

Základy zdravotní a sociální práce

[PODTITUