu, kdy rodič nemusí dělat nic.

Přiměřenost léčby:

- O této problematice jsme se již zmiňovali v předcházejících odkazech. Jedná se o složitou problematiku vzhledem k historickému kontextu postavení zdravotnických pracovníků. Přiměřenost léčby se netýká jen výběru léčebné metody, ale rovněž psychickou a fyzickou zátěží na dětský organismus.

Dítě, které po návratu z léčebného pobytu potřebuje několik dnů odpočívat, bylo v zařízení, které nepřiměřeným způsobem zatížilo jeho organismus. S vysokou pravděpodobností nebude mít chuť v léčbě pokračovat, neboť jej může vnímat jako určitou formu týrání.

Potřeba vzdělání:

- Školská zařízení u poskytovatelů zdravotnických služeb.

Rodičovské potřeby v procesu léčby:

- Informovanost – nejedná se jen o naplnění informovaného souhlasu, ale rovněž o potřebu rozumění souvislostí nemoci a rodinného chodu
- Psychickou podporu – může se jednat o pomoc psychologa nebo svépomocné skupiny
- Odpočinek – v některých zařízeních dlouhodobé péče (lázeňské a podobně), se počítá s významnou péčí rodiče. Rodič však prožívá změnu prostředí, únavu se změnami a doprovodem na terapie, únavu z celkové již tak často dlouhodobé péče. Jeho potřebou může být spánek, odpočinek, rehabilitace pro něj samotného.

Df

DEFINICE

Potřeba se coby termín používá v oborech ekonomie a sociologie pro stav nedostatku nějaké z nezbytných složek základního uspokojení, které umožňují normální fungování lidského těla. Mezi primární potřeby člověka patří živiny (jídlo a pití) a životní prostor, na kterém se může pohybovat. V případě nemožnosti dosažení těchto potřeb nastává stav frustrace, při dlouhodobém nenaplnění potřeb pak nastupuje stav deprivace. V tomto smyslu jsou tedy potřeby primárním zdrojem a silou lidského chování.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Popište biologické potřeby dítěte a jejich saturaci při dlouhodobém pobytu

Popište psychické potřeby dítěte a jejich možnosti saturace při dlouhodobém pobytu



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Popište rodinu a její vnitřní fungování, v případech kdy je spouštěčem chronické nemoci – např. astmatu, nebo obezity



K ZAPAMATOVÁNÍ

Potřeby v procesu léčby u dětského pacienta jsou spjaty s potřebami doprovodu:

- Potřeba dítěte na doprovod
 - Potřeba doprovodu na podporu – informační, psychologickou, emoční,
-



DALŠÍ ZDROJE

Fórum sociální politiky 3 číslo, ročník 15/ 2021.

TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026205234.
 SATIR, Virginia. *Knih o rodině*. Praha: Institut Virginie Satirové, 1994. ISBN 8090132502.

OTÁZKY



Popište:

Normativní potřeby – normative needs -

Pociťované potřeby – expressed needs -

Vyjadřované potřeby – expressed needs

Koncept komparativních potřeb – comparative needs –

SHRNUTÍ KAPITOLY



V této kapitole jsme se věnovali dětským potřebám v jejich všeobecné rovině. Rovněž jsme zde probrali potřeby rodičů, ale i potřeby doprovodu dítěte. Nedílnou součástí saturace dětských i rodičovských potřeb v procesu léčby je její přiměřenost. Fyzický, psychická, emocionální nepřiměřenost v léčbě, může stav dítěte i rodiče zhoršovat a může docházet k prolongaci léčby. Rovněž opomenutí faktu, že v rodinném příběhu může být situace, která funguje jako spouštěč nemoci, je ve svém důsledku kontraproduktivní, neboť nelčíme nemoc ale jen symptom.

4 RODIČ A RODINA JAKO DOPROVOD DÍTĚTE A SOUČÁST LÉČEBNÉHO REŽIMU



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V rámci poskytování zdravotních služeb zvláště u dětských pacientů, setkáváme se s řešením traumatických událostí, které jsou způsobeny náhlou situací. Někdy jsou způsobeny i při výkonu zdravotních služeb.

Všechny tyto situace jsou pro rodinu zatěžující. V této kapitole se seznámíme s nástroji pro pomoc rodině, pro diagnostiku potenciálu rodiny i možnostem pro hledání řešení a pomoci rodině. V rámci dlouhodobé léčby, rodina se „stěhuje“ do nového bydlení, kterým je zdravotnické zařízení.



CÍLE KAPITOLY

Čtenář bude rozumět trauma-informovanému přístupu, aspektům vyvolávající stresovou poruchu, úloha rodiče a zdravotníků při řešení traumatu, rodičovské potřeby v rozvíjejícím se traumatu.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Trauma-informovaný souhlas, postraumatická porucha, rodina v traumatu, práce s traumatem v rodině.

4.1 Trauma-informovaný přístup při práci s rodinami dětí s vážnou diagnózou

Tato část je věnovaná rodinám, které jsou zasaženy náhlým traumatem v podobě závažného onemocnění dítěte nebo jiné závažné traumatické události. Vycházíme zde z publikace autorů Klepáčová a Černá (2020). Pro všechny členy rodiny se jedná o traumatizující zkušenost, která začíná podezřením na závažnou diagnózu až k fatální diagnóze. Všeobecné principy zde

představené mohou být důležitým nástrojem pro práci s rodinou na jakémkoliv nemocničním oddělení, nikoliv jen na oddělení následné péče – zvláštních zdravotnických zařízení.

4.1.1 PROBLEMATIKA ZDRAVOTNÍHO TRAUMATU

Zdravotní trauma je poměrně novým fenomén v rámci poskytování zdravotní a sociální péče. Z odborného pohledu je popisované jako „*psychické trauma v důsledku lékařské diagnózy nebo lékařské intervence*“ (Gansel in Klepáčová, Černá). Jedná se o situace, kdy došlo ke stanovení diagnózy, úrazovému traumatu nebo traumatu v důsledku lékařského zákroku, které má za následek dlouhotrvající nebo celoživotní dopad na zdraví dítěte a tím rodiny. Otázkou je, jak se mohou lékařské intervence a interakce se zdravotnickým personálem podílet na rozvoji vážného nebo přetrvávajícího traumatického stresu (případně postraumatické stresové poruchy) u pacient (dítě) a i jejich rodinných příslušníků – tedy ne jen rodičů, ale rovněž i případných sourozenců.

Cílem této kapitoly je popsat model pomoci těmto rodinám, rozvinout porozumění k členům rodiny, tedy i včetně zasažených dětí traumatem. Jeho výhodou je situace, kdy jej je možno integrovat do všech modelů pomoci v pediatrické péči.. ve své podstatě se jedná o filozofii péče a přístupu ke klientovi (rodiče, dítě, sourozenci, prarodiče – viz předešlé kapitoly) na principech bezpečí, svobodné volby, spolupráce, zmocnění a respektování případných odlišností.

Rizika diagnostiky traumatického stresu – jsou významná a jejich různorodost projevů ztěžují samotnou diagnostiku jako takovou. Tato porucha – jako důsledek kontaktu se zdravotnickým prostředím může mít mnoho podob – od nespavosti, přes buzení s děsem, nadměrná ostražitost, vtíravé myšlenky na bezpečí k útěkům do spánku. Rovněž může mít podobu poruchy přizpůsobení. Intenzita symptomů může být různá, v průběhu času může kolísat a do velké míry je ovlivněna subjektivním prožíváním.

Aspekty vyvolávající stresovou poruchu:

Události, které jsou spojeny s těmito situacemi, zpravidla berou dětem přesvědčení o tom, že svět je bezpečným místem pro život. Jedná se:

- náhlá hospitalizace
- úrazy
- náhlé propuknutí nemoci
- pobyt na JIP s hlasovou signalizací přístrojů

- transport do nemocnice bez blízké osoby

Rizika pro příbuzné:

- setkávání se v průběhu hospitalizace s rodiči podobného osudu – setkání s další bolestí
- následná zkušenost s případným úmrtím dalšího dítěte
- opakované popisy události, která k traumatu vedla
- progresse úrazu či nemoci

Všeobecné rizikové faktory k rozvoji traumatické stresové reakce:

- náhlá, neočekávaná událost
- postupná neodvratná progresse nemoci
- míra bolestivých zákroků či podnětů vyvolávajících bezmoc
- riziko recidivy nemoci (např. po úspěšné chemoterapii)
- míra ovlivnění ostatních členů rodiny – autonehoda, přítomnost rodiče při resuscitaci dítěte atd.
- vlivy jiných osob na zranění
- fyzické následky, patrné na venek

Rizikové rodiny, či jednotliví členové:

- již jako rodina či jedinci prožili určité trauma
- již před vznikem traumatické události, prokazovali projevy (případně se léčili) s psychiatrickou poruchou, či emoční nestabilitou
- nemají dostatek pozitivní sociální podpory

4.1.2 TRAUMA-INFORMOVANÝ PŘÍSTUP V PEDIATRICKÉ PÉČI

Integrace porozumění možného vzniku traumatu, může zásadně ovlivnit kvalitu života dítěte, rodiny i efektivitu léčby. Vzhledem k těmto faktorům se rozvíjí Trauma informovaný koncept pro rozpoznání a možné řešení dané zátěžové situace (Klepáčová, Černá, 2020). Jedná se o koncept k minimalizaci traumatického dopadu na dítě a jeho rodinu. Zároveň základní myšlenkou je přesvědčení, že všichni pracovníci se podílejí na péči, bez ohledu na jejich povolání či pozici. K tomu slouží model prevence (Pediatric Psychosocial Preventive Health Model – PPPHM) a D-E-F Protokol (Distress Emotional Support Family).

Univerzální forma pomoci – jedná se o rodiny, které disponují dostatečnou mírou resilience a disponují dobrými mechanismy zvládnutí zátěže. Pomoc je směřována především k využívání

vlastních zdrojů, posílení silných stránek a intervence zaměřená na zabezpečení základní podpory.

Cílená forma pomoci – jedná se o střední míru rizika. U těchto rodin se orientujeme na známkách přetrvávající stresové reakce, pocitům tísně a s předstihem sledovat možná rizika a rizikové faktory stresu. Posilujeme schopnosti zvládnání zátěže a hledáme dostupné zdroje pomoci.

Vysoké míra rizika – někdy nazývaná jako klinický model prevence. Jedná se o početně nejmenší skupinu rodin. Jejich stav zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života a kvalitu léčby. Tyto rodiny potřebují odbornou psychoterapeutickou pomoc.

Jako nástroj praktického využití pro diagnostiku a případnou případovou práci nám slouží D-E-F protokol. My si jej popíšeme z pohledu již výše zmiňovaných autorek.

D-E-F protokol

D	Bolest a úzkost	Co dítě momentálně potřebuje? Jak zvládá léčbu? Rozumí rodiče povaze onemocnění či zranění a léčbě? Nutnost poskytovat informace srozumitelným, jednoduchým jazykem. Poskytnout ujištění a realistickou naději, neslibovat nic co nelze zaručit! Věnovat pozornost prožívanému žalu a pocitům ztráty. Posouzení rodiny s ohledem na nedávné minulé ztráty, (rozvod, stěhování, úmrtí v rodině atd.).
E	Emocionální podpora	Naslouchat rodičům: - Jaké vaše dítě je? Co má rádo, čeho se bojí, co mu pomáhá se utišit, - Čeho se momentálně bojíte, co vám dělá starosti? - Hledat povzbuzení pro hledání další pomoci. Podporovat a povzbuzovat rodiče v pomoci svému dítěti – být s ním co nejvíce, mluvit s ním o stávající situaci, verbalizovat jeho strachy a obavy. Zapojit rodiče do saturace dětských fyzických potřeb. Podporovat rodiče a dítě do zapojení do normálních aktivit. Hledat aktivně vše co mohou dělat společně, posilovat kontakt se spolužáky, kamarády, učiteli.
F	Rodina	Posoudit, čím se rodina trápí a co ji zatěžuje: - Jak to jako rodina zvládáte? Pro koho z vás je to momentálně těžké? Zhodnotit stresory a zdroje rodiny - Může jíst, spát, udělat si přestávku? - Kdo by vám mohl a s čím konkrétně pomoci? Věnovat pozornost dalším potřebám, mimo zdravotní

Zdroj – Klepáčková, Černá 2020, s.17 a 16

Pro rodinu je nové, že se musí zorientovat pro ni v novém, zcela neznámém prostředí – prostředí nemocnic, sociálních služeb, organizací, změny práce. Velmi často se jí mění sociální prostředí ve kterém se pohybuje. V období léčby – první fáze, se toto prostředí rychle mění, nefungují

ustálené vzorce chování a o přežití bojují i samotní rodiče. Jako nástroje ke změně se jeví model Dalet, kterým se budeme zabývat v dalších kapitolách.

4.2 Rodič a rodina jako součást léčebného procesu

Rodiče a rodina jsou nedílnou součástí léčebného procesu, někdy však jsou i zdrojem nemoci. Jedná se tedy o oboustranný proces – zdravotníci působí na dítě a rodinu, rodina a dítě působí na zdravotníky. I zařízení a pracovníci si musí připustit, že rodina má právo na jejich změnu – v jednání či ustálených postupech. Všechny postupy s sebou přináší změny.

Změny pro zdravotnické zařízení:

- Zařízení se stává „domovem“ pro rodinu a dítě
- Spoluutváří nové rodičovské strategie pro péči a výchovu (přechodné i trvalé)
- Práce s traumatem – dítěte i rodiče, rodiny
- Očekávání, že rodič vyplní čas dítěte mimo léčbu
- Místo sociální či psychologické pomoci pro rodiče (nad rámec stávající odbornosti)
- Rodina není pasivním příjemcem pomoci, je součástí pomoci

Změny pro dítě:

- Vytržení ze svého bezpečí
- Omezení sociálního kontaktu
- Omezení témat – vše se točí kolem nemocnice a nemoci
- Změna školy

Změny pro rodinu a rodiče:

- Rodina jako primární pečující jednotka je narušena zdravotnickým personálem. Není místo na soukromí
- Rodina může odmítat být součástí pomoci pro dítě
- Prohloubení rodičovských a rodinných traumat

Rodič se učí:

- nacházet funkční mechanismy

- rozumět celkové situaci z hlediska zdravotního stavu, psychického vývoje a prognóz vývoje
- chápat své dítě v jeho jinakosti

Rodič velmi často potřebuje slyšet pochvalu, podporu v tom co se daří. Místo, v praxi obvyklé, v čem jeho dítě zaostává a opakovaně selhává.

Rodič potřebuje:

- mít na koho se obrátit/obracet s konzultací své situace
- radit se a sdílet zkušenosti
- dostatek kvalitních informačních a metodických zdrojů

Z hlediska vyjmenovaných atributů je důležitý podpůrný a **PARTNERSKÝ přístup** lékařů i dalších odborníků k celé rodině s dítětem s mentálním postižením.

DEFINICE



Zdravotní trauma - Jedná se psychické trauma v důsledku lékařské diagnózy nebo lékařské intervence (např. komplikace po operaci a podobně).

KONTROLNÍ OTÁZKA



Popište v souladu s výše uvedeným textem:

Univerzální forma pomoci –

Cílená forma pomoci –

Vysoké míra rizika –

K ZAPAMATOVÁNÍ



D-E-F protokol.

Zdravotnické zařízení jako přechodný domov pro rodinu.



DALŠÍ ZDROJE

Nastudujte si odborné texty na toto téma v časopise – Sociální práce / sociálná práca 3/2020



SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola se věnovala problematice traumatu v rodině v pediatrické péči.

Orientovali jsme se na míru traumatu v rodině a možnosti jejího „měření“ D-E-D dotazníkem, vytipování potenciálu rodiny a rovněž jsme se zabývali problematikou situace při dlouhodobé léčbě, kdy se ZZ stává v jistém smyslu přechodným bydlištěm rodiny.

5 KONTROLA / PODPORA RODINY JAKO LÉČEBNÉHO NÁSTROJE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této kapitole si přiblížíme problematiku sdílené péče, která vyvěrá z komunitního života a je nepřímo závislá na kvalitě sociální sítě rodiny.

V další části se budeme věnovat problematice dilemat spojených s pomocí a kontrolou v rámci poskytování služeb v ZZ.

CÍLE KAPITOLY



Cílem kapitoly je seznámit čtenáře s problematikou sdílené péče – využití různých forem doprovodných služeb, bez ohledu zda se jedná o služby sociální či zdravotní.

Dalším důležitým tématem je problematika dilematy pomoci a kontroly. Zde se student seznámí s několika různými pohledy na tuto problematiku a jejich využití v praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Sdílená péče, dilema, pomoc / kontrola

5.1 Sdílená péče

„Rozvolnění“ úkolů a nároků rodiče formou „sdílení péče“ o své dítě, je důležitou součástí kvality života celé rodiny.

*„V anglosaských zemích je termín **sdílená péče** („shared care“) chápán jako určitý druh sociální služby, jejímž základem je výpomoc rodině s dítětem se zdravotním postižením nebo rodině starající se o nemocného člena rodiny jinou rodinou, která je ochotna pravidelně pomáhat.*

Pomoc zprostředkovává sociální pracovník. Nejčastěji se jedná o hlídání dítěte. Rodič si může odpočinout nebo zařídit důležité osobní věci. Primárně se jedná o respitní-úlevovou, krátkodobou službu v řádu několika dní za měsíc.

Obecně lze říci, že pojem sdílená péče se objevuje v různých zemích a je vysvětlován na základě kulturních odlišností s mírnými odchylkami významu. Pojem se objevuje především v oblasti zdravotních a sociálních služeb.

*V případě zdravotních služeb jde převážně o multidisciplinární přístup k péči a aktivní zapojení jedince či rodinných příslušníků do péče. V americkém systému sdílené péče, kterou definuje např. Washingtonský Institute of Health Care Improvement jde o multidisciplinární přístup, založený na principu spolupráce složek zdravotnické péče s ohledem na přání pacienta a jeho rodiny. „Cílem takto chápané péče je usnadnění komunikace mezi pacienty/klienty a zdravotnickými pracovníky v kontextu podpory dlouhodobě plánované péče o pacienty zejména s chronickým onemocněním. **Důraz je kladen na zapojení pacienta do péče a jeho vlastní aktivitu v přístupu k léčbě.**“ (<https://www.alfabet.cz/vazne-onemocni-partner/rodina-sdilena-pece-vazne-onemocneni/sdilena-pece-ve-svete/>)*

Rodič se velmi často (bez ohledu na svoje vzdělání a předchozí zkušenosti) učí pracovat s vlastním dítětem odlišným způsobem a strategiemi, než zná ze své vlastní historie a prostředí. Rodič se vzhledem ke zdravotním problémům svého dítěte ocitá společně s ním ve středu odborné, mnohdy celoživotní péče. Musí nést odpovědnost z hlediska zvládnání situací vyplývajících z léčby a provádění např. rehabilitačních či jiných odborných terapií (operace, speciální vyšetření, následná péče, docházka do školy, výběr pomůcek).

Prostředkem sdílení a výměny dobré praxe jsou svépomocné rodičovské skupiny.

V pozdějším věku, kdy děti jsou již zařazeny do školského systému, se jedná o společnou participaci převážně na volnočasových aktivitách. Postupem času, je-li to možné, může dojít k zařazení dospělého „dítěte“ na trh práce a do podporovaného bydlení.

Sdílená péče je tedy proces, který probíhá v rámci tzv. komplexní péče o dítě se zdravotním postižením. Ve středu této péče vždy stojí rodiče s dítětem se zdravotním postižením, kteří jsou

v neustálé interakci s dalšími odborníky vstupujícími do péče (zdravotníci, sociální pracovníci, pedagogové). Smyslem je však jak jsme již uvedli dříve oboustranná změna – rodiny i výkonu zdravotní či sociální služby.

Smyslem procesu sdílené péče je nastavení aktivní spolupráce rodičů a jejich dětí se ZP na zajištění aktivit všedního dne (soběstačnost a sebeobsluha) s cílem zvyšování kvality života celé rodiny.

Co rodiče ovlivňuje a limituje:

- psychický stav
- neporozumění odborné terminologie ze strany odborníků
- nedostatek podpory/času ze strany odborníků
- nedostatek dobrých a kvalitních informačních zdrojů
- nedostatek sdílení příkladů dobré praxe jinými rodiči

Rodič potřebuje:

- kvalitní informační zdroje, kterým rozumí a může se k nim kdykoliv vracet a které reflektují měnící se potřeby dítěte se ZP s ohledem na věk, druh a stupeň postižení
- psychologickou pomoc a podporu rodiče se zaměřením na jeho stabilizaci
- partnerský a trpělivý přístup odborníků k rodiči a jeho dítěti, se schopností změny zdravotnického zařízení či zdrav. pracovníka
- sdílet s ostatními, vyměňovat si zkušenosti (např. ve svépomocných skupinách)

Co potřebuje dítě:

- mít možnost participovat na všedních denních aktivitách úměrně svému věku a schopnostech
- podporu odpovídající jeho vyspělosti a aktuálnímu zdravotnímu stavu na všech jeho úrovních
- přiměřenou pomoc, která by se dala vyjádřit „Pomoz mi, abych to dokázal sám.“

5.2 Pomoc versus kontrola.

Klíčem pro sdílenou péči je vhodná diagnostika dítěte. Nejlépe posouzení stavu multidisciplinárním týmem – vyšetření lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, speciálního pedagoga, psychologa, sociálního pracovníka s přispěním rodiny. Jedná se zejména o stanovení silných a slabých stránek. Sdílená péče jako taková pak pracuje s dilematem pomoci vs. Kontroly.

Toto dilema – pomáhat a kontrolovat - se vine jako červená nit všemi obory pomáhajících profesí. Jak bylo zmiňováno, máme zkušenost z formy pomoci, která byla postavena na kontrole – zkušenost socialismu. Dnes spíše zažíváme poblouznění a okouzlení teorií lidských práv a prožíváme inklinaci k sociální pomoci – klientovo práva na pomoc včetně jeho práva na svou osobní kontrolu bez účasti pomáhajícího. Někde mezi těmito body je liberální model, který je spíše postaven na teorii ekonomické ruky trhu, která má vše vyřešit a jedinec se má postarat o sebe sám.

Lifeworld – Jürgen Habermas

Habermas se zabýval problematikou pomoci a kontroly. Osobně prožil připojení k fašismu a byl zklamán ruským marxismem.

Ve své teorii klientova lifeworld-u vidí rizika v sociální pomoci, která je řízená jen státem. Stát v rámci sociální práce a jeho vlivu vnímá především jako kontrolní instituci. Státní struktury mají schopnost zničit přirozené prvky sociální pomoci, které stojí na sousedské pomoci, sociálních sítích jednotlivců a podobně. Lifeworld je v protikladu k oblasti kontrolované státem (statorganised).

Hledání vzájemného konsensu je postaveno na komunikační akci, která posiluje sociální integraci. K té dochází při těchto podmínkách (Gray, Webb, 2013, s. 13-24):

1. Dohoda vytvořená na argumentaci
2. Všichni účastníci jsou podporováni pro aktivní účast
3. Všechny návrhy jsou prodiskutované
4. Všichni mohou vyjádřit své postoje.

Pokud vítězí jen státem organizovaný systém, klient nechce pochopit poskytovatele služby, a chce jen „svou službu“. Dochází tak ideologizaci pomoci. Ve vyvažování obou sfér, naopak je klient i pomáhající veden skrze jazyk k hledání vhodné pomoci a především k osamostatňování klienta. K teorii jazyka v problému pomoci a kontroly se ještě vrátíme.

Pomoc není zboží – Gert van Der Laan

Dalším autorem, kterého jsem vybral pro popis tohoto dilematu je Gert van Der Laan.

Jako autor vychází k Habermase a zabývá se srovnáním – spíše praktickým – klientova světa ve světle sociální pomoci. V jedné ze svých kazuistik popisuje situaci, kdy sociální pracovník pomáhá, ale teprve ve chvíli objevení klientova světa zjišťuje, že klient je svou rodinou systematicky udržován v negramotnosti a slouží jako zdroj příjmu ze sociálních dávek pro širší rodinu. Tento stav popisuje jako dilema postoje pracovníka – postoj zaměřený na pravidla a postoj zaměřený na zákazníka (Lann, 1998, s.54). Toto napětí je nutné a jeho nositelem je sociální pracovník, který jej přenáší na klienta.

- Vnější tlaky na efektivitu (stát, manažerismus) vs. strach ze zneužití moci vůči klientovi (hnutí).
- Emancipace klientů je možná pouze v rámci společnosti, proto nelze rezignovat na ukázkování.
- Pomoc a kontrola jsou nedílnou součástí sociální politiky – poskytování sociálních a zdravotních služeb.

Cílem sociální práce je rozvoj klienta v jeho vnitřním světě, aby potřeboval jen nutno pomoc. Emancipace klienta je možná jen v rámci společnosti, která má na svém pozadí modely a systémy ukázkování.

Umění pomáhat – Ivan Úlehla

Pro Úlehlou je dilema sociální pomoci a kontroly, záležitostí dynamické změny, která je svým způsobem kontinuální. Toto dilema je ovlivňováno třemi okruhy:

- Klientovy způsoby
- Pracovníkova odbornost
- Normy společnosti

Tyto tři prvky jsou v neustále dynamické interakci a vzájemně se ovlivňují. Jsou aktivními prvky, které ovlivňují vzájemný poměr mezi pomocí a kontrolou. Můžeme vyvozovat, že zde platí jistá úměra – nárůst kontroly, snižuje množství pomoci, která rozvíjí emancipaci klienta a naopak.

S řešením tohoto dilematu úzce souvisí i role sociálního pracovníka:

1. Role obhájce klienta
2. Role agenta společnosti

3. Role prostředníka

Sociální pomoc, sociální kontrola a rozvoj zdraví v partnerských vztazích – Kieran T. Sullivan

Tento autor se svým týmem se zabýval sociální pomocí a sociální kontrolu u osob dlouhodobě nemocných v souvislosti s jejich partnerskými vztahy. Do těchto nemocí byly zařazeny i léčby závislostí a ty se ukázaly jako významnější prvek pro získávání výsledků. Celkově však tato studie je samotnými autory hodnocena jako interpretace „nahodilých“ vzorků a především nízkého počtu vzorků.

Jedním z center jejich zájmu byla vzájemná interakce klientů v procesu uzdravování a jejich životních partnerů.

V tomto kontextu zajímavě rozlišují pozitivní a negativní sociální kontrolu.

Negativní sociální kontrola je nám všem nějak jasná – kontrolujeme dodržování léčebného režimu a všech doporučení všemi dostupnými nástroji – laboratoř, magnetická rezonance – jen v souvislosti s pacientem jako jednotlivcem.

Pozitivní sociální kontrola – je využití partnera pro motivaci k léčbě. Již v této formulaci je zřejmý jistý vnitřní rozpor. Motivující a motivovaný partner pro léčbu je kontrolním mechanismem. Zapojení partnera do systému pomoci se nám jeví spíše jako podpora. Tato podpora má několik ale:

- Je především kontrolní – tedy negativní, „víš co ti říkal doktor..“
- Nedělej to, víš že ti to nedělá dobře
- Pojď cvičit, říkali to v nemocnici

Nejedná se o zvnitřnělou pomoc, ale pomoc zvenčí, která ve svém důsledku je spíše kontrolní. Sullivan podotýká, že pacienti v první fázi vykazovali lepší výsledky při dodržování léčebného režimu, ale následně vykazovali více pokusů „o tajné porušení“ léčebného režimu. Jsou zde dva prvky:

- Posílení: více spánku, odpočinku
- Negativní: postupný nárůst nervozity, nesouhlasu, pocity viny...

Sociální pomoc je podle těchto autorů v rámci partnerských vztahů spíše spojena s psychosociální podporou, která nevykazuje prvky kontroly. Autoři tento stav popsují jako vztah mezi „support a self-managementem“. Zapojení partnerů a blízkých příbuzných je možné přes psychosociální intervence – stimulace (Pavelová, 2017).

Problém nebo řešení – Dalet

Dalet je česká společnost zabývající se **koučováním, terapií, supervizi a vzděláváním**.

Záměrně zde nebudu uvádět autory, ale zaujal mne jejich přístup k teorii kontroly a pomoci.

Klientova situace z hlediska času	Zaměření na problém	Zaměření na řešení
Minulost	Minulá selhání	Minulé úspěchy
Současnost	Přítomné nedostatky	Přítomné zdroje
Budoucnost	Budoucí omezení	Budoucí možnosti

Zatloukal, Vitek, 2016,s.37

Z této jednoduché tabulky je patrná vazba mezi podporou a kontrolou, ale z osobního přístupu pracovníka. Pracovní zaměřený na nedostatky, bude orientovaný na pomoc a bude potřebovat vyšší míru kontroly. Pracovní orientovaný na budoucnost, spíše bude hledat klientovy zdroje pomoci, bude omezovat externí pomoc a bude potřebovat jen minimální míru kontroly.

Je zde zachycen zcela jiný přístup. Přístup odkloněný od formy pomoci zprostředkované státem. Zároveň je nutno podotknout, že tento přístup ohrožuje i samotného sociálního pracovníka. Osamostatněný klient nepotřebuje sociálního pracovníka. Existence zdravotníka bez „bezmocných“ je zbytečná a zdravotnický pracovník ztrácí práci. Toto dilema – osamostatnit klienta, nebo si jej vychovat jako stálého zákazníka je dalším z dilemat služeb, ale není předmětem této práce.

5.3 Paradigma zdravotních služeb

Základním bodem paradigmatu zdravotních služeb je pojetí, že službu přijímá pacient nikoliv klient. Principem tohoto paradigmatu je ukáznování oddělené od emancipace (Laan, 1998).

Diagnostické pozadí - součástí zdravotnického paradigmatu je stav, že za pacientem je diagnóza, nikoliv nemocný člověk. V některých případech tento jev se projevuje tím, že nelčíme člověka, ale měníme - „léčíme“ – diagnózu. Pacient je spojen s nemocí. Nemoc je v přímém protikladu zdraví – jako bio-psycho-socio-duchovní integrity člověka.

Obsahové pozadí. Termínem pacient popisuje osoby s nemocí, ale i osoby zdravé. Příkladem může být těhotná žena, která je jinak zcela zdravá. Těhotenství bychom neměli řadit do kategorie nemocí. Rovněž osoby staré, které umístíme do léčen dlouhodobě nemocných, tam někdy umístíme nikoliv z důvodů zdraví, ale z důvodů nedostatku funkčnosti rodiny či nedostatku jiných vhodnějších služeb.

Lingvistické pozadí – pacient pochází z latinského pati – něco podstupovat, nebo trpět. Dalším prvkem zdravotní péče je odborný jazyk. Odborný jazyk je známkou odbornosti, umožňuje nám lepší orientaci v problematice, ale je zároveň nástrojem přemoci. Pokud náš jazyk je výrazně jiný než jazyk klienta – pacienta – jsme ve výrazné přesile. Odborný jazyk a jeho nesrozumitelnost, nám jako zdravotníkům dává významnou moc a pacienty ještě více staví do role pasivního příjemce pomoci.

Architektonické pozadí – nemocné osoby velmi často nějakým způsobem izolujeme. Architektura nemocnic a ambulancí se svou sterilitou v nás evokuje jistou míru „nepatřičnosti“ nemoci v našich životech.

Sociální pozadí – zdravotnictví má dlouhodobě charakter bezplatnosti. Podle výpovědi některých lékařů, připadá jeden nemocný na 30 zdravých návštěvníků ambulancí, kteří přijdou „pro jistotu“, nebo že v 50-ti letech je ráno bolí koleno při 30 kilech nadváhy. Zdravotníci někdy taky mají renomé šamanů, kouzelníků, opravářů, kteří na naše zavolání nás opraví.

Pacientské pozadí – lékař mi musí pomoci, na zdravotní péči mám nárok, nemůže mě zatěžovat spoluúčastí – finanční či změnou mého chování. Jsme v nemocnici a sestry mi musí poskytnout plný servis.

Finanční pozadí – model bezplatnosti zdravotní péče a zdravotní péče jako politikum s sebou přináší i jednoduchou zneužitelnost lůžkové péče. V situacích kdy máme jednu z nejrozšířenějších světových sítí lůžkové péče na světě, opačným způsobem jsme ekonomicky vedeni k tomu, aby tato péče byla využívána. Jinak řečeno, primář je hodnocen podle toho jakou má obložnost v zařízení, na kolik procent má obsazená lůžka. Vzniká tak paradoxní situace, kdy jsou hospitalizovaní pacienti/klienti, kteří by se mohli léčit ve svém domácím prostředí. Takováto léčba opětovně posiluje postoj, že nemocnice je opravna s hotelovými službami a nadužívat péči ze strany klientů/pacientů je normální.

Pacient v nemocnici je postaven do role pasivního příjemce pomoci. Maximum sebe-obslužených záležitostí se snaží vykonat zdravotnický personál. Je to rychlejší, efektivnější, splňuje to více nároky na sterilní čistotu. Výsledkem je odcházející pacient, který – především v pokročilém věku – se znova musí připravovat na samostatnost.

Výsledkem je model ukázněvaní, zneschopnění, postavení bezmocnosti jak nemocného tak zdravotníka. V tomto procesu nám velmi pomáhá odborný jazyk, který je pacientovi neznámý. Celkově takto vzniká nerovnoměrné rozložení sil, kde pacient je nemocný i ve své nemoci mocný. Zdravotník je na jedné straně „šaman“ a na druhé straně sluha.

5.3.1 TEORIE MOCI A POMOCI V JINÉM PARADIGMATU – KLIENTSKÉM.

V této části se budeme věnovat předešlým bodům paradigmatu pacienta, které zkusíme přeložit do paradigmatu klienta.

Diagnostické pozadí – již zmiňovaní Chvála s Trapkovou (2017) upozorňují na stav, kdy většinu nemocí musíme chápat v rodinném a historickém kontextu klienta, tak i Reid a kol. (2005) v publikaci „Building a better delivered system and a new Engineering/health care partnership“ popisují model, kdy klienti, zdravotníci a rodiny klientů se stali partnery pro ozdravný proces – posun z patientského ke klientskému systému. Klienti, jejich rodiny a hodnoty se mají stát systémovou součástí ozdravného procesu.

Lingvistické pozadí – i v tomto bodu se následně budeme měnit. Lékař již není šaman, ale spíše kouč, který hledá vnitřní i vnější motivaci klienta ke změnám v ozdravném procesu. Tato změna s sebou nese změnu jazyka, zapojení lékárníků i sester do celého procesu.

Architektonické pozadí – z tohoto pohledu se snad nejvýrazněji přiblížíme filozofii sociálních služeb. Každá péče, která se může odehrávat v domácím prostředí klienta se tam má odehrávat. Tak jako narození, nemoc i smrt, byla součástí našich běžných životů a domácnosti, tak by se tam měla opět vrátit. Tato případná změna s sebou nese změnu myšlení od samotného ministerstva, zdravotníků i jednotlivců, včetně rozvoje nových služeb. Musíme počítat i s situací, kdy dojde k omezení lůžkové péče, která bude zbytečná.

Sociální a klientské pozadí – jako klient - partner – nesu spoluodpovědnost za své zdraví, stávám aktivním článkem celého ozdravného procesu. Tato změna s sebou nese několik souvislostí:

- Vědomí, že zdravotní péče není zdarma
- Vědomí, že nemocnice není hotel a hotelové služby nepatří do ozdravného procesu
- Vědomí, že pokud mám vysoce stresující zaměstnání, léky na vysoký tlak mi nepomohou, ale pomůže mi změna zaměstnání a případná změna životního stylu
- Jít na vyšetření „pro jistotu“, udělat si ze záchranného systému taxík, je náklad do mojí peněženky
- Neochotu farmaceutického průmyslu změnit způsob léčby

Jen změna myšlení v těchto bodech následně bude ovlivňovat školství, sociální služby a podobně.

Klient v nemocnici – pokud už potřebuji hospitalizaci, zdravotnický personál by mi měl pomáhat s minimem sebeobsluhy, případně by ji měl posilovat a rozvíjet. Sestry nejsou sluhové, ale partneři. Partnerský přístup (změny přístupu odborného personálu) s sebou nese zájem nejen o nemoc nebo diagnózu, ale především o člověka a případnou historii jeho nemoci. Zde se přiblížíme paradigmatům sociální práce, kdy potřebujeme užší spolupráci s rodinou a případnými sociálními službami.

Rodina - součást nemoci nemocného. Při změně zdravotních přístupů je nutné rozšířit kompetence zdravotníků a posílit jejich týmy o zdravotně sociálního pracovníka. Rodina jako taková, znova získává svůj mnohgenerační význam. Jsou rovněž situace, kdy bude nutné zapojit i komunitní plány, pro klienty, kteří nemohou čerpat z opory rodinného zázemí.



Zdroj: Fabián 2019

Df

DEFINICE

Respitní péče je v podstatě odlehčující službou pro osoby, které v domácím prostředí trvale pečují o své blízké, ať už z důvodu věku, dlouhodobé nemoci nebo zdravotního postižení.

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci s postižením a jejich rodinám, žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co je to dilema?

Popište komunitní péči

Popište respitní péči

K ZAPAMATOVÁNÍ



Každá pomoc s sebou přináší jistou míru kontroly. Vybalancovat rozdíl mezi pomocí a kontrolou – kdy je již kontrola nebo pomoc kontraproduktivní je velmi složité a náročné pro každého profesionála.

DALŠÍ ZDROJE



<https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>

<https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/respitni-pece/>

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ



Popište stav, kdy přílišná pomoc věnovaná rodině chronicky nemocného dítěte, může vyústit v situaci, kdy rodina se stává pasivním příjemcem pomoci a začne ji vyžadovat jako povinnost společnosti vůči rodině.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Kapitola se věnuje několika tématům:

- První je téma komunitní, sdílené, respitní pomoci rodině s chronicky nemocným.
 - Další téma je věnováno dilematu pomoci a kontroly, které je završeno tematikou vzájemné provázanosti sociální společnosti přes vedení ZZ a multidisciplinární týmy k samotnému odběrateli služby
-

6 POTŘEBY DÍTĚTE A FUNKCE RODINY, NEMOC DÍTĚTE JAKO ZPŮSOB KOMUNIKACE S RODINOU

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Tato kapitola je věnovaná problematice změn v rodinných konstelacích a tím i měnící se modely komunikace, rodičovských rolí a podobně.

Rovněž se zde budeme zabývat výchovnými styly a komunikací v rodině. Všechny tyto prvky mají vliv na efektivitu léčby i na samotnou komunikaci s rodinou dětského pacienta

CÍLE KAPITOLY



Student se seznámí s problematikou:

- Změnami v rodinném systému rodiny
- Komunikace v rodinách, která ovlivňuje i přijímání služeb

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Rodina, rodinné konstelace, komunikace v rodině, výchovné styly

Za poslední desetiletí, rodina a způsob rodinného života prošel rychlými změnami. V krátkém exkurzu si jen načrtneme základní změny v rodinném způsobu života.

6.1 Změny rodinných konstelací

Rodina v minulém století:

- Rodiče – sezdání a dítě
- Rozvedení
- Náhradní rodinná péče

Současná rodina:

- Rodiče sezdaní a dítě
- Rozvedení, případně další vztahy – do světa dítěte vstupuje několik různých výchovných a komunikačních systémů
- Partneři a dítě
- Partneři na půli cesty
- Náhradní rodinná péče – převážně prarodiče
- Registrovaní partneři a dítě
- Dítě v rámci surogátního mateřství
- Rodiče a dítě v rámci IVF

Všechny uvedené vzorce mají vliv na komunikaci s dítětem i zdravotníky, dávají nové výzvy i rizika.

6.2 Komunikace v rodině jako taková

Podporovaná a funkční komunikace mezi členy rodiny (rodin), zásadním způsobem přispívá ke zvládnání životních obtíží a problémů, tedy včetně léčby. Pokud komunikace v rodině nefunguje, může napáchat řadu nejrůznějších problémů v soužití rodiny a vztazích mezi jejími jednotlivými členy. Především se může projevat jako určitá patologie nebo chronicita nemoci. Můžeme léčit příznaky nemoci, ale zdroj je jinde. Astmatické děti – astma, jako vzorec dusna v domácnosti, časté exémy – rovněž jako projev rodinné patologie.

Rodina je klíčovým článkem a některé nemoci dítěte, mohou být jen mechanismem k přežití nebo udržení rodiny pohromadě.

Pro zdravé rodinné fungování jsou důležité tři základní stavební pilíře. Těmi jsou: soudržnost, adaptabilita a komunikace. Soudržnost rodiny souvisí s rodinnou blízkostí a intimitou.

Adaptabilita znamená - schopnost rodiny přizpůsobovat se měnícím se požadavkům a nárokům života. Pro nás jako zdravotníky je to důležitý článek péče. Nemoc dítěte může být

někdy jeho adaptivitou na prostředí rodiny, nebo členové rodiny si mohou vypěstovat svérázný způsob vzájemné komunikace pro zvládnutí péče o postižené dítěte.

Rodinná komunikace - je tak důležitým pilířem rodinného fungování, je nosným prvkem, který utváří celkovou rodinnou atmosféru a v situaci několika vzájemně provázaných rodin, může výrazně ovlivňovat úspěšnost léčby. Komunikace je pro rodinu i zdravotníky základním nástrojem pro řešení a potýkání se s problémy. Přímá a otevřená komunikace funguje jako prevence nemocí a patologií v rodinném soužití, naopak narušená komunikace může zhoršovat negativní vlivy různých rizik a stresů.

Komunikaci v rodině můžeme rozdělit na:

- Běžné povídání - podporuje kontakt mezi jednotlivými členy rodiny, jde například o sdělování osobních názorů, událostí, četbu, shlédnutí film. Mělo by mít pozitivní charakter „pochvalování si“, neustálé kritické komentáře totiž nepodporují dobrou náladu.
- Rozhovor o problémech – může mít různý ráz například zdůrazňování problémů, hledání viníka, hádky. Může jít také o věcnou rozmluvu o problému a hledání možného řešení.
- Bytostný rozhovor – zde se jedná o sdělování velmi citlivých a důvěrných informací o vlastní osobě. Může zásadním způsobem přispívat k pocitům sounáležitosti a blízkosti mezi členy rodiny. Toto sdělování citlivých informací však má i svá rizika – nutné bezpečí, aby sdělení nebylo zneužito ke kritice.

Kvalitu rodinného fungování podstatně ovlivňuje **spokojenost** členů rodiny s životem rodiny. Hlavní je zde míra rodinné soudržnosti a adaptability. Dalším velmi důležitým faktorem, který kvalitu rodinného fungování ovlivňuje, je způsob řešení konfliktů a efektivní komunikace mezi partnery. Optimální rodinné fungování představuje ochranu jejích jednotlivých členů, a pomáhá rodině vyrovnat se s překážkami a stresem každodenního života. Rodinná komunikace se tak stává nástrojem zdravotnického pracovníka pro výkon zdravotní péče o dětského pacienta.

Problémem je, pokud mezi sebou partneři dostatečně nekomunikují. Pokud se dostanou do této situace, nemohou pak společně řešit životní problémy a dostávají se do začarovaného kruhu, který je výsledkem absence vhodných komunikačních dovedností jednotlivých členů rodiny. V případě nedostatečné komunikace mezi partnery – případně rozvedenými partnery, musí zdravotnický pracovník dobře rozvíjet své komunikační dovednosti tak, aby mohl předávat relevantní informace obou stranám.

Způsob výchovy

S komunikací v rodině bezesporu souvisí i způsob výchovy, který rodiče uplatňují při výchově svého dítěte. Ve snaze dosáhnout určitých výchovných cílů, rodiče využívají nejrůznějších výchovných prostředků, jako např. pochvaly, napomínání, odměny či tresty, které se však mohou zcela minout účinkem. Vše závisí na vzájemném vztahu rodiče a dítěte.

Výchovné styly

Existuje velké množství rozdělení výchovných stylů. Každý autor je dělí podle jiných kritérií. Rozdělujeme tři základní typy:

Autokratický (dominantní, autoritativní) – rodič či vychovatel je vůči dítěti velice direktivní. Používá různé rozkazy, hrozby a tresty. Velmi málo respektuje přání či potřeby dítěte, má pro ně málo pochopení a porozumění. Dítě nemá možnost projevit vlastní iniciativu, je mu poskytováno velmi málo samostatnosti.

Liberální – rodič či vychovatel dítě řídí pouze velmi málo. Na dítě neklade téměř žádné požadavky, a když už od dítěte něco požaduje, nekontroluje a neočekává důsledné plnění.

Demokratický (sociálně integrační) – rodič či vychovatel podporují vlastní iniciativu a samostatnost dítěte. Snaží se na dítě působit vlastním příkladem a neužívá téměř žádné tresty či zákazy. Je přístupný rozhovoru a dává dítěti prostor pro vyjádření vlastního názoru a přání.

Nově se objevuje tzv. Nevýchova – je součástí samostudia této kapitoly. Je založena sledování dítěte jako originálu, ale rovněž pracuje s rodičem, jeho strachy a obavami.

Každý z uvedených výchovných stylů vytváří u dětí odlišný způsob prožívání a chování. Podle výsledků studií autokratické vedení zapříčiňuje u dětí vyšší dráždivost a agresivitu. Dítě touží po pochvale a úspěchu, snaží se na sebe ve větší míře upoutávat pozornost. Frustrace z nemožnosti projevit vlastní iniciativu vedou k hromadění hněvu, výčitek a obviňování.

Styly komunikace mezi rodičem a dítětem

Se zvoleným výchovným stylem, který rodiče uplatňují, souvisí i způsob komunikace mezi rodičem a dítětem. Způsob komunikace v rodině má velký vliv na projevy chování dítěte i na jeho prožívání a vztahy mezi členy rodiny navzájem.

Pasivní styl komunikace – rodič vede své děti ke slušnosti, stanovuje přísné normy chování a toho, co by se správně mělo a nemělo dělat.

Nebere však v potaz prožívání a názor dítěte. Většinou je rodič sám velmi nekomunikativní a to samé vyžaduje od svých dětí – znamená to nemožnost vyjádřit pocity, přání či nesouhlas.

Agresivní styl komunikace – děti, které se projevují zvýšenou agresivitou, většinou znají ze stran rodičů pouze tvrdost a přehnanou přísnost. Rodiče dítěti neprojevují náklonost a lásku, nebo je naopak přehnaně rozmazlují.

Asertivní styl komunikace – rodiče jsou vůči dítěti upřímní, to samé učí své dítě. Snaží se u dítěte podporovat samostatnost a odpovědnost. Respektují jeho názory a pocity.

Za neoptimálnější způsob komunikace se považuje asertivní styl, který předpokládá dostatečnou komunikaci mezi rodičem a dítětem. Dítě je vedeno k respektování druhých lidí ale i sebe samého. Dítě dokáže přestát konflikt a účelně ho řešit, má reálný odhad svých možností a schopností, což souvisí se zdravou mírou sebevědomí.

U Agresivního stylu komunikace dítě často pocítuje hněv a napětí. Dítě se tímto stylem komunikace učí, že má vždy pravdu a nebere ohled na názor druhých. V pubertě tyto děti mnohem častěji porušují stanovená pravidla a zkoušejí, jak daleko mohou zajít.

Očekávání – jako patologie v komunikaci.

Očekávání je nejobecnější a většinou jaksi neutrální cit zaměřený na budoucí události a stavy, které si v představách "zpřítomňujeme". Některé druhy očekávání však mohou být spjaty se značným vnitřním napětím (např. v oblasti psychosexuální).

Typickou poruchou z *očekávání* je tréma. Očekávání je spojeno s obavou ze selhání, se strachem z nedostačivosti zřejmé okolí. Někdy se hovoří i o neuróze z očekávání. Např. očekávání přísné zkoušky je provázeno negativními dysfunkcemi (zvýšeným pocením, průjemem, zvracením, zvýšeným krevním tlakem).

Očekávání má také širší význam: i když nemáme představu budoucnosti, máme ve vztahu k ní připraveny určité způsoby chování.

Očekávání probíhá ve dvou základních formách: ve formě trpělivosti a netrpělivosti. Obojí je postojem k chodu, průběhu, času a události. Trpělivost se projevuje jednak v pouhém umění čekat na něco (pasivní trpělivost), snášet nedostatek, strádání, utrpení apod., je však také trpělivost v jednání (aktivní trpělivost): neúnavnost námahy, vynakládané pro očekávaný úspěch. Zklamané očekávání se často projevuje dekultivací výrazových projevů osobnosti, tendencí k abreakci, k redukci vnitřního napětí.

(<https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/ocekavani>)

Jaká máme očekávání od svých partnerů?

Jaké byly očekávání rodičů a učitelů od nás?

Co jsme z toho plnili? Na co jsme neměli sílu nebo odvahu – i odvahu se vzepřít.

Očekávání rodičů od poskytovatele zdravotních služeb.

S tématem očekávání budeme ještě soustavně pracovat v kapitolách věnovaných migraci a práce s odlišnými kulturami a subkulturami.

DEFINICE

Adaptabilita znamená - schopnost rodiny přizpůsobovat se měnícím se požadavkům a nárokům života.

KONTROLNÍ OTÁZKA

Popište nemoc dítěte, jako způsob adaptace na rodinnou atmosféru – vyberte příklad autoimunitního onemocnění

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

Prostudujte a popište způsob reakce obyvatelstva na vnější nebezpečí:

<https://echo24.cz/a/iTUm9/proc-strkame-hlavu-do-pisku-kdyz-je-nebezpeci-tak-zjevne>

<https://echo24.cz/a/iupAE/o-cem-se-radeji-nemluvi>

SHRNUTÍ KAPITOLY

Rodina je základní jednotkou pro dítě, v něm vyrůstá a žije. Rodina je místem jeho ozdravného procesu, ale velmi často i místem zrození nemoci. Změna rodinných konstelací, způsobů výchovy i interní komunikace v rodinách je často nástrojem pro efektivitu léčby.

Nemoc může být tedy i nástrojem adaptace na rodinné klima. Bez změny rodinného klima, realizujeme jen symptomatickou léčbu bez návratu ke zdraví.

7 MULTIKULTURALISMUS

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Cílem kapitoly je seznámit studenty s problematikou multikulturní společnosti, problematikou multikulturalismu, východisky celého problému migrace obyvatelstva, subkultury a problematiky začleňování.

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování se bude student orientovat:

- Teoriích multikulturalismu v ošetrovatelství a v sociální práci,
 - Teorií kulturního šoku
 - Problematice migrace
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Multikulturalismus, kulturní šok, migrace,

7.1 Teorie multikulturalismu

Rozvoj technologií, globalizovaná ekonomika, významné rozdíly v životní úrovni na různých kontinentech a vymírání některých částí světa – především těch ekonomicky bohatších – vede k stěhování lidí mezi kontinenty, národy, kulturami. Tento jev zde byl vždy, ale v posledních desetiletích nabývá na významu.

Význam termínu *multikulturalismus* je složen ze dvou částí. Předpona *multi-* označuje mnohost, a *kultura* (z latinského *colere* = pěstovat) je soubor hmotných i nehmotných statků,

kteře člověk vytvořil z přírodnin. Přípona *-ismus* udává označení hnutí a směru myšlenkových proudů. Při zevšeobecnění těchto významových pojmů můžeme předpokládat, že slovo *multikulturalismus* označuje myšlenkový proud, který je nasměrován do problematiky mnohosti kultur ve vzájemné interakci. Tento směr rovněž předpokládá onu vzájemnost jako obohacující a rozšiřující sociální společnost. Případné konflikty vnímá jako nevhodný přístup k menšinám nebo některým skupinám či myšlenkovým proudům. Multikulturalismus obhajuje a vyzdvihuje ideální, a na první pohled rovnocennou, multikulturní společnost. Zdůrazňuje rovnost a připomíná stejná práva pro všechny skupiny – především minoritní. Mohou si tedy chránit svou národnostní nebo náboženskou identitu, nemusí se jí vzdávat.

Význam termínu *pluralismus* (z latinského = vícery) je filozofickým směrem, který uznává existenci více podstat. Svět je zde popisován ve své složitosti a mimo jednu všeobsahující teorii s absolutní pravdou. Pluralismus se sám v sobě dále štěpí na pluralismus náboženský, kulturní, filozoficky atd. Kulturní pluralismus se zabývá řešením soužití více kultur v rámci jednoho státu. Zkoumá pozitivní i negativní dopady, které se zde vyskytují, hledá jejich východiska a hranice soužití, včetně možnosti vzájemného obohacování se.

Monokulturalismus (Gray, Webb 2013) vytváří jednolitou monolitickou kulturu. Tento směr je nám znám ze zkušenosti s totalitními režimy (v dnešním světě Čína, Rusko, Severní Korea, některé politické strany, které šíří strach z jiných kultur).

Asimilatismus (James in Gray, web 2013) znamená, že skupina majoritní společnosti definuje a sleduje vše, co si musí nově příchozí osvojit a dodržovat (některé asijské země s právem šaría a podobně).

Všechny zmiňované pojmy a jejich směry se v praktickém sociálním životě vzájemně prolínají a spojují na různých úrovních – od politické moci po jednotlivé občany.

7.2 Multikulturalismus ve zdravotních službách

Multikulturalismus je ideologií zabývající se vztahy mezi etnickou, kulturní a náboženskou rozmanitostí. Ovlivňuje identitu a chování lidí (Gray, Webb, 2013). V rámci sociální politiky je důležitá sebereflexe zdravotnického pracovníka, jak on sám rozumí multikulturní společnosti, sociálním záležitostem z ní plynoucí – sociální předsudky zdravotnického pracovníka (Taylor in Gray, Webb, 2013). Multikulturalismus představuje výzvy pro společnosti, které se setkávají s jinými kulturami a musí se zabývat těmito změnami. Jen v ČR žije trvale téměř milión cizinců (ČSÚ 2017).

Multikulturalismus shora – je postaven na principech nařízení, na úroveň institucí a oficiálních postojů vlády či samosprávy. Politické výzvy, které akcentují základní principy – občanské povinnosti, kulturní respekt, sociální spravedlnost, rovnost (Sundar ib Gray, Webb, 2013). Tyto postoje jsou zajímavé zdánlivou jednoduchostí, ale především uplatněním moci.

Multikulturalismus zdola (USA a Velká Británie) klade důraz na individuální příležitosti a občanskou asimilaci. Patří zde pozitivní diskriminace a nový fenomén – férové vyrovnávání šancí (rukojmí.cz, 2019).

Kritický multikulturalismus se orientuje na porozumění a poznání historie vzniku skupin, jak se mění jejich postavení v určitém historicko-sociálním kontextu. Zahrnujeme do něj kulturní kompetence (paradigma vzdělávací) – znalosti vlastní kultury, cizích kultur – a schopnost vést dialog na základě práv a povinností spojených s fungováním společnosti.

V praxi jsme svědky multikulturalismu postaveném na právech. V rámci akcentace práv dochází k ničení zajímavých projektů spojených s rozvojem jiných kultur – především projekty základního vzdělávání (zvláště s romskou minoritou). Tyto postoje jsou jen odrazem celkového stavu společnosti, která se staví nepřátelsky proti všemu cizímu. Stávající politická kultura tento stav posiluje.

7.2.1 VÝCHODISKA

Mísení kultur není novým fenoménem, který přišel po utečenecké krizi. Utečenecká krize jen otevřela a zvýraznila problémy, jež jsme dlouhodobě neřešily na celospolečenské úrovni. V rámci sociální práce jsou nutné kulturní kompetence:

- znalost vlastní kultury, jejich hodnot a historie,
- uvědomění si práv a povinností jednotlivců i skupin a jejich vzájemných vazeb,
- umění zpracovat dilemata spojená s multikulturální problematikou – asimilace/vlastní kulturní identita, práva/povinnosti menšin i majority,
- hledání rozdílností/hledání podobností.

Předpoklady (asumpce)

- Péče je univerzální fenomén, ale její pojetí, proces, formy a modely jsou kulturně podmíněné.
- Péče má biofyzikální, kulturní, psychologickou, sociální a ekologickou dimenzi a

kulturní koncepce umožňují pochopení ošetrovatelství v širších souvislostech.

- Typy, modely a procesy péče se liší mezi jednotlivými kulturami a subkulturami.
- Každá kultura má tradiční (lidovou) péči a formální (profesionální) ošetrovatelskou praxi.
- Hodnoty a přesvědčení v oblasti péče vycházejí u každé kultury z náboženských, rodinných, společenských, kulturních, ekonomických a politických souvislostí.
- Každá kultura popisuje sebekéči, ošetrovatelské praktiky a ošetrovatelský systém specificky.
- Terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jedině tehdy, když jsou známé a při poskytování péče respektované kulturní hodnoty, výrazy a praktiky.
- Kulturně shodné a všestranné způsoby péče jsou nezbytné pro zdraví a blaho jedinců, a to se promítá do úsilí sester na celém světě.

7.3 Teoretická východiska

Kulturní a sociální antropologie jako vědní obor zkoumá vývoj, strukturu a fungování různých kultur v prostoru a čase. Jako teoretická východiska sloužily Leiningerové (kromě holistické filozofie) následující kategorie z kulturní a sociální antropologie: kultura, dominantní kultura, subkultura.

- Multikulturní péče v ošetrovatelství vychází z doporučení mezinárodních dokumentů: Mezinárodní kodex ICN (novelizace 2000) uvádí: Zdravotní péči je potřeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.“
- Amsterodamská deklarace (1994), která se týká práv pacientů, uvádí: Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální zásady a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.

V konkrétní zdravotní a sociální péči je třeba brát v úvahu také psychosomatické projevy, jejichž příčinou je kulturní šok, což v našem kulturním prostředí není dosud dostatečně vnímáno.

7.4 Koncepce teorie

Teorie transkulturní péče a její koncepce jsou graficky znázorněné, popsány a vysvětlené prostřednictvím modelu vycházejícího slunce, který má čtyři úrovně seřazené od nejabstraktnějších (první) po nejméně abstraktní (čtvrtou) úroveň:

První úroveň	Zahrnuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu.
Druhá úroveň	Obsahuje poznatky o jedincích, rodinách, skupinách a situacích v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví.
Třetí úroveň	Poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče.
Čtvrtá úroveň	Zahrnuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování nebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo restrukturalizaci existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetrovatelství tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami té kultury, které pacienta /klient patří.

Zdroj: PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 2006, s .69

7.5 Kultura a ošetrovatelství

Kultura je původně antropologický termín a používá ve společenských vědách již více než 100 let. Teprve od 50. let 20. století se však významněji uplatňuje v ošetrovatelství.

7.5.1 DŮLEŽITÉ POJMY A JEJICH DEFINICE KULTURA

Kulturu definujeme jako soubor naučených, osvojených a sdílených přesvědčení, postojů, hodnot a životních zvyklostí, typických pro určitou skupinu lidí a mezigeneračně předávaný; kultura ovlivňuje vzorce chování a myšlení, je to složitá struktura

formující poznávání světa a života v něm. Jedná se o propracované, sdílené a předávané chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení určité skupiny osob. Toto chápání přechází z generace na generaci a ovlivňuje myšlení, rozhodování a jednání člověka.

7.5.2 SUBKULTURA

Předpona „sub“ naznačuje svébytnost a odlišnost od dominantní společnosti. Subkulturu tedy tvoří skupiny lidí, kteří sdílejí zvláštní hodnoty a normy, v nichž se rozcházejí s dominantní kulturou, a které nabízejí mapy významů, díky nimž je svět pro členy subkultury srozumitelný. Subkultury se pokoušejí řešit kolektivně zažívané problémy a vytvářet kolektivní a individuální identity. Konkrétní subkulturní předměty tak odrážejí strukturu, styl, typické starosti, postoje a pocity skupiny. Kreativita a kulturní odezva subkultur nejsou náhodné, ale vyjadřují společenské rozpory.

Subkultury se neformují k opozici ke kultuře hlavního proudu, nejsou však jednotné a vyznačující se vnitřními rozpory.⁷

7.5.3 KULTURNÍ HODNOTY

Jsou to silné vnitřní a vnější orientující síly, které formují a uspořádávají myšlení, rozhodování a jednání jednotlivce nebo skupiny.

Pro pracovníky ve zdravotnictví i v sociálních službách představují vlastní i klientovy kulturní hodnoty vodítka v ošetrovatelské činnosti. Pořadí priorit může být jiné u osob pocházejících ze západních a z východních kultur. S tím by měli být všichni, kdo poskytují multikulturní péči srozuměni.

7.5.4 KULTURNÍ VZOREC

Sociologická definice kulturního vzorce specifikuje, že kulturní vzor je systémem forem chování, hodnot a norem charakteristických pro danou společnost, který je obecně přijímán a napodobován, vstupuje do procesu socializace jedinců, reprodukuje se v kulturních výtvorech a stabilizuje se ve zvycích a obyčejích.

7.5.5 ETICKÝ PŘÍSTUP K ČLOVĚKU ODLIŠNÉ KULTURY

Kultuře nelze upřít i jistou hodnotu prediktivní, tzn., že pomáhá předem odhadnout, jak kdo bude v dané situaci reagovat. Patří k ní rovněž řada obřadních tradičních zvyklostí a kodex etického rozhodování. Všechny dnešní společnosti jsou kulturně heterogenní, liší se však mírou své heterogenosti.

Tolerance a multikulturalismus jsou významnými elementy sociální soudržnosti. Tolerance je jedním z nejzákladnějších ideálů multikulturalismu.

7.6 Kulturně zaměřená etika péče

Zdravotníci a také sociální pracovníci by měly pozorně naslouchat a všímat si projevů v chování, které jim pomohou orientovat se v životních postojích a etice klienta/pacienta. Kultury a subkultury mají svá vlastní etická vodítka, která jejich příslušníky usměřňují v různých situacích, a která si předávají obvykle z generace na generaci. Jednotlivé kultury si předávají své kodexy, přesvědčení, zásady, regulativy – jedná se rovněž o základní postoj jejich socializace. Pokud se subkultura cítí ohrožena, přechází k fundamentalistickému způsobu myšlení.

Specifika různých kultur a subkultur si probereme v dalších kapitolách.

7.6.1 KULTURNÍ ŠOK PSYCHOSOMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Termín „kulturní šok“ užívají antropologové k popsání pocitů dezorientace a stresu, jež zakoušejí lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Je zejména způsoben nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která jsou vyvolána kontaktem s cizí, neznámou kulturou. Každá kultura má svoje projevy kulturního šoku, který má svoje psychosomatické dopady. Ačkoli kulturní šok působí mnohým značné obtíže, je také příležitostí k vytvoření nových životních cílů, nové hierarchie hodnot.

Poprvé termín „kulturní šok“ použil antropolog Cora Du Boise a to v roce 1951, který vycházel ze své vlastní zkušenosti. Dalším antropologem, který se věnoval tomuto jevu, byl Kalervo Oberg, ten popsal kulturní šok jako pocit úzkosti, vznikající při přestěhování jedince

do cizího prostředí, kdy dochází ke ztrátě kontaktu jedince s lidmi, zvyky, hodnotami a normami, které jsou součástí jeho každodenního života.

Obergova studie kulturního šoku z roku 1954 uvádí čtyři odlišné fáze emocionálních reakcí spojených s pobytem v jiné kulturní společnosti:

- 1) Fáze „medových týdnů“ (honeymoon) nebo také „turistická fáze“. Důraz je položen na počáteční reakce euforické, okouzlení, fascinace, nadšení.
- 2) Fáze krize (crisis), náhlý obrat charakterizovaný pocity nepřiměřenosti, frustrace, úzkosti a hněvu.
- 3) Fáze zotavení (recovery), zahrnující náhlou krizi odhodlanosti a kulturního učení.
- 4) Fáze přizpůsobení (adjustment), odráží potěšení z fungujících schopností v nových životních podmínkách.

7.6.2 NEGATIVNÍ CHARAKTERISTIKY KULTURNÍHO ŠOKU

Kalervo Oberg uvedl šest negativních charakteristik kulturního šoku:

- 1) Napětí a stres v souvislosti s psychologickou adaptací.
- 2) Pocity, ztráty nebo deprivace vyplývající z odloučení od přátel, ztráty společenského postavení, role a osobního majetku.
- 3) Obavy z odmítnutí nebo pocity odmítnutí novou kulturou.
- 4) Zmatek v definování rolí, očekávaných pocitech a identitě.
- 5) Neočekávaná úzkost, zklamání, nechuť nebo rozhořčení týkající se kulturních odlišností.
- 6) Pocity bezmocnosti a bezradnosti, frustrace a deprese.

Carmen Guanipa, která působila jako psycholog-konzultant pro otázky multikultury v Montrealu (Kanada) a pochází z Venezuely, uvádí, že symptomy kulturního šoku mohou být odlišné v průběhu času. Uvádí tyto symptomy:

- Smutek a melancholie.
- Pocity osamělosti a izolace.

- Pocity odlišnosti od ostatních.
- Rozmanité fyzické obtíže: bolesti hlavy, nevolnost, nechutenství, alergie.
- Nespavost, potíže s usínáním nebo naopak nadměrný spánek a únava.
- Změny temperamentu.
- Pocity zranitelnosti a bezmocnosti.
- Deprese.
- Zlost, podrážděnost, rozmrzelost.
- Neochota spolupracovat s jinými lidmi.
- Identifikace s předchozí kulturou a idealizace předchozí kultury a země původu.
- Ztráta identity.
- Snaha intenzívně absorbovat všechno v nové zemi a její kultuře.
- Neschopnost řešit běžné problémy.
- Nedostatek důvěry a odvahy.
- Pocity nepřiměřenosti a nejistoty.
- Rozvoj stereotypů v nové kultuře.
- Touha a stesk po rodině.
- Pocity být ztracen, přehlížen, vykořisťován a zneužíván.¹³

7.6.3 ZVLÁDÁNÍ KULTURNÍHO ŠOKU

Carmen Guanipa uvádí několik způsobů jak bojovat s kulturním šokem:

- věnujte se koníčkům,
- nezapomínejte na to dobré, co už máte,
- buďte trpěliví,
- buďte konstruktivní,
- vyhýbejte se nepříznivému prostředí,
- fyzické aktivity (např. plavání, aerobic),
- relaxace a meditace,

- udržujte kontakt se svojí etnickou skupinou,
- udržujte kontakt s novou kulturou,
- učte se nový jazyk,
- staňte se dobrovolníkem v nějaké společnosti,
- nebuďte nešťastní kvůli lidem, které jste zanechali doma ve své původní zemi,
- akceptujte novou zemi a zaměřte svou sílu na cestu vpřed,
- udržujte pozornost i na vztahy s rodinou a kolegy z práce,
- vytvořte si jednoduché cíle, u kterých budete moct vyhodnocovat postup,
- naučte se žít i s věcmi, které vám stoprocentně nevyhovují,
- neztrácejte sebedůvěru,
- jděte za svými ambicemi a pokračujte ve vašich plánech do budoucna,
- pokud máte pocit, že potřebujete vyhledat pomoc, vždy se najde někdo, nebo nějaké služby, které Vám budou k dispozici.

7.6.4 REEMIGRACE

Totéž, co platí o kulturním šoku, platí o reemigrantech, když se vrací do své původní kultury. Ti prožívají tzv. re-entry šok. Přizpůsobení se původní kultuře je proces mnohem obtížnější, než přizpůsobení kultuře nové. Nelze se reálně připravit na problémy, které se mohou po návratu do země původu vyskytnout. Sociální práce s rodinou v kontextech zdravotně sociální práce.

7.7 MIGRACE

Již mnohá století lidé opouštějí své domovy z různých příčin. V minulosti lidé utíkali ze svých zemí kvůli válce, z politických či ekonomických důvodů. I v dnešním světě jsou lidé často nedobrovolně nuceni opustit své domovy kvůli konfliktům ve světě a začít život v novém neznámém prostředí. Nárůst migračních vln představuje pro svět vážný socioekonomický problém.

7.7.1 MIGRAČNÍ POLITIKA V ČESKÉ REPUBLICCE

Vlna přistěhovalců mířících do Evropy není novým fenoménem. Evropa již v minulosti byla zavalena migračními či emigračními vlnami (masová emigrace Evropanů do Ameriky v 18. a 19. století, Říjnová revoluce z roku 1917 v Rusku, výrazné posuny obyvatelstva během a po druhé světové válce atd.). Přistěhovalci mají v Evropě na populaci podíl cca 32 %, v ČR 8%.

Migrace je jev, který má dopad na společnost v mnoha ohledech. Lidé migrují z mnoha příčin. Nejčastěji z ekonomických či politických důvodů. Proto státy vytváří tzv. migrační politiky. Migrační politika České republiky je zakotvena v rámci Evropské unie a mezi její specificky regulované oblasti migrace patří: mezinárodní ochrana, ochrana vnější hranice Evropské unie a oblast návratů migrantů. (Migrační a azylová politika České republiky: Strategie migrační politiky České republiky [online], dostupné z: <http://www.mvcr.cz>)

Migrační politika usiluje o úspěšnou integraci cizinců do společnosti. Mezi cíle migrační politiky patří: udržení a rozvoj integrační politiky, podpora začleňování cizinců s ohledem na jejich práva, prevence sociálního vyloučení a informování cizinců i veřejnosti o problematice migrace. (Migrační a azylová politika České republiky: Strategie migrační politiky České republiky [online], dostupné z: <http://www.mvcr.cz>)

DEFINICE



Kulturní šok představuje psychický a fyzický diskomfort. Na psychické úrovni se jedná o smutek a melancholii, pocity odlišnosti od ostatních nebo zneužití, zlost a podrážděnost, deprese, stesk po rodině nebo identifikaci s předchozí kulturou a idealizaci předchozí kultury a zemi původu. (<https://www.encyclopediaofmigration.org/kulturni-sok/>)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Kontrolní otázky:

- Vysvětlíte pojem multikulturalismus
- Popište etiku práci v multikulturálním prostředí
- Psychosomatika a změna kultury



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Popište stav, kdy v rámci hospitalizace člena minority, může dojít ke kulturnímu šoku.



DALŠÍ ZDROJE

<https://www.encyclopediaofmigration.org/>

<https://dvojka.rozhlas.cz/vaclav-cilek-je-migrace-rizena-nad-knihou-k-m-greenhillove-migrace-jako-zbran-7466066>

<https://dvojka.rozhlas.cz/vaclav-cilek-obavam-se-klimaticke-krize-ktera-donuti-cele-narody-k-obrovske-a-7465423>



SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola se věnuje migraci a s ní spojenými jevy. Zároveň v rámci doporučené literatury jsou uvedeny podcasty na tato témata. Všeobecně lze říci, že celou historii lidstva se národy a menšiny stěhovaly a z tohoto důvodu je potřeba vnímat tyto jevy jako normální stav běhu lidstva.

Migrace s sebou přináší nové pohledy na ošetrovatelskou péči, ale rovněž upozorňuje na křehkost lidské psychiky, která při nezvládnutí změny prostředí může vést k psychosomatickým onemocněním, nebo k radikalizaci myšlení.

8 RODINA S JINÝM KULTURNÍM POZADÍM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této kapitole se budeme zabývat prací zdravotnického pracovníka v jiném kulturním prostředí. Toto prostředí často vzniká přijetím dítěte s doprovodem z jiné kultury nebo subkultury.

Seznámí se rovněž s očekáváními – tady jednotlivými způsoby života – v rámci různých kultur a tím i novými požadavky na ošetřující personál v přístupu k těmto rodinám.

CÍLE KAPITOLY



Student bude znát:

- Problematiku migrace
- Inkulturace
- Problematiku péče o osoby z jiné kultury či náboženství

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Rodina, křesťanství, judaismus, islám, hinduismus, rómská rodina

8.1 Právo rodiče a dítěte

Jak jsme již uvedli dříve, listina základních práv a svobod má sloužit k rozvoji potenciálu rodiče i dítěte – člověka jako jedince. Z tohoto pohledu musíme vnímat i jiný kulturní rámec rodiny a dítěte, které je přijato k léčbě.

Dítě nepřijímáme jako jedince, ale s celým jeho kulturním pozadím, stylem výchovy a rodinou. V této kapitole se budeme zabývat problematikou jiných kultur.

8.2 Menšiny v ZZ

Z migrantů, kteří se usadí na území České republiky, se následně stávají tzv. menšiny. Jsou to tedy skupiny osob, které se odlišují určitými charakteristikami od většinové společnosti. Příslušníci menšin jsou vystaveni neustálému tlaku většinové společnosti za cílem jejich začlenění do společnosti. Rovněž však mezi „menšiny“ musíme započítat subkulturu vyloučené lokality.

8.2.1 POJEM MENŠINA

Menšinami se v sociální práci myslí národnostní, etnické či rasové podskupiny. Pojem menšina se také týká „ne-etnických“ a „ne-rasových“ minorit, kterými jsou např. lidé s postižením, příslušníci tzv. „underclass“, lidé bez domova, konzumenti nelegálních drog nebo členové extremistických hnutí. Menšina je tedy jakási minorita, která má vůči jiné tzv. většinové skupině specifické vztahy. (Navrátil, 2003, s. 16)

Ve vymezení definice menšiny je klíčovým faktorem **mocenský vztah**. Tento faktor zaměřuje pozornost spíše na otázky rysu vztahů mezi skupinami. Ti také upozorňují, že pojem menšina není jednoznačný. Menšina je podle definice moci určena, poměrem moci koordinovat vlastní život.

Moc má dynamický charakter, a to vzhledem k tomu, že vztah mezi minoritami a majoritami je neustále proměnlivý. Tedy, vztahy mezi skupinami jsou výsledkem historických okolností, které jsou vystaveny proměnlivému časovému rámci. Soydan a Williamsová mají představu, že společnost je schopna vnímat a zlepšovat mocenské vztahy mezi většinou a menšinami v ní. Bohužel moc nedokáže odstranit či zmírnit předsudky většiny vůči příslušníkům menšiny. (Týž, 2003, s. 17)

Předsudky vedou k znevýhodňování skupiny, proto lze předpokládat, že i po změně mocenských vztahů mezi většinou a menšinou, by stále kulturní odstup většiny uváděl menšinu do nevýhody. Vedle předsudků musíme počítat i s výskytem tělesných nebo kulturních rozdílů příslušníků menšiny (tj. národnostních, náboženských, ideologických atd.).

(Navrátil, 2003, s. 17-18).

8.3 Menšiny v České republice

Zdejší majoritní společnost v České republice se, ve srovnání s jinými státy, neseťkávala s viditelnými projevy kulturní odlišnosti z hlediska dějin migrace. V Československé socialistické republice, se otázkám postavení a integrace menšin věnoval zákon o postavení národností č. 144/1968 Sb., ústavní zákon o postavení národností v Československé socialistické republice. Platnost tohoto zákona byla zrušena dne 8. 2. 1991. Poté se do popředí veřejného zájmu dostala ochrana romské etnické skupiny, a proto v letech 1991 a 1992 byly přijaty zásady týkající se integrace romského obyvatelstva. (Sheu, 2011, s. 193)

Novějším zákonem upravujícím práva příslušníků národnostních menšin je zákon č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, který příslušníkům menšin zaručuje výkon jejich práv. (Zákon č. 273/2001 Sb.: Zákon o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů [online], dostupné z: www.zakonyprolidi.cz)

8.3.1 NÁZOROVÉ SMĚRY MULTIKULTURALISMU

Multikulturalismus má několik názorových směrů, které představují formy odlišující minority od majoritní společnosti. Tyto ideologické koncepty se začaly formovat ve druhé polovině 20. století v západní světové kultuře, a to jako důsledek migrační krize. Jednotlivé multikulturní ideologické proudy si vybírají své kulturní hodnoty a zaměření.

8.3.2 KONZERVATIVNÍ MULTIKULTURALISMUS

Konzervativní multikulturalismus neboli monokulturalismus věří v nadřazenost západní patriarchální kultury (víra v tradici bělošské a mužské nadřazenosti). Příznivci konzervativního multikulturalismu vidí multikulturalismus jako nepřítele západního pokroku. Konzervativní multikulturalismus vnímá chudé děti a etnikum jako kulturně deprivované.

Hlavním rysem konzervativního multikulturalismu je asimilace každého do bělošské západní kultury, středních či středně-vyšších standardů třídy. Toto úsilí se ale může zdát jako velmi agresivní vůči kulturám etnických skupin a jejich politických pravomocí v rámci skupiny. Rovněž je potřeba si uvědomit, že je finančně náročné – odpovídat standardům střední třídy. V tomto modelu nelze vidět jasné problémy zapříčiněné sociální diverzitou, jelikož konzervativní multikulturalismus všechny řadí do západní společnosti, kde nejsou potřeba žádné reformy – úkolem je přizpůsobení se. Jedinou cestou jak předejít diferenciaci je skrze konsenzus. V rámci toho se vyzdvihá pojem „společné kultury“, jakožto způsob ochrany před kulturní izolací.

8.3.3 LIBERÁLNÍ MULTIKULTURALISMUS

Hlavním znakem liberálního multikulturalismu – již podle názvu vychází z liberálních teorií ekonomiky - je individualistické a všestranné ospravedlnění kulturních skupin. Ideálem multikulturní spravedlivosti, je rovnost příležitostí pro všechny, aniž by někteří trpěli diskriminací a neuznáním. Proto by se sociální integrace měla odehrávat na dvou odlišených rovinách: na eticko-kulturní integraci a eticko-politické integraci.

Důvod nerovnoprávného postavení tkví v nedostatku sociálních a výchovných příležitostech vedených k rovnosti v ekonomické sféře. Liberální multikulturalismus je založený na neutrálním a univerzálním procesu, který se snaží odstranit rasové, třídní či rodové rozdíly. I tento model se stále řídí bělošskou západní kulturou, která se snaží vnímat všechny stejně rovné. Také liberální multikulturalismus se staví k multikulturalismu jako k problému, který se musí vyřešit.

8.3.4 PLURALISTICKÝ MULTIKULTURALISMUS

Pluralistický multikulturalismus se podle některých, jako jediný přibližuje ke standardům multikulturalismu jako takového. Oproti liberálnímu pojetí stejnosti, se pluralistický multikulturalismus snaží naopak o diferencii. Pro pluralistické pojetí multikulturalismu je typické úsilí o zachování kulturní rozdílnosti v rámci rasové, rodové, jazykové a kulturní příslušnosti, dále i v otázkách handicapu a sexuální orientace.

Pluralistický multikulturalismus svým vyzdvížením diferencí přehlíží nejdůležitější

problémy těch, kteří nespádají do bělošské západní kultury, a jsou odtrženi od moci, zahrnutí chudobou a násilím. Tyto nedokonalosti pluralistického multikulturalismu překrucují diferenci na spolehlivější diverzitu, která bere evropské způsoby vidění za univerzální metody ukazující realitu.

8.3.5 KRITICKÝ MULTIKULTURALISMUS

Kritický multikulturalismus vychází z kritické teorie teoretiků Frankfurtské školy. Kritická teorie zkoumá formování reality každodenního života. Současná kritická teorie se v některých přístupech blíží environmentálním teoriím, ale především se jedná o specifický způsob přemýšlení nad popisem reality. Vychází z předpokladu, že náš popis reality odpovídá našemu vnímání, a to je potřeba neustále rozvíjet tak, abychom měli co nejpravdivější popis.

Samotný kritický multikulturalismus, je směřován k docílení rovnoprávnosti, naplnění principu demokracie a posílení i ekonomické sféry společnosti. Toto pojetí multikulturalismu se snaží o přesvědčení dominantní kultury o existenci rozdílných kulturních skupin. Jedná se tedy o emancipační hnutí v rámci společnosti.

8.4 PŘÍSTUPY PRÁCE K MENŠINÁM

Antiopresivní přístupy se snaží o zlepšení začlenění menšin do společnosti a předejít tak jejich sociálnímu vyloučení. Sociální pracovník usiluje o zrovnoprávnění menšin s většinovou společností.

Při práci s menšinami je zapotřebí, aby pracovník uměl vhodně uplatňovat metody sociální práce v praxi. Sociální pracovník by měl příslušníky menšin brát jako komunitu, ale zároveň vnímat individuální potřeby každého jejího člena zvlášť.

8.4.1 MINORITA A DOMINANTNÍ SKUPINA

Minoritou neboli menšinou rozumíme jakoukoliv skupinu osob definovanou nějakým sociologicky významným společným znakem, např. náboženstvím, jazykem, národností či rasou, která se početně nemůže rovnat skupině tvořící v dané společnosti většinu (dominantní skupina). Je to skupina lidí, která je pro svoje fyzické či

kulturní znaky vyčleněna od ostatních příslušníků společnosti.

Dominantní skupinou rozumíme sdružení uprostřed společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci ochránce a držitele hodnotového systému společnosti a je prvním „uzlovačem“ odměn ve společnosti.

8.4.2 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Migrace je charakteristickým prvkem dnešní doby. Lidé opouštějí své domovy a cestují za poznáním, dovolenou, pracovními příležitostmi a studiem. Ne vždy je ale migrace dobrovolná. Jedince nutí opustit vlastní domov také války, hlad, přírodní katastrofy nebo změny režimů. Posledních několik let se cílem imigrantů, skupin i jednotlivců, ze sousedních i vzdálenějších států stává i Česká republika. Imigranti se zde dočasně i trvale usazují. Přestože tato skupina obyvatelstva není příliš početná, stává se součástí naší společnosti. Všem cizincům musí být poskytnuta zdravotnická péče, bez rozdílu národnosti, barvy pleti či náboženského vyznání.

Tato péče je v České republice sice regulována speciálními zákony, přesto však může docházet k situacím, na které tyto zákonné normy neupozorňují. Jedná se především o specifické náboženské a národnostní rituály a zvyky, v souvislosti se stravováním, vyšetřováním, diagnostikou i s porodem a umíráním, na které náš zdravotnický personál není připraven. Na všech těchto individuálních potřebách je založena kvalita ošetrovatelské péče, která vyžaduje zdravotnický personál s odpovídajícími znalostmi a zkušenostmi v oblasti lidských potřeb.

8.4.3 MULTIKULTURNÍ VERSUS TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Přestože se oba tyto termíny používají k označení jediného jevu, mají svá specifika. Multikulturní výchova vyjadřuje snahu vytvářet způsobilost lidí chápat a respektovat i jinou kulturu než jen tu vlastní. Má velký význam při vytváření postojů k imigrantům a příslušníkům jiných národů a ras. Multikulturalismus je v podstatě požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur. Volání po uznání rovné hodnoty rozdílných kultur je výrazem základní a hluboké univerzální lidské potřeby bezpodmínečného přijetí, který tvoří podstatnou součást silného pocitu identity. V 80. letech bylo zjištěno, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, protože často přehlíží význam jazyka. Moderní společnost ale potřebuje sociální a ekonomickou integraci migrantů a jejich zvýšenou participaci na řešení problémů v sociální, ekonomické i politické oblasti. Tyto požadavky lépe splňuje transkulturalismus, který nestaví do centra pozornosti kulturu, ale oboustrannou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami. Transkulturní ošetřovatelství se dá definovat jako význačná

oblast teorie a praxe zdravotnictví soustředěná na porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí.

8.4.4 POJMY V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

Multikulturní a transkulturní problematika pracuje s několika základními pojmy. Některé z nich jsou veřejností chápány nepřesně, a proto je důležité si jejich význam vysvětlit.

8.4.5 ETNIKUM, ETNICITA, ETNICKÉ VĚDOMÍ

Výraz etnikum pochází z řečtiny ze slova ethnos, jehož význam je kmen, rasa či národ. Tímto pojmem se označuje národ, národnost a národnostní menšina.

Etnická skupina je označení pro skupiny, které žijí uvnitř většího kulturního a sociálního celku. Je to sociální skupina se společnými a specifickými etnickými rysy, jako jsou jazykové, kulturní, náboženské, barva pokožky, národní nebo geografický původ předků. Společenství jedinců v etnické skupině udržuje a šíří exkluzivní kulturní a sociální dědictví z generace na generaci.

Etnicitou rozumíme vzájemně provázaný systém kulturních, rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu. Tento pojem je pro multikulturní filosofii ústřední.

Sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních (teritorium, jazyk) a subjektivních (postoje, zvyklosti a hodnotový systém) komponentů jeho etnicity nazýváme etnickou příslušností.

Dalším pojmem je etnické vědomí. Je jím označována sounáležitost s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponent etnicity nebo rodového původu.

8.4.6 NÁROD, NÁRODNOST, NÁRODNOSTNÍ MENŠINA

Národ je osobitě a vědomě kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a území. Národy jsou identifikovány třemi typy kritérií. Prvním je kritérium kultury, do kterého patří spisovný jazyk, společné náboženství a společná dějinná zkušenost. Druhým typem je kritérium politické existence. Národy mají buď vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě. Třetím je psychologické kritérium. Subjekty národa sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu.

Národnost je zpravidla chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. Rozlišujeme národnost etnickou a politickou. V etnickém smyslu je národnost soubor osob se společným jazykem, historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím. V politickém smyslu je prostě souborem osob se státní příslušností daného státu.

Národnostní menšinu je ze sociologického pohledu možné vymezovat jako sociální skupinu, která je podřízenou částí celkových státních společenstev a má zvláštní fyzické nebo kulturní rysy, které jsou dominantní společností takto vnímány. Národnostní menšina se vyznačuje sebeuvědoměním, vnitřní soudržností a členy skupiny spojují osobité rysy, které mohou přinášet společenské znevýhodnění.

8.5 Rodiny v subkultuře

Život dětí v sociálně vyloučených lokalitách se odvíjí odlišně od života jejich vrstevníků v běžné společnosti. Specifické prostředí sociálního vyloučení je spojené s řadou problémů ekonomické, sociální, pracovní a bytové povahy. Nedostatek finančních prostředků vede pouze k možnosti zajištění základních nákupů potravin, dlouhodobě pak omezuje výdaje spojené se školními a mimoškolními aktivitami dítěte nebo vybavením domácnosti. Děti vyrůstající v sociálně vyloučených lokalitách mají velmi často omezený životní prostor. Domácnosti obývá zpravidla větší počet členů široké rodiny, děti nemají dostatečné soukromí ani vhodné podmínky pro školní přípravu.

Z nedostatku podnětů a kontaktů se také dítě mnohdy uchyluje k jednotvárnému a rizikovému způsobu využití volného času doprovázeného pocitů nudy. Děti ze sociálně vyloučených lokalit proto mohou často hledat možnost zvrátit tyto stereotypy nalézáním zábavy v hernách, zábavních podnikách, experimentováním s drogami, vandalstvím, ojedinělá není ani drobná trestná činnost.

Rodiče jsou zpravidla zaměřeni na svá práva bez povinností, prostě tak myslí. Ve vztahu k dítěti jsou spíše nastaveni spotřebitelsky – bez výrazného projevení emocí (nedostatek emoční vazby), výchova na ulici. Na druhé straně, dítě dokážou využít jako nástroj moci a přemoci vůči autoritám. Jako členové této subkultury nebudou mít tendenci zůstat s dítětem v zařízení. Dítě naopak, se může vzhledem k emoční deprivaci projevit jako ADHD, nebo jako dítě s poruchou pozornosti.

8.5.1 KŘESŤANSKÁ RODINA

V naší kultuře se křesťanské rodiny příliš neodlišují v rámci jednání a chování. Jako celek slavíme křesťanské svátky a jen přihlášení se ke křesťanství nečiní v rámci odborného ošetrovatelství výrazné rozdíly. V současné době je již normální míst v ZZ prostor pro slavení nedělních liturgií a pohyb nemocničního kaplana je již tradicí.

8.5.2 RÓMSKÁ RODINA

Majoritní společnost žije ve smyslu vertikálním – orientace na majetek, budovy, kariéru. Rómská rodina žije spíše na horizontální úrovni.

Rom a jeho rodina nežije v prostoru geografickém, **ale symbolickém**, vytvářený rodinnou sítí. Rodina se tak stává základem jeho identifikace se společností. Horizontalita sociální sítě a tudíž rodiny a rodinné komunikace znamená, že rodina sdílí vše - finanční prostředky, potravu, oblečení (společná spotřeba).

Každý člen sociální sítě má **svůj význam** a roli ve společenství. Role se vyvíjí v závislosti na věku (autorita stařešinů), vše je však podřízeno službě ostatním. Například *rodině stačí, když jeden z jejích členů umí číst a psát*, protože jeho dovednost slouží všem. Vyplývá z toho, že úspěch jedince nemá individuální význam, je oceňován pouze v té míře, ve které přináší prospěch komunitě. V horizontálním světě **nemá místo soutěživost**, která je typická pro vertikální svět. Tento jev má základní vliv na motivaci ke změně. My jsme byli vychováváni na modelu konfliktu – známky ve škole, být lepší. Toto v této subkultuře neplatí.

8.5.3 ŽIDOVSKÁ RODINA

Judaismus náleží spolu s křesťanstvím a islámem k monoteistickým náboženským soustavám. Pojem „judaismus“ se přitom neomezuje pouze na víru, ale zahrnuje také rozsáhlý systém etických a nábožensko-právních norem, které mají svou platnost dodnes a dodnes se podle nich řídí každodenní životní praxe věřících Židů. V našich oblastech máme židovskou komunitu v Krnově a Ostravě.

V dnešním judaismu existuje řada směrů od ultraortodoxního (chasidé) po zcela liberální, a navíc v diaspoře i v samotném Izraeli žije vysoké procento sekulárně zaměřeného židovského obyvatelstva. Způsob chování sekulárních Židů se v podstatě neliší od běžných evropských norem, zato je nutno dodržovat určitá pravidla v kontaktu s ortodoxními věřícími, kteří vedou tradiční způsob života včetně zachovávání náboženských příkazů. Přitom pro zdravotnickou a ošetrovatelskou praxi je velmi důležitá zásada, že veškerá pravidla je možné porušit, jestliže nastane situace ohrožení života.

Plnění náboženských povinností se týká především věřících mužů, ženy jsou od mnoha povinností osvobozeny. Základní náboženskou povinností každého věřícího Žida je modlitba. Ve všední den i ve svátek se konají pravidelně tři denní modlitby – ranní, odpolední a večerní, při nichž se věřící obrací k východu, tj. ideálně směrem k Jeruzalému jakožto tradičnímu kultovnímu centru.

V areálu zdravotnického zařízení není nutná existence synagogy, věřícím stačí zajistit dostatečné soukromí a dbát na to, aby na příslušnou dobu nepřipadla vyšetření, lázeňské kúry atd. Dále platí naprosté pochopení a respekt vůči modlícím se osobám, žádný náhodný svědek by neměl dát najevo překvapení nebo zvědavost. Modlitba se neomezuje jen na pravidelné denní a sváteční hodiny, ale v ortodoxních společenstvích je spojena s řadou běžných životních úkonů, kdy se pronášejí krátké liturgické texty jako prosba o Boží pomoc nebo poděkování. Nejčastěji se můžeme setkat s přednesem požehnání před jídlem, před započítáním cesty apod., a poděkování po jídle, po návratu z cesty atd.

Veden zdravotnických a lázeňských zařízení, stejně jako hotelů, by mělo vyhovět nejzákladnějším zvyklostem spojeným se zákazem fyzické práce o šabatu a svátcích. Je to např. včasná příprava hygienických potřeb v koupelnách a umývárkách, asistence personálu při přivolávání výtahu tam (ortodoxní žid o šabatu si nemůže přivolat výtah), kde neexistuje jeho automatický provoz, příprava hotových jídel tam, kde se běžně servíruje švédský stůl atd. Samozřejmě i rodinný život se v ortodoxních společenstvích řídí striktními pravidly a zvyklostmi. Hlavou rodiny a náboženskou autoritou je otec, matce patří úcta a respekt. Ve vztahu věřících židovských mužů a žen je základem důraz na cudnost a manželskou věrnost. Pro rodinné slavnosti, které by se mohly konat na půdě zdravotnických zařízení, platí totéž jako pro slavení svátků. Jejich hlavní částí je náboženský obřad, který se odehrává ve

větším společenství věřících; výjimkou může být obřízka, která se ze zdravotních důvodů musí konat v mimořádném termínu.

Hygiena

Judaismus klade důraz na očišťování před každou činností spojenou s náboženskými úkony. Jde přitom o jednoduché umytí rukou, ne o složitější rituál omývání, jako je tomu v islámu. Dalším stupněm rituálního očištění je vstup do speciální lázně, který židovské ortodoxní pospolitosti dodržují před začátkem šabatu, po nemoci, u žen při očištění nevěsty před svatbou a očištění po menstruaci.

Stravování

Stravovací zásady (kašrut, rituálně čistá příprava jídel) jsou rovněž stanoveny autoritami judaismu – Tórou, Talmudem – a na ně navazující středověkou rabínskou literaturou a ortodoxní věřící je striktně dodržují i všude mimo domov.

Zákaz míšení mléčného a masitého vyžaduje mj. používání dvojí sady nádobí pro přípravu a podávání jídel, v kuchyni mají být dvě lednice, dva oddělené pulty na přípravu surovin atd. Dále je při sestavování jídelníčku nutné dbát na dobu, kdy se smějí podávat jednotlivé pokrmy: obecně platí, že masité je dovoleno jíst nejméně půl hodiny po mléčném, ale mléčné až 3–6 hodin po masitém, přičemž uvedené intervaly se mohou lišit podle zvyklostí v jednotlivých komunitách.

Zákaz požívání krve znamená použití masa pouze z rituálně zabitého zvířete, kdy sám předepsaný způsob porážky zaručuje odchod krve. Před vlastní přípravou se maso ještě „košeruje“ nasolením a máčením, aby všechny zbytky krve vytekly. Nákup masa z rituálně zabitých zvířat a drůbeže je zárukou, že do kuchyně přijde skutečně maso „košer“, tj. čisté. Na druhé straně je nutné mít aspoň přehled o tom, které druhy živočichů patří mezi „košer“: jsou to domácí býložravci (skot, kozy, ovce), domácí drůbež a běžné ryby, tj. ty, které „mají ploutve a šupiny“. Obecně je známo, že judaismus zakazuje jíst vepřové maso, ale tento zákaz se týká i dalších zvířat, která „nemají rozpolcené kopyto a/ nebo nepřezvykují“. Z ryb není dovolen např. úhoř a podobně také mlži a mořské plody, protože Tóra zakazuje požívat plazy a vše, co se plazí. Naopak na nákup a zpracování ovoce a zeleniny se žádné omezení nevztahuje, a proto příslušníci ortodoxních komunit, kteří se zdržují mimo své prostředí, často volí vegetariánské stravování a jídlo si připravují sami z místních zdrojů. Zvláštnosti ve stravování znamenají pro zdravotnickou praxi jednu z nejdůležitějších položek v organizaci ošetřování židovských ortodoxních pacientů a zajišťování košer stravy vlastními silami může být velmi složité.

Jiná specifika

Závěrem uvedme, že k odlišnostem daným tradiční kulturou judaismu patří neodmyslitelně zvláštnosti, které lze označit jako vizuální, např. styl odívání a způsob chování ve společenském styku, přičemž právě otázky komunikace jsou pro ošetrovatelskou praxi důležité. V oblasti odívání je nejnápadnější stálé pokrytí hlavy, které zachovávají muži ve všech směrech judaismu kromě liberálního; je to čepička (kipa, jarmulka), klobouk, v chasidských pospolitostech široký klobouk s kožešinovým lemem (štrajml). Vdané ženy obvykle nosí pokrývku hlavy v synagoze a při svátečních obřadech, svobodné mají hlavu nepokrytou. Vdané ženy dbají o zakrytí vlasů buď stálou pokrývkou hlavy (klobouk, čepice, šátek), nebo parukou, přičemž obličej zůstává odhalen.

Se vztahem mužů a žen souvisí co nejzdrženlivější chování. Např. při pozdravu a představování ortodoxní muži vůbec nepodávají ženám ruku, tedy ani Židovkám, kromě manželky a žen v rodině; tato zásada má kořeny v biblických předpisech o možném rituálním znečištění muže třeba neúmyslným kontaktem s menstrující ženou. Muži si vzájemně ruce podávají, ženy rovněž, a to i příslušníkům jiných vyznání nebo původu. Proto je při seznamování s ortodoxními klienty vhodná zdrženlivost, při podávání ruky se doporučuje taktně počkat na signál z jejich strany a nepozastavovat se nad tím, že se klient třeba jen lehce ukloní.

Pravidlo vyhýbat se dotyku osob druhého pohlaví má kromě běžného společenského dopadu velkou důležitost při ošetrování. I v Izraeli mají ortodoxní pacienti právo požadovat ošetření nebo vyšetření příslušníkem stejného pohlaví, a totéž pravidlo by mělo platit – s ohledem na náboženské citění pacientů – také ve zdravotnických zařízeních v Evropě. Muže by měl vždy ošetřovat muž (lékař, masér atd.), ženu opět žena. V případě, že vyšetření nebo ošetření ženy musí poskytnout muž, je u výkonu přítomen manžel či jiný člen rodiny, jinak musí asistovat sestra nebo jiný člen zdravotnického personálu. Důvodem je zabránit, aby žena a muž, dokonce ne Žid, zůstali v místnosti sami. Výjimku z tohoto zvykového pravidla tvoří opět situace, kdy by šlo o ohrožení života.

8.5.4 ISLÁMSKÁ RODINA

Islám považuje rodinu za důležitý prvek společnosti a stanoví základní pravidla, podle kterých se má rodinný život odvíjet. Rodina je společenská skupina lidí, jejíž členové jsou svázáni pokrevními nebo příbuzenskými pouty. Rodinné pouto obsahuje práva a povinnosti, které jsou předepsané náboženstvím, prosazené právem a dodržované členy této skupiny. Podle toho mají členové rodiny jisté společenské závazky spojené s příslušenstvím k rodině.

Základem islámské rodiny jsou pokrevní pouta nebo manželské svazky. Podle islámu jsou pokrevní pouta ta nejpřirozenější. Islám buduje rodinu na pevných základech, které dokážou zabezpečit trvalé fungování rodiny. Základy musí být pevné a přirozené, aby mohly vyvolat pocit upřímnosti a vzájemnosti u členů rodiny.

Islám uznává náboženské ctnosti a morální výhody manželství. Muslimský jedinec se zaměřuje na rodinu a jeho cílem je založit si rodinu vlastní. Rodina a manželství mají v islámském světě ústřední postavení. V Koránu je o tomto tématu mnoho pasáží a podle Proroka již muž ovládl půlku svého náboženství, pokud se oženil.

Rodiče mají právo vyžadovat po svých dětech, aby k nim byly laskavé, poslušné a měly je v úctě. Oddanost rodičům je přirozený instinkt, který je zapotřebí posilovat uváženými činy. Větší důraz je kladen na práva matky, jelikož kvůli dítěti trpěla během těhotenství a porodu, kojila ho a vychovávala. Jakákoli arogance či drzost vůči rodičům je zakázána. Islám navíc zdůrazňuje, že zvláštní laskavost a úcta k rodičům je nutná, i když zestárnou.

V muslimských státech téměř nesetkáme s institucemi, jako je domov pro seniory. Manželky svého otce oslovuje dítě „teto“ a vyjadřuje jim stejný respekt jako biologické matce. Ve výchově dítěte má ovšem ve většině případů rozhodující slovo právě biologická matka. Na pohlaví dítěte při jeho výchově nezáleží. Privilegování mužského pohlaví bývá výsadou států, kde se spíše než muslimská víra, dodržuje muslimská tradice. Nicméně islám nic takového neuvádí a muž má podle Koránu stejnou důležitost jako žena.

Při sestavování jídelníčku pro muslimského pacienta by se mělo dávat přednost např. drůbežímu či hovězímu masu a pokud možno se vyhnout masu mletému (Ivanová et al., 2005, s. 221). Pacienti mohou také volit jídlo vegetariánské nebo upřednostňovat potraviny donesené rodinou.

Pro muslimy existují jistá témata, která jsou tabu, ale která jsou často při zjišťování zdravotního stavu pacienta klíčová. K. Ivanová (Ivanová et al., 2005, s. 222) mezi ně řadí rodinné a intimní problémy, základní fyziologické funkce, těhotenství (zejména mluví-li se o něm s mužem), rodinný stav, počet dětí (ptát se svobodné muslimky, zda má děti, je nevhodné, neboť mimomanželský styk je zakázán). Zdravotnický personál by měl při zjišťování daných informací postupovat obezřetně a počítat s možnými odmítavými reakcemi pacienta.

Vnímání intimity a péče o ženy

Muslimky si mnohdy chrání své soukromí a nerady se odhalují, a to jak po stránce fyzické, co se týká jejich oděvu, tak po stránce psychické, jako je např. hovor o intimních věcech. Při ošetřování by to mělo být co nejvíce respektováno. Muslimku by měla vždy ošetřovat žena a míra požadovaného odhalení těla při vyšetření i mimo ně by měla být co nejmenší (Lorenzová et al., 1999, s. 11). Ačkoli při ošetřování muže muslima přítomnost ženy mnohdy nevádí, je vhodné zachovávat v co nejvyšší míře i jeho soukromí.

Hygiena

Muslimové velmi dbají na čistotu těla. Kromě rituálního omývání před modlitbou (menší očista) může být praktikována také větší očista (omývá se celé tělo), která se provádí po pohlavním styku či po skončení menstruace. Muslimové také mohou upřednostňovat při použití toalety bidet nebo bidetovou spršku, pokud toto vybavení není k dispozici, postačí lahev s vodou.

8.5.5 HINDUISTÉ

Pro vyznavače hinduismu není jídlo každodenní samozřejmostí. Bývá součástí obětí a jeho příprava i požívání je provázeno mnoha předpisy, obřady a modlitbami. Tyto zvyklosti se liší podle oblasti a druhu vyznávání. Višnuisté se drží prastarých védských předpisů. Stravují se lakto - vegetariánsky, protože cesta k masu je krutým zotročováním a zabíjením vtělených bytostí. Višnuisté odmítají nejen maso včetně drůbeže a ryb, ale také vejce, jako zárodek života. Jíst maso dle hinduistů vede k nevědomosti a nemocem, naproti tomu vegetariánské stravování zvyšuje čistotu vědomí a prodlužuje život. Védská literatura povoluje konzumovat ovoce, zeleninu, obilí, ořechy a mléčné výrobky. Lidé konzumující jídlo pro požitek - jedí jen hřích. Jídlo musí být nejprve obětováno, aby ten, kdo ho jí, byl oproštěn od hříchů.

Předpisy se řídí výběr potravin, čistota, průběh zpracování, oděv kuchaře i stav jeho mysli, akt obětování či zasvěcení pokrmu a způsob stolování. Osoba připravující pokrm nesmí během vaření opustit kuchyni. Odejít smí, až když je pokrm sněden. Během vaření nesmí kuchař olíznout kuchařské náčiní, stejně tak nesmí naběračku z jednoho druhu pokrmu použít pro jiný druh pokrmu. Společnost je v hinduismu rozdělena a kastovním systémem do několika společenských skupin. Příslušnost k dané skupině (kastě) je dána již narozením člověka a je nezměnitelná.

Znakem společenského postavení je i oblékání. Lidé oblečením ukazují svou totožnost a vyznání. Tradiční oděv mužů i žen je složený z různých látek, které si hinduisté elegantně omotávají kolem těla. Nejobjemnějším ženským oděvem je sárí. Vdané ženy nosí znak bindi (červenou tečku) uprostřed čela.

Narození dítěte provází mnoho obřadů a zvyků, které se mohou lišit podle jednotlivých oblastí. Důležitým dodnes dodržovaným zvykem je zaznamenávání dne hodiny a minuty narození dítěte. Dle těchto údajů je dítěti zhotoven horoskop, který bude po celý život určovat šťastné a nešťastné dny a roky a příznivá a nepříznivá období života.

Rodina

Stejně jako kasta určovala místo člověka ve společnosti, tak v rámci rodiny bylo dán postavení člověka v domácnosti. V systému společné rodiny žilo většinou dohromady více generací. Ty sdílely společný obývací prostor, kuchyňské vybavení, finanční zdroje i zodpovědnost za udržování rodinného domu.

Lékařství

Již z doby dříve než před pěti tisíci lety byly zaznamenány v psané podobě základy ájurvédské vědy. Ájurvéda (v překladu věda života, dlouhověkosti) je tradičním názvem indické lékařské vědy. Je kombinací vědy a filosofie a tradičním systémem přírodního léčitelství, který podrobně vysvětluje složité medicínské techniky. Jejím účelem je vyhnout se chorobám pomocí udržování zdravého životního stylu.

Mudrc Sušruta již před dvěma tisíci lety vedl operace jako císařský řez, operaci šedého zákalu a mozku. Mezi nejvýznamnější lékaře se řadí Divódása Dhanvanta, který jako první očkoval proti černým neštovicím, popsal plastiku nosu a objevil krvetvorný faktor v játrech. Ájurvédská medicína byla velice pokročilá a velice se cení. Védští lékaři uměli na základě meditace vnímat pochody v lidském těle. Je velice rozsáhlá, popisuje dětské lékařství, porodnictví, interní i ženské lékařství, otorinolaryngologii, anestezií, protetiku i plastickou chirurgii. Nemoc pochází z nerovnováhy tří životních látek (regulátorů):

vaty (vzduchu či větru), pittы (ohně či žluči) a kaphy (země či hlenu). Zdraví pak lze navrátit obnovením rovnováhy mezi těmito látkami. K navrácení rovnováhy je třeba úprava stravy, správná a pravidelná životospráva, dobrá hygiena, vhodné prostředí a správný způsob myšlení. K léčbě se používá strava a bylinky a předepisují se podle tělesného typu. Lékaři měli ve společnosti vysoké postavení. Byli bráni jako strážci zdraví a života.

Multikulturalismus je v podstatě požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur. Volání po uznání rovné hodnoty rozdílných kultur je výrazem základní a hluboké univerzální lidské potřeby bezpodmínečného přijetí, který tvoří podstatnou součást silného pocitu identity.

Multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, protože často přehlíží význam jazyka. Moderní společnost ale potřebuje sociální a ekonomickou integraci migrantů a jejich zvýšenou participaci na řešení problémů v sociální, ekonomické i politické oblasti. Tyto požadavky lépe splňuje transkulturalismus, který nestaví do centra pozornosti kulturu, ale oboustrannou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami. Transkulturní ošetřovatelství se dá definovat jako význačná oblast teorie a praxe zdravotnictví soustředěná na porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Popište specifika ošetřovatelské péče o rodinu s dítětem, pokud patří k náboženským minoritám – judaisté, islám, křesťané

K ZAPAMATOVÁNÍ



Většina nekřesťanských náboženství striktně odmítá požívání vepřového masa, případně masa jako takového. Zároveň je zde preference vegetariánského, případně veganského stravování. S tímto požadavkem se můžeme setkat i mimo náboženskou minoritu, spíše jako osobnostně přijatý styl života.

DALŠÍ ZDROJE



<https://zdravi.euro.cz/clanek/role-multikulturniho-osetrovatelstvi-v-praxi-sestry-479577>



SHRnutí KAPITOLY

V této kapitole jsme se zabývali pojmy jako jsou multikulturalismus, menšiny, práce s menšinami – především náboženskými.

V samostatných podkapitolách jsme věnovali pozornost náboženským menšinám a rómské subkultuře. Zde jsme se zabývali způsobem života, stravování i specifiky v ošetrovatelské praxi.

9 PODNĚTNOST PROSTŘEDÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Jednou ze základních dětských potřeb je podnětnost prostředí. V této kapitole se budeme zabývat problematikou podnětnosti ZZ pro dítě a rodinu v některých jejích aspektech, které jsou definovány potřebami dětí a hygienickými pravidly závaznými pro ZZ.

CÍLE KAPITOLY



Student se seznámí:

- *Podnětnost prostředí*
- *Hygienická pravidla*
- *ZZ jako přechodné bydliště rodiny*

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Hygiena, podnětnost prostředí, přechodné bydliště

Jak jsme již uvedli v předcházejících kapitolách, jednou ze základních dětských potřeb je podnětnost prostředí a rodina jako základní vztahová síť. Tato kapitola bude spíše ve své textové části velmi krátká, ale bude spíše postavena na diskuzi k tomuto tématu. Diskuze bude vedena z pohledu předcházejících kapitol, kdy je vhodné vzít v potaz rovněž různé kulturní zvyklosti a práce s traumatem dítěte či rodiny.

Podnětnost prostředí:

- Je klíčová pro rozvoj dítěte a jeho vzdělávací aktivity
- Je důležitá pro rozvoj socializace a rodinných vazeb.

Z tohoto důvodu vznikla **Healthcare Iniciativa**, která se zaměřuje na:

- snížení strachu, úzkosti a utrpení dětí a jejich rodin ve zdravotnickém zařízení,
- zlepšení jejich celkového zážitku z péče o zdraví,
- snížení celkové nemocnosti u dětí.

(<http://www.childfriendly.cz/cs/nas-pristup/>)

Vnitřní rozpor několika různých potřeb a zákonných norem:

Potřeby dítěte a rodiče:

- bezpečí
- podnětnost prostředí – hrací plochy s kobercem, nesterility prostředí, jiné než kovová lůžka, vlastní jídlo,
- mít čas na odpočinek své koníčky či zábavu
- rodina jako základní vztahová síť – informovanost rodiče, práce s jeho vzorci výchovy a péče o dítěte, rozvoj změny v rodinné konstelaci, péče o zbytek rodiny

Tyto zkráceně uvedené potřeby a jejich saturace výrazně zvyšuje efektivitu práce s dítětem jako pacientem a jeho rodinou.

Na druhou stranu zde vcházejí do hry další faktory:

Potřeby zdravotníka:

- mít prostor na efektivní výkon své práce
- povinnost dodržovat hygienická pravidla
- stihnout všechna vyšetření a rehabilitace dítěte (dětí), které má oddělení
- spolupráce s rodičem – rodič má své strategie motivace dítěte, které jsou i pro zdravotníka důležité
- rodič může snižovat / navyšovat trauma dítěte z pobytu ve ZZ

Hygienická nařízení:

- omyvatelnost povrchů – podlahy, lůžka, nábytek
- časté úklidy dezinfekcí
- bezdotykové baterie a další servis

- jídlo z centrální jídelny

Pro rodinu se často stává ZZ druhým domovem v řádu týdnů či měsíců. Výše uvedené potřeby jsou ve vnitřním i vnějším rozporu.

Jak si může dítě a rodina připadat v ZZ jako doma?

Co tvoří domov:

- barevné prostředí
- prostor na bezpečné hraní – nejlépe na zemi
- barevné skříně
- jiné než bílé kovové postele
- rodič na blízku
- nechodíme v uniformách
- rodinná kuchyně odpovídající stravovacím a kulturním zvyklostem

Čím je charakterizováno ZZ:

- omývatelné povrchy
- absence koberců
- bílé stěny, vylepšené obrázky
- nástěnky s rozpisem terapií
- uniformy podle funkcí

DEFINICE

Potřeba se coby termín používá v oborech ekonomie a sociologie pro stav nedostatku nějaké z nezbytných složek základního uspokojení, které umožňují normální fungování lidského těla. Mezi primární potřeby člověka patří živiny a životní prostor, na kterém se může pohybovat.

KONTROLNÍ OTÁZKA

Popište potřeby:

- dítěte ve věku do 3 let, do 6 let, nižší stupeň ZŠ, vyšší stupeň ZŠ

- popište své potřeby jako osoby poskytující zdravotní službu
 - popište potřeby ZZ
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Najděte v literatuře rozdílnost mezi domovem, domácností a aplikujte tyto pojmy na dlouhodobý pobyt v rámci hospitalizace dítěte s doprovodem.

Nastudujte cíle a praxi zdravotních klanů - https://www.zdravotniklaun.cz/?gclid=CjwKCAiA8bqOBhANEiwA-sIlN0fljQGCi3wkIdmteTPp4hgXFVpgML-2cjj6Byw63RKfTw5ZvJK4BxoCIJYQAvD_BwE

Popište jejich přínos pro léčbu různých skupin pacientů



SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole jsme se zabývali dlouhodobým pobytem dítěte s doprovodem v rámci léčby ve ZZ. Pro rodinu a dítě se stává ZZ přechodným bydlištěm, a forma pobytu výrazně ovlivňuje efektivitu léčby jako takové, včetně případného rozvoje traumatické poruchy dítěte či rodiče.

10 AMBULATNÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY A JEJICH NÁVAZNOST NA NÁSLEDNOU PÉČI

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Cílem kapitoly je seznámit studenta s problematikou práce s rodinou v ohrožení, zvláště pak s rodinou, která pečuje o dítě se zvláštními potřebami. Zároveň se budeme zabývat nástroji zdravotních a sociálních služeb pro tyto rodiny a přístupy k těmto rodinám

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly se budete orientovat:

- Problematika poradenství pro rodiny s dítětem ohroženým na svém vývoji
- Etické principy a přístupy k těmto klientům
- Problematice současné rodiny

Rizikové faktory pro narození dítěte s postižením.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Ranná péče, sociální služby, ambulantní specialisté, služby v domácím prostředí pacienta

Rodina s postiženým dítětem, nebo s dítětem s chronickou nemocí je zvláště ohrožená rodina. V současném světě, se stále více stírá rozdíl mezi zdravotní a sociální službou. V systému návazné péče mluvíme o síti zdravotních a sociálních služeb pro rodinu a dítě.

Mezi zdravotní služby řadíme především síť ambulantních specialistů a dětských odborných léčeben.

Sociální služby vytváří jakoby základnější síť – od služeb pro dítě, přes služby pro rodiče (svěpomocné skupiny) a dále se provazují se školskými zařízeními, která vytváří zájmové aktivity.

Zavádí se pojem síťování služeb – v praxi to znamená, že sledujeme síť zdravotních služeb a sociálních služeb v daném regionu či oblasti, a snažíme se o jejich provázanost a doplnění služeb, které chybí pro rodinu a dítě. Pro samotný proces doplnění chybějících služeb, nám slouží komunitní plánování.

10.1 Specifika zdravotně-sociální práce s rodinou s dítětem s ohroženým vývojem

Specifika sociální práce popisují standardy, které se zaměřují na cíle a zásady služby sociální prevence rané péče, poradce rané péče poskytuje terénní, popřípadě ambulantní formou službu sociální prevence ranou péči, a to dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let. Zaměřují se na podporu rodiny a podporu psychomotorického vývoje dítěte s ohledem na individuální speciální potřeby, aktivizaci a posílení kompetence rodiny. Služba je poskytována zcela zdarma.

Je úzce spojena a propojena s ambulantními specialisty zdravotních služeb. Všichni aktéři služby jsou vzájemně provázáni a spojeni mezi sebou. Vzájemná propojenost zvyšuje kvalitu života dětského pacienta i rodiny.

10.1.1 PORADCE SE ŘÍDÍ ZÁSADAMI A PRINCIPY SLUŽBY

Mezi zásady patří:

- zachování lidské důstojnosti – rodiny mají často pocit jistého stigma
- dodržování lidských práv a základních svobod.

10.2 Princip důstojnosti a individuálního přístupu

Individuální přístup je základem jakékoliv naší práce – zdravotní i sociální. V rámci individualizované péče, postupujeme podle několika principů v souladu se základními standardy.

Ochrana soukromí klienta – jedná se ne jen o ochranu dat o klientovi, ale především o způsob samotné práce, procesy setkávání, způsoby komunikace a přístupu postaveného na lidské důstojnosti. Dbát na princip přirozeného prostředí, který je pro dítě bezpečný.

Princip zplnomocnění (empowerment) spočívá v tom, že poradce rané péče respektuje právo klienta na kvalifikované a objektivní informace v množství, jaké si vyžádá a právo a zodpovědnost klienta rozhodovat o sobě.

V principu kontinuity péče – návaznost na komunitní plány regionu - v rámci ukončování služby je klient poradcem rané péče informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v regionu. Zpětná vazby – dostatečně kvalitní – může rozvíjet síť zdravotních a sociálních služeb na krajské, potažmo na okresní či místní úrovni.

Principy kontaktů se zájemci o službu - prvním kontakt bývá stěžejní, po něm následují další osobní setkávání. Je vhodné stanovit si časové limity schůzek, umožní to lépe si plánovat časový i věcný prostor – omezení zabíhání od tématu.

Dokumentace – standard často probíraný vzhledem k důvěrnosti dat a soukromí rodiny. V současné elektronické době je efektivní mít dokumentaci elektronickou, za předpokladu dostatečného chránění dat.

Dostupné služby – zdroje pro rodinu – poradce v rámci tohoto standardu, měl by mít přehled o službách v daném regionu. Organizace nenahrazuje péči, jen doplňuje co rodině schází, a to i tak, že propojuje – síťuje – služby pro rodinu.

Personální standard – je zaměřen na personální rozvoj a vývoj organizace, vzhledem k potřebám sociálního prostředí a vývoji organizace.

Standards profesního rozvoje zaměstnanců – jedná se o dvousečný standard. Na jedné straně zajišťuje kontinuální vzdělávání, na straně druhé, může vést k tomu, že poradci se nezdělávají podle svým potřeb, ale podle možností kurzů.

Závěrečným standardem je – Kontinuální zvyšování kvality služby. Poradce průběžně kontroluje a hodnotí, zda jsou cíle SMART, jsou funkční -přinášejí výsledky, zda jsou klientovy (viz kapitola o podpoře a kontrole), a zda existují návazné služby.

10.3 Rodina

Rodina má velmi důležitý význam pro celkový vývoj každého jedince. V průběhu historického vývoje se však měnil názor nejen na to, v čem je rodina pro vývoj dítěte účinná, ale co pod pojmem rodina rozumíme. Rodinný život je dán právními, sociálními a etickými normami, které se formují na pozadí úrovně společenského bytí.

Základní součástí společenské mikrostruktury je rodina, která je první socializační zkušeností dítěte. Zároveň – jak ukazuje současnost – rodina je i nástrojem přežití ve vleklých i nárazových krizích – SARS – Cov – 19. v rámci sociálního státu se i rodina a především dítě těší ochraně.

„Dále je možné rodinu definovat jako malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím (osvojení),

na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům a celé společnosti“ (Dunovský, 1999, s. 92).

Rodinu chápeme jako:

- nukleární (tvořena pouze rodiči a potomky), - pozor na současné změny v rodině a systémech vztahů.
- rozšířenou (zahrnuje i další příbuzné, např. prarodiče),

Funkce rodiny je charakterizována jako souhrn úkolů, které rodina plní vůči svým členům v daném sociálním prostředí. Většina autorů uvádí následující funkce:

- biologicko-reprodukční: pokračování rodu a uspokojování vzájemných sexuálních potřeb mezi manžely,
- emocionální: uspokojování citových potřeb
- výchovně- socializačních a inkulturačních: utváří charakterové vlastnosti osobnosti dítěte
- ekonomicko-zabezpečovací: materiální zabezpečení jednotlivých členů,
- ochrannou

10.3.1 RIZIKOVÝ NOVOROZENEC

Rizikový novorozenec je ten novorozenec, jenž je považován za ohroženého ve svém vývoji. Jedná se především o předčasně narozené děti, děti rodičů závislých na psychotropních látkách, dítě s postižením.

Období prenatální je pro vývoj plodu důležitým, ale zároveň velice citlivým a rizikovým obdobím. Během intrauterinního vývoje může dojít ke vzniku mnohých patologií. Příčiny mohou být různé:

- Zdravotní stav matky- matka, která onemocní, nemoci mohou vést k postižení plodu, nebo přenosu onemocnění z matky na plod,

- Nemoc matky infekčním onemocněním během těhotenství (př. zarděnky, toxoplazmóza, syfilis),
- Dědičnost rodičů.
- Věk ženy (Za rizikové se uvádí matky mladší 17 let a starší 35 let).
- Neúspěchy předchozích těhotenství a interrupce,
- Vícečetná těhotenství,
- Tvrdá fyzická práce, vlivy psychosociální – domácí násilí
- Špatná socioekonomická situace – nízký finanční příjem, nízké dosažené vzdělání, nezaměstnanost,
- Výchova dítěte nezletilou matkou,
- Výchova rodiči, kteří jsou zdravotně postiženi či zdravotně oslabeni,
- Výchova dítěte v rodině, která není schopna se o své dítě starat, zanedbává jeho péči, nebo své dítě týrá.

Zvláštní kategorií jsou děti z nechtěného těhotenství, kdy je matka „nucena“ k výchově dítěte, které nebylo očekáváno, nebo vůbec chtěno. U ohrožených dětí je důležitá především včasná a správná diagnóza, snaha o prevenci a terapii rizikových stavů, dlouhodobé sledování dítěte a správně diagnostické a prognostické zhodnocení jeho stav. Je tu kladen důraz na včasnou intervenci. Čím dříve se riziko odhalí, tím dříve se může pro jeho eliminaci něco učinit. Včasnou speciálně výchovnou péčí, spolu s odbornou zdravotnickou péčí se může opožďování vývoje dítěte často předejít nebo ho alespoň do značné míry zmírnit a připravit tak optimální podmínky pro rozvoj dětské osobnosti.

10.3.2 PODPORA VÝVOJE DÍTĚTE

Podporu pro rodinu a ohrožené dítě je v České republice poskytována na základě multidisciplinárních týmů. Jedná se především o zdravotní služby, které poskytují rizikové poradny a neonatologická centra a v kontextu sociálních služeb služby sociální prevence rané péče.

10.3.3 RIZIKOVÁ PORADNA

Jedná se o zdravotnickou specializovanou ambulanci pro děti s ohrožením ve svém vývoji. Tyto ambulance jsou zřizovány u perinatologických nebo intermediárních center.

Hlavním lékařem v rizikové poradně bývá neonatolog. Může jím být také pediatr orientující se na problematiku nedonošených novorozenců. Poradna většinou spolupracuje multidisciplinárně s dalšími odborníky a sociálními pracovníky, jako např. neurolog, fyzioterapeut, alergolog a pneumolog, vývojový pediatr, psycholog.

10.4 Raná péče jako služba sociální prevence

Raná péče (anglicky early intervention) je termín, který vznikl v roce 1993 převzetím z termínu používaného v zahraničí. Raná péče je soustava programů, které jsou zaměřeny na dítě se zdravotním postižením a taktéž na rodinu.

Raná péče je dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je jednou ze sociálních služeb. Jako zásadní jsou především první tři roky života. V tomto období má mozek schopnost rozvinout náhradní mechanismy a tím částečně kompenzovat handicap (plasticita mozku, která je sice doživotní, ale v raném věku je nejvýznamější) - Vojtova rehabilitační metoda, Bobath koncept.

Do rané péče není zahrnuto jen dítě, ale celý jeho základní systém – rodina – rodiče, sourozenci. Rodina je základním členem týmu, a k nim se připojují lékaři, sociální pracovníci, psychologové, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, pracovníci středisek pro ranou péči. Velmi důležitá je jejich vzájemná spolupráce.

Dle definice je „raná péče terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění §54)

Postižené dítě má právo na zvláštní péči, výchovu profesní přípravu, aby mohlo žít plným a důstojným životem a dosáhnout nejvýše možného stupně samostatnosti a sociálního začlenění (Úmluva o právech dítěte, 1989).

Služby rané péče jsou poskytovány běžně do doby nástupu dítěte do institucionální péče – MŠ, ZŠ a podobně., zpravidla tedy do věku 4 let dítěte.

10.4.1 INTEGROVANÁ RANÁ PÉČE A JEJÍ SLUŽBY

Hlavní dvě skupiny služeb, do kterých můžeme ranou péči rozdělit, jsou:

1. podpora rodiny
2. podpora vývoje dítěte

Podpora rodiny zahrnuje:

- poradenství
- terénní sociální práce (vyhledávání klientů, navazování kontaktů)
- socioterapie
- rodinná terapie
- návštěvy poradců a konzultantů v rodinách
- rehabilitační pobyty
- půjčování pomůcek a literatury
- pomoc při prosazování zájmů a práv rodiny
- mnoho dalších (zákon č. 108/2006Sb.)

Podpora vývoje dítěte zahrnuje:

- posouzení vývojové úrovně
- vypracování individuálního plánu
- podpora v domácím prostředí, ale rovněž i návazných službách.

DEFINICE

Raná péče - „raná péče terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění §54).





KONTROLNÍ OTÁZKA

Kontrolní otázky:

- rizikové situace – sociální i zdravotní – pro dítě a rodinu
- rizikový novorozenec
- služby rané péče – popište
- principy rané péče



K ZAPAMATOVÁNÍ

Raná péče, je systéme služeb (viz. kap. o sdílené péči), kdy pracujeme s rodinou rizikového novorozence v systému zasíťovaných služeb. Ze zákona tyto rodiny nemají právo na respitní péči a raná péče jim tuto službu saturuje.



DALŠÍ ZDROJE

https://www.ranapece.cz/?gclid=CjwKCAiA8bqOBhANEiwA-sIIN7vuRGDDK81mkU-NwBdKx3JtG1YsdrG6SDA4xo_7UcHiCbJ2vvj6zhoCzGcQAvD_BwE

<https://www.vcasnapomocdetem.cz/o-sluzbach-rane-pece-v-cr/>



SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnovaná modelu podpory rodina s rizikovým novorozencem. Často tato péče začíná na lůžkových zdravotnických zařízeních a následně se přesouvá do prostoru rodiny a ambulantních specialistů. úzce souvisí se sdílenou péčí, která je ve svém principu jiná, ale může být velmi inspirující pro posílení fungování rodiny.

Velmi důležitým prvkem je síťování služeb – sociálních a zdravotních, jejich efektivita následně ovlivňuje nutnost či četnost pobytů v odborných léčebných zařízeních pro dítě s doprovodem.

11 DÍTĚ A PSYCHIATRIE, ZVLÁŠTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Tato kapitola je věnovaná problematice multidisciplinarity týmu, při práci s dítětem a rodinou, kdy může docházet (a často dochází) nežádoucímu nálepkování celé rodiny a dítěte.

V kapitole se budeme věnovat problematice komunikace s dítětem, s rodinou a specifikací práce jak ošetřujícího personálu, tak i sociálních pracovníků, kteří jsou klíčovými osobami při zajišťování následné péče o celou rodinu.

CÍLE KAPITOLY



Pro prostudování této kapitoly se bude student orientovat:

- V problematice zdravotní práce na zvláštních odděleních
- V potřebách multidisciplinarity zdravotních a sociálních pracovníků
- Orientace se základními psychiatrickými nemocí

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Dětská setra, zdravotně-sociální pracovník, multidisciplinární tým, rodina, dětský pacient

11.1 Personál u lůžka dítěte

11.1.1 DĚTSKÁ SESTRA NA PSYCHIATRII

Výkon práce zdravotní sestry je náročný. Pro práci zdravotní sestry je nutné mít určité osobnostní předpoklady. Zejména duševní vyrovnanost, schopnost rychlého rozhodování, pravdomluvnost a schopnost mlčenlivosti a samozřejmě umění jednání s lidmi. K tomu se pojí odborná

erudice, kterou jsme se zbývali v předcházejících kapitolách.

Na psychiatrickou sestru jsou kladeny ještě větší požadavky. Pro psychicky nemocné dítě je velmi důležité, aby cítilo podporu při uzdravování, bylo motivováno k aktivní účasti a spolupráci na léčbě a neztratilo víru, že nakonec nalezne své místo ve světě. Toto je jedním z neverbalizovaných úkolů zdravotní sestry na dětské psychiatrii. Zároveň je nutná kompetence ke spolupráci s rodinou.

V mnohých ohledech se tato odbornost kryje s výkonem práce sestry ve zvláštních zdravotnických zařízeních, kde velmi často je pacientem nikoliv jen dítě, ale rovněž i celá rodina.

11.2 Zdravotně - sociální pracovník ve zdravotnictví

11.2.1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICTVÍ

Přestože potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních je ve vyspělých zemích zřejmá, není postavení zdravotně sociálního pracovníka vždy jasné a díky tomu často dochází k problémům při vymezování jeho kompetencí a konkrétních činností. Tyto konkrétní činnosti rozpracovány vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků, záleží v podstatě pouze na schopnosti konkrétního pracovníka prosadit se a na systému práce dané organizace.

Praxe již potvrdila, že úspěšnost sociální péče závisí především na míře spolupráce celého ošetrovatelského týmu, tedy na propojení procesu sociální péče a ošetrovatelského procesu. Tento vnitřní (multiprofesní) tým, který tvoří lékaři, psychologové, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, psychiatři, terapeuti a sociální pracovníci, je založen na spolupráci odborníků a koordinace postupu. Jako ideální se uvádí stálá přítomnost sociálního pracovníka na klinice či oddělení, která umožňuje kdykoliv být nablízku jak pacientům, tak jeho rodině a ostatním členům ošetrovatelského týmu. Také umožňuje účast na vizitách, hlášeních, nebo-li mít přehled o všech aspektech léčby pacienta. Sociální pracovník, bývá nejčastějším pojítkem mezi týmem a rodinou.

11.2.2 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Prvním úkolem je především vytvořit hodnotný lidský vztah, založený na důvěře a poskytující pacientovi nebo jeho rodině pocit bezpečí a jistoty.

Mezi ty nenahraditelné schopnosti, kterými by sociální pracovník rozhodně měl disponovat, patří na prvním místě určitě schopnost empatie, dále autentičnost, citová vyrovnanost, laskavost, přijímání a respekt, přirozená autorita, schopnost aktivně naslouchat nebo nestrannost. Velmi důležité jsou také komunikační dovednosti. Ve vztahu s klientem je zároveň nutné zvládat schopnost vymezování hranic, nebo-li umět rozlišit, co je ještě záležitostí sociálního pracovníka a co naopak je pouze v kompetenci klienta. Dalším důležitým bodem je etika výkonu práce.

11.2.3 ČINNOSTI ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Typické činnosti sociálního pracovníka nejen na dětské psychiatrii, ale ve zdravotnictví vůbec patří:

- řešení situace akutně hospitalizovaných pacientů,
- sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných, která zahrnuje sociální poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb, řešení finančních a bytových záležitostí, spolupráce s příbuznými, psychosociální podpora,
- sociální prevence, která by měla za pomoci rozhovoru s pacientem zjistit sociální potřeby, pacientem je i rodina dítěte!!!
- stanovení sociální anamnézy a prognózy s cílem reintegrace,
- aplikace metod sociální práce.

Konkrétní praktické činnosti sociálního pracovníka by měly vycházet z důkladné *sociální anamnézy*. Pak je možné volit další pracovní postupy tak, aby byly v dané situaci pro pacienta nejvhodnější. Podle závažnosti problematiky stanovuje sociální pracovník spolu s pacientem priority, postupy a cíle následného sociálního procesu.

Mezi základní činnosti, které sociální pracovník vykonává patří především *psychosociální podpora*. Konkrétně obhajoba potřeb pacienta vůči zdravotnické organizaci a sociálnímu okolí, zajištění sociální podpory a pomoci při řešení při následné péči.

Další činností je *edukace*, která je na dětském oddělení určena především rodinným příslušníkům a obsahuje informace v legislativních otázkách, o finančních nárocích na léčbu a zároveň o možnostech dávek sociální péče a podpory. Sociální pracovník může využívat i edukaci skupinovou, komunitní nebo edukaci ošetřovatelského týmu, např. při vyjasňování rolí a kompetencí.

Velmi důležitou součástí zdravotní a sociální práce ve zdravotnictví je *sociální poradenství*. Zdravotně sociální pracovník poskytuje průběžné informace o jeho postupech při řešení sociálního problému a umožňuje porozumět nové situaci jak pacientovi tak jeho rodině. Také plánování propouštění a následné péče pro pacienta.

11.3 Pojem: psychiatrie

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá studiem, diagnózou, léčbou, rehabilitací, výzkumem a prevencí duševních chorob. K dosažení zlepšení duševního zdraví využívá moderní psychiatrie biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační léčebné postupy. Jako samostatný lékařský obor patří psychiatrie mezi později vzniklé, mladší lékařské obory.

Pedopsychiatrie je dětská psychiatrie, která se zabývá duševními poruchami a chorobami u dětí a vyznačuje se proti psychiatrii dospělých četnými vlastními specifiky charakteristickými právě pro tuto věkovou skupinu.

11.4 Pojem: duševní nemoc

V historii bylo pro léčitele velmi obtížné oddělit duševní choroby od ostatních nemocí a ani dnes ještě není tento problém zcela vyřešen. Onemocnění, která jednoznačně spadají do psychiatrické péče, jsou psychózy, závislosti, poruchy osobnosti, ale také, ale např. o léčbu psychosomatických onemocnění se nadále dělí zástupci somatických oborů i psychiatrie.

Pro psychiatrické poruchy je typické, že jejich léčení je velmi obtížné a dlouhodobé. Často tyto poruchy zhoršují nejen kvalitu života jedince, ale i rodinné nebo partnerské vztahy. Tyto negativní důsledky onemocnění pak ještě stěžuje společenský postoj, při němž jsou negativně stigmatizovány osoby léčící se na psychiatrii. A nejenak je tomu v dětské psychiatrii.

Rodiče dětí postižených psychickou poruchou jsou obzvláště zranitelní, často se psychiatrickou diagnózu snaží tajit před svým okolím a někdy i agresivně tuto poruchu popírají a odmítají odbornou pomoc.

Přítom rozpoznání hranice mezi nadměrně živým nebo zlobivým dítětem a dítětem s poruchou chování, např. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti provázená hyperaktivitou), je pro rodiče velmi náročné. Přítom poruchy pozornosti a chování patří, podle názorů psychiatrických odborníků, mezi nejčastější psychiatrická onemocnění.

11.5 dětské psychické nemoci - poruchy

11.5.1 PŘÍČINY DĚTSKÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH

Příčin psychických onemocnění je mnoho. Nejčastějšími faktory přispívající vzniku dětských psychiatrických problémů, jsou genetické faktory, tělesná onemocnění a úrazy, temperament a psychosociální faktory (BARKER, 2007).

Jinou příčinou také mohou být např. organická onemocnění, kdy po vyléčení, odezní i psychické potíže. Je-li však toto organické onemocnění chronické, vyžaduje-li dlouhodobou léčbu, či je-li fatální, přetrvávají i duševní problémy a je potřeba zahájit i psychiatrickou léčbu. Rozvoj psychických potíží často způsobí zneužívání psychoaktivních látek.

Mnohem častějším důvodem psychických onemocnění jsou u dětí reakce na stres. Dítě obvykle prožije silně traumatizující událost – „natahuje“ na sebe rodinná traumat, při které je např. ohrožen někdo život, domácí násilí, nesoulad mezi rodiči atd..

Další významnou skupinu tvoří nemoci a poškození mozku během dětství i v dospělosti. Úrazy hlavy, záněty a nádory mozku, metabolické a degenerativní poruchy, ale také např. těžká podvýživa v dětství mají obvykle také psychologickou odezvu a následně se mohou projevit psychiatrickou poruchou (BARKER, 2007).

11.5.2 NEJČASTĚJŠÍ DĚTSKÉ PSYCHICKÉ PORUCHY

Pedopsychiatri sdělují, že nejčastější dětské psychiatrické poruchy jsou především poruchy chování a opozičního vzdoru, hyperkinetické poruchy a poruchy pozornosti, úzkostné poruchy, afektivní poruchy, sebevražedné pokusy, specifické vývojové poruchy, schizofrenie a jiné psychózy, enuréza (noční pomočování u staršího dítěte), reakce na psychickou zátěž, autismus, mentální retardace, poruchy psychomotorického vývoje, komunikační poruchy a poruchy spánku. Jedná se o diagnózy poměrně časté, ale ne všechny vyžadují hospitalizaci dítěte na psychiatrickém oddělení.

11.5.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Marketingové nastavení společnosti na spotřebu a mediální ideál krásy s sebou přináší nové po-

stoje a rizika. Jídlo je však nástrojem k potlačení vnitřního napětí – úzkostí, depresí a podobně. Poruchy příjmu potravy nejčastějším důvodem pro hospitalizaci dítěte na dětské psychiatrii.

Mentální anorexie zasahuje nejčastěji dívky ve věku 13 – 20 let, mentální bulimie pak mladé ženy mezi 16 – 25 rokem. Poměr dívek a chlapců je 10 : 1. Pro anorexii je typické zejména úmyslné snižování tělesné hmotnosti pomocí vytrvalého odmítání jídla, zvýšená fyzická aktivita a nepřiměřený zájem o zdravé jídlo, mentální bulimie se projevuje neodolatelnou touhou po jídle a opakujícími se záchvaty přejídání s následným zvracením. Příčinou se všeobecně předpokládá – nespokojenost s vlastní postavou, ale většinou se jedná o celý systém vnitřních problémů. Obě poruchy mohou vyústit ve vážná onemocnění – od poškození jícnu, zažívacího ústrojí, až po selhání organismu.

Kromě depresivních nálad se u těchto pacientek často objevuje úzkost, pocity selhání, strach ze zvýšení tělesné hmotnosti a u některých dívek někdy i obsedantní příznaky. Jako terapeutické postupy jsou užívány především techniky KBT terapie, práce s vlastními emocemi a mentálními programy. Terapie FS – zaměřená na řešení, je spíše orientována na odklon od problému, nepracuje se samotným problémem – nemocí – ale pracuje s dovednostmi klienta, a právě tato část práce je často situovaná do podpory ze strany sociálního prostředí.

Důvodem k hospitalizaci je nejčastěji nutnost stabilizace zdraví. Lékaři k hospitalizaci přistupují, je-li nezbytně nutné:

- „zajistit návrat k normální hmotnosti nebo přerušeni trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů,
- přerušit záchvaty přejídání, zvracení či zneužívání projímadel, jsou-li spojeny s vážnými somatickými komplikacemi nebo představují vážné zdravotní ohrožení,
- zhodnotit a léčit jiné potenciálně vážné zdravotní obtíže,
- léčit některé přidružené stavy, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek“ (KRCH, 1999, s. 46)

Součástí dlouhodobé léčby mladých anorektiček a bulimiček je rodinná terapie – pracujeme s celým systémem. Úkolem sociálního pracovníka je tuto pomoc nabídnout a spolu s rodinou postiženého dítěte ji realizovat.

11.5.4 SYNDROM ADHD

Druhou nejčastější diagnózou, jsou poruchy pozornosti (Attention Deficit Disorder) a poruchy pozornosti provázené hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Jedná se o vývojové poruchy, které charakterizuje nepřiměřený stupeň nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. ADHD umožňuje dítěti pouze krátkodobé zaměření se na určitou věc, znemožňuje soustředěnost a často také ovlivňuje psychomotorický vývoj, tedy jemnou a hrubou motoriku. Podobné projevy má však i syndrom FAS a reakce na domácí stres – pozor na kvalitní diagnostiku.

Je-li porucha pozornosti provázena hyperaktivitou, objevuje se především vysoká míra aktivity, impulzivita a malé sebeovládání, agresivita, sociální nevyzrálost a to vše doprovází malé sebevědomí a značná frustrovanost. S impulzivitou pak souvisí neklid, zbrklé a nepromyšlené reakce a zvýšená vztahovačnost.

Častou příčinou bývá vliv genetických činitelů, porušené chemické pochody v mozku nebo i metabolické poruchy. Pro vznik tohoto syndromu se považuje důsledek poškození mozku v prenatálním nebo raně postnatálním období. Komplikovaný či protrahovaný porod, nedostatečná výživa matky, kouření, drogová kariéra matky nebo závažné onemocnění či úraz novorozence – to vše může zapříčinit vznik syndromu ADHD. Alkoholismus matky v prvním trimestru způsobuje FAS syndrom s podobnými projevy.

K hospitalizaci takových dětí dochází především v situacích, kdy selhává rodinné zázemí, případně je již přetíženo a nakupí se další stresory související s rodinným či školním životem.

11.6 Pobyť na dětském psychiatrickém oddělení

Prožívání nemoci nebo průběh hospitalizace – zvláště v psychiatrické nemocnici, může výrazně ovlivnit léčbu nemoci i celý rodinný systém dítěte. Hospitalizace je pro dítě každého věku i pro jeho rodiče traumatizující životní zkušeností. U psychické choroby (která není vidět jako např. úrazy) se nejčastěji objevuje pesimistický postoj, který blokuje léčení dítěte, nebo naopak přehnaně optimistická reakce, která vede k podcenění situace. Rodiče během hospitalizace často pociťují vinu a selhání.

11.6.1 NEGATIVNÍ POCITY DÍTĚTE

Většina dětí, které přicházejí s rodiči k lékaři, prožívá symptomy úzkosti a strachu. Strach je tělesná reakce organismu, která měla původně velmi důležitou sebezáchovnou funkci a chránila lidský organismus před poškozením.

Se strachem jde obvykle ruku v ruce úzkost. A zatímco strach je vázán na jeden skutečný nebo i zdánlivý objekt či událost, úzkost se vyznačuje často nejasnou mnohoznačností. Dítě se cítí bezmocné a má pocit, že nebezpečnou situaci nemůže samo zvládnout.

Úzkostné pocity, které cítí hospitalizované dítě, vznikly na základě jeho zkušeností s bolestí. Příchod do nemocnice nebývá dobrovolným rozhodnutím, a i dospělý málokdy ví, co ho vlastně čeká. Dítě, jehož strach a úzkost se opomíjí, samozřejmě velmi trpí. Jakákoliv možnost podpory dítěte ze strany rodiče je pozitivním faktorem léčby – možnost společné hospitalizace.

Starší děti obvykle chápou nutnost hospitalizace mnohem lépe, ale hůře snáší ztrátu soukromí a svobodného chování.

11.6.2 ÚKOLY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA NA DĚTSKÉ ODDĚLENÍ

Dítě je v sociální práci na dětských odděleních hlavním klientem a jeho potřeby jsou na prvním místě. Zároveň jsou zde potřeby rodičů, ale na rodiče je vymezen jiný čas.

Mezi hlavní úkoly sociální práce s dítětem na dětském oddělení patří zejména zajistit dítěti bezpečí. Sociální pracovník tedy řeší problémové situace v jeho rodině, nebo tím, že se snaží předejít tzv. hospitalizmu, kdy dítě vlivem dlouhodobé hospitalizace a odloučením od blízkých lidí na vše rezignuje a stagnuje ve svém vývoji. Dalším úkolem sociálního pracovníka je snaha, aby dítě dokázalo fungovat bez potíží i po návratu do domácího prostředí. Zde jako nástroj mohou sloužit terapeutické výcviky pracovníka – pozor na rozdílnost terapie ve smyslu pomoci dítěti a sociální terapie – pomoc při zvládnání přechodu a následnému začlenění.

Při práci s dítětem na dětském oddělení není žádoucí, aby sociální pracovník suploval péči psychologů a psychoterapeutů. Proto je tak důležité na tomto oddělení sociální práci odlišit od zdravotní – psychologické. Mezi zásady, kterými se sociální terapie řídí, patří např. to, že sociální terapie se zabývá především sociálním fungováním pacienta a zaměřuje se na již existující sociální problémy. Na dětském specializovaném oddělení má dokonce možnost i těmto sociálním problémům předcházet.

11.7 Metody sociální práce s dítětem na psychiatrickém oddělení

Prvním úkolem sociálního pracovníka na jakémkoliv oddělení je vytvoření sociální anamnézy. I na dětském psychiatrickém oddělení je tato součást zdravotní anamnézy nezbytnou podmínkou práce s pacientem.

Základní technikou pro poznání zdravého i nemocného dítěte je diagnostický rozhovor, který může být veden z pohledu nemoci a jejich symptomů, nebo může být veden z pohledu fungujících prvků života dítěte a rodiny – podpora funkčnosti – viz dříve E-F-D dotazník. Stejně jako v běžné sociální práci, jsou pro sociálního pracovníka na dětské psychiatrii informace o dítěti hlavním podkladem při rozhodování o další sociální péči. Rozhovor s dítětem má však svá specifika. Rovněž je možno využít neverbální komunikační techniky.

Výběr těchto metod dále ovlivňují dovednosti a schopnosti pacienta, jeho aktuální psychické ladění a v neposlední řadě komunikační úroveň.



DEFINICE

Sociální poradenství - Zdravotně sociální pracovník poskytuje průběžné informace o jeho postupech při řešení sociálního problému a umožňuje porozumět nové situaci jak pacientovi tak jeho rodině. Také plánování propouštění a následné péče pro pacienta.



KONTROLNÍ OTÁZKA

- popište ADHD
 - popište poruchy příjmu potravy
 - jaké jsou úkoly zdravotně-sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?
-



SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole jsme se zabývali úkoly zdravotnického personálu při dlouhotrvajících hospitalizacích. Jako vzor jsme použili práci zdravotnického personálu na psychiatrickém oddělení, které se vyznačuje výraznou specifičností s dopadem na rodinu dítěte.

12 SUPERVIZE V ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této části se budeme věnovat supervizi a jejím nástrojům. Supervize postupně proniká i do zdravotních služeb a může být nástrojem rozvoje vnitřního klimatu organizace i způsobu poskytování služby. Jak jsme uváděli v předcházejících kapitolách dovednost změny pohledu na svou práci je důležitým prvkem pro dobré poskytování zdravotních služeb vnímat vzájemnou interakci mezi službou, jejími poskytovateli a rodinou dítěte. Změna pohledu a její rozvoj je možný jen díky schopnosti zdravé pochybnosti o své práci. Jako nástroj k těmto „pochybnostem“ nám může právě sloužit supervize.

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- definovat pojem supervize,
 - intervize,
 - Bálintovská skupina,
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Supervize, bálintovská skupina, intervize, rozvoj týmu

Termín supervize, včetně jeho obsahu, prodělal za poslední dvě dekády výrazného rozvoje. Dnes je účast na supervizích povinností, která je definována standardy sociálních služeb. Supervize představuje důležitou součást profesního růstu a prevenci syndromu vyhoření.

Původně byla supervize součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech je stále více žádána a oceňována i v dalších oblastech – pomáhajících profesích (medicína, školství), ale rovněž i v komerční sféře (managementu, pracovních týmech atd.).

Především supervize není kontrolou, byť pojem supervize může evokovat tento proces. Rovněž supervize není prodlouženou rukou ani nástrojem pro řízení organizace. Supervizor tedy nemůže být interním zaměstnancem a je vázán profesní mlčenlivostí.

Supervizor má být doprovázející osobou, která pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci. Cíle supervize se odvíjejí od dohodnuté zakázky ze strany týmu či jedince. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení.

Cílem supervize tak je vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. Je prokázáno, že prostřednictvím „dominového efektu“ může být dobrá supervize prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům, žákům, zaměstnancům atd.

12.1 Základní teze supervize

1. Prvotním účelem supervize je zvyšování hodnoty práce pro klienty, profesionalizace procesů péče a stanovených standardů.
2. Podpora profesionálního růstu supervidovaných profesionálů a jejich kompetencí.
3. Když je ohroženo klientovo blaho, jdou ostatní úkoly a funkce stranou.
4. Supervize je založena na zvýšení vlastních možností a schopností supervidovaných.
5. Supervize je zaměřena na supervidované, supervizor poskytuje základní podmínky: vřelost, respekt, opravdovost, vcítění a pochopení.
6. Supervizorství potřebuje vlastní supervizi, stejně jako profesionál potřebuje supervizora.

Co je dále důležité vědět a zapamatovat si:

- Nevědomé složky mysli existují a ovlivňují proces supervize.
- Nemusíme vždy rozumět všemu, co se při supervizi děje, a pokud přijmeme možnost „já nevím“, stane se cennou součástí procesu.
- Aby byla supervize cenná, musí být objevná. Není vždy nezbytné okamžitě konat a řešit.
- Pouhý fakt, že supervizor a supervidovaný profesionál spolu reflektují svoje snažení a práci, má výživný význam pro kvalitu procesu především do budoucna.

- Někdy se můžeme setkat s důležitým druhotným efektem společné reflexe procesu supervize, že v klientově případě dojde ke změně.
- Supervize obecně může pomáhat v celém spektru péče o klienty.
- Supervize pomáhá řešit základní otázky profesionální práce – Co je naším cílem a co vlastně děláme? Co funguje a proč to funguje?

12.1.1 OČEKÁVÁNÍ A FALEŠNÁ OČEKÁVÁNÍ

Očekávání mají v supervizi tři základní subjekty – supervizor, organizace a supervidovaní pracovníci. Trochu v pozadí této dynamiky, ale vlastně nejdůležitější je očekávání klienta, který by z tohoto procesu měl mít největší prospěch. Očekávání se týkají cílů, funkce a účelu supervize v souladu s rolemi, které kdo v supervizi zastává. Úspěch supervize je závislý na tom, jaká péče je věnována smlouvě a shodě na tomto důležitém tématu smlouvy.

12.1.2 POMOCNÉ NÁSTROJE SUPERVIZE

intervize

Jedná se o svépomocnou techniku, která vychází z tzv. velkých vizit ze zdravotnických zařízení. Jejím smyslem je týmové seznámení se s aktuálními případy. Cílem je pomoc při řešení a umožnění zastupitelnosti. Zpravidla se jedná o krátké shrnutí, které probíhá na odděleních jednou týdně.

Bálintovská skupina

Bálintovská skupina je metoda řešení problému, která se hojně užívá v psychoterapii a medicíně. Své místo už nachází i v sociální práci. Dá se s úspěchem použít ve zjednodušené formě pro řešení problému v pracovní skupině.

První krok:

Moderátor – facilitátor, vyzve účastníky, aby představili svůj problém, se kterým přišli na skupinu. Facilitátor heslovitě sepisuje témata problému.

Skupina vybírá problém, kterému se bude věnovat jako prvnímu. Účastník, jenž přinesl problém, jej následně představí do větší hloubky a šířky. Facilitátor zapisuje heslovitě na flip části problematiky, ostatní mlčí. Potom účastníci představují, jak oni to vidí ze svého pohledu, libovolně se střídají a všichni začínají tím, že řeknou: „Mám takovou fantazii, že (napadá mě, že)“ a k tomu dodají svou představu o situaci:

- co bych udělal/a já,
- hovoří účastníci, kteří dávají návrhy (autor mlčí – není to diskusní klub),
- musí to být o tom, co bych udělal já,
- moderátoři se toho celého účastní,
- co udělám sám
- hovoří autor problému
- pel – mel, každý už říká, co chce

Facilitátor musí hlídat diskusi, aby autor nebyl ohrožen (vztahové věci). Pokora k tomu, kdo problém přinesl. Musí odejít v pohodě. Mělo by mu to přinést trochu rad, trochu rozkrytí problému, uvědomění si problému. Na konci poděkovat autorovi za odvahu.

Může následovat další problém dle nabídky a časového harmonogramu skupiny.



DEFINICE

Slovo supervize může vyvolávat představu jakési vyšší kontroly, hodnocení. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi však supervizí rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení. – Český institut pro supervizi



SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole jsme se zabývali supervizí jako nástrojem kontinuálního rozvoje zařízení, pracovníků a rozvoje procesu jejich práce.

Seznámili jsme se s nástroji jako intervize a Bálintovská skupina. Tyto nástroje jsou nejčastěji využívány v procesu supervize.

LITERATURA

1. Bauman, Z. (1999): *Globalizace. Důsledky pro člověka*, Praha, Mladá fronta.
2. BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 153 s. ISBN 978-80-244-3069-0.
3. BERGER, P. L. – LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999, 214 s. ISBN 80-85959-46-1.
4. BERNE, Eric. *Jak si lidé hrají*. Praha: Portál, 2011. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-992-7.
5. Byrne, D. (1999): *Social Exclusion*, Buckingham, Open University Press.
6. ČÁMSKÝ, P. – SEMBDNER, J. – KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
7. DRBOHLAV, Dušan. *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788074190391.
8. DUDOVÁ I. *Európske sociálne systémy*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2011. ISBN 978-80-225-3188-7.
9. FABIÁN, Petr. Moderní sociální práce – výzva nebo riziko pro zdravotní péči i klienta. In doc.PhDr Elena Gažíková, PhD., Mgr. Magdaléna Horáková, PhD. **Labor socialis**. 1. vyd. Nitra: Univerzita Nitra, 2018. s. 39 - 47, 147 s. ISBN 978-80-558-1367-7. Výsledek byl financován v rámci institucionální podpory na rozvoj výzkumné organizace.
10. FABIÁN, Petr. Sociální začleňování – nová výzva pro veřejnou správu a sociální práci. In Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. **SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ v kontextu sociální práce**. 1. vyd. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, 2019. s. 69 - 77, 315 s. ISBN 978-80-7435-767-1. Výsledek byl financován v rámci neveřejných zdrojů.
11. FABIÁN, P., DUDEK, R. Moderní technologie, e Health a praktická zkušenost s dětským pacientem. *Pediatric pro praxi*. 2020, roč. 21, 6/2020, s. 414- 418, 4 s. ISSN 1213-0494.
12. FOOK, J. *Social work: critical theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2002. vii, 179 p. ISBN 07-619-7251-X.
13. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996, 237 s. ISBN 80-85319-50-0.
14. GELDARD, Kathryn a David GELDARD. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.
15. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
16. GRAY, M.; WEBB, S. A., *Social Work: Theories and Methods*. 2nd Edition. ISBN 9781446208601.

17. HARRIS, Thomas A. *Já jsem OK, ty jsi OK*. V Praze: PRAGMA, 1997. ISBN 80-7205-508-9.
18. HARTL, P. *Komunita občanská, komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997
19. HARTL, P. *Umění rozhovoru*. Katedra sociální práce FF UK Praha
20. HORŇÁKOVÁ, Anna. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404
21. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-8024616261.
22. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIDUROVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1
23. KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, Blanka et al. *Základy asijských náboženství. 1. díl: Judaismus, islám, hinduismus, džinismus, buddhismus, sikhismus, pársismus*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0832-4
24. KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, Praha, 2000.
25. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
26. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 9788024720692.
27. KUTNOHORSKÁ, Jana et al. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. ISBN 80-7042-344-7
28. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024744131.
29. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
30. LAAN, G. *Otázky legitimity sociální práce*. Boskovice: Albert, Ostrava: Zdravotně-sociální fakulta Ostravské univerzity, 1998.
31. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785482.
32. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
33. MESSINA, R. *Dějiny charitativní činnosti*. Překlad Terezie Brichtová. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, 148 s. ISBN 80-719-2859-3.
34. NAVRÁTIL, P. *Posouzení životní situace: úvod do problematiky*. Sociální práce/ Sociální práce, Brno: ASVSP, 2007, roč. 2007, č. 1, s. 72–86. ISSN 1213-6204.
35. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
36. NOVOTNÁ, V, SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Praha: UK, 1992
37. NÓŽKA, M. *Codzienna partycipacja na przykladzie gospodarowania przestrzeni*
38. *Osiedlowa*. Warszawa: Fundacja akademii Organizacji Obywatelskich, 2019, 2/2019(46). ISSN 17332265.
39. PATRIDGE, Christopher. *Lexikon světových náboženství*. Přeložil Martin RITTER. Praha: Slovart, 2006. ISBN 80-7209-796-2

40. RÁKOCZYOVÁ, Miroslava, Robert TRBOLA a Ondřej HOFÍREK. *Sociální integrace přistěhovalců v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788074190230.
41. ROGGE, Jan-Uwe. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-237-8.
42. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Slon, 1997
43. SIROVÁTKA, Tomáš a Ondřej HORA, ed. *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. Boskovice: Fakulta sociálních studií (Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti) Masarykovy univerzity v Brně v nakl. Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-140-5.
44. SMUTKOVÁ, Lucie. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.
45. ŠPILÁČKOVÁ, M. - NEDOMOVÁ, E. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál 2014. ISBN 978-80-262-0726-9
46. TOMEŠ, I. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678685.
47. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-0523-4.
48. TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Metody práce se skupinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-445-8.
49. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-36-6.
50. VAVROUŠKOVÁ, Stanislava. *Náboženství a společnost v jižní a jihovýchodní Asii: Tradice a současnost*. Praha: Orientální ústav Akademie věd ČR, 2005. ISBN 80- 85425-57-2
51. WERNER, Karel. *Náboženské tradice Asie 1. díl: Od Indie po Japonsko, s přihlédnutím k Přednímu východu*. Vyd. 2. Bratislava: CAD Press, 2008. ISBN 978-80-88969-29-7
52. ZATLOUKAL, L., VÍTEK, P., 2016. *Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností*. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026210115.
53. ZELENÝ, M. *Hledání vlastní cesty: listy a reporty o moderním managementu: executive summary*. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 9788025116111.
- 54. Internetové zdroje:**
55. JANEBOVÁ, R. *Kritická sociální práce* [online]. [cit. 2020.08.20]. Univerzita Hradec Králové <https://www.uhk.cz/cs-CZ/Download?DocumentId=18817>.
56. POLÁK, M., LESAY, I. *Jan Keller, sociolog* [online]. [cit. 2020.06.23]. Dostupné na: <http://www.blisty.cz/art/34879.html>.

SHRnutí STUDIjNÍ OPORY

Předložená studijní opora je základním vhladem do problematiky zdravotní péče ve zvláštních zdravotnických zařízeních.

V celém procesu jsme se zabývali právním vymezením, specifikací a změnami rodiny, která je pro nás v těchto zařízeních často spouštěčem nemoci, nebo místem jeho léčby.





















Celá studijní opora je psána z různých pohledů, které se vzájemně doplňují a je nutné nad tématy vést diskuzi se studenty.

V rámci opory se zabýváme cíli zdravotní péče v rámci sociální politiky, právním vymezením i právy a povinnostmi jak zařízení a jeho pracovníků tak pacientů a rodičů. Student se rovněž seznámí s problematikou dilemat pomoci, historickým kontextem, který stále ovlivňuje proces léčby a léčebného působení.

Rovněž se zabýváme síťováním služeb – tedy návazností zdravotních a sociálních služeb pro změnu kvality života rodin s dítětem, které trpí postižením nebo chronickou nemocí. V následujících kapitolách se věnujeme i problematice migrace a ošetrovatelské práci v rámci multikulturní společnosti.

Na závěr je představena supervize jako nástroj pro rozvoj zdravotnického zařízení.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebrání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: **DÍTĚ A RODINA VE ZVLÁŠTNÍCH LŮŽKOVÝCH ZDRA-
VOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH**

Autor: **Petr Fabián**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 13131

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.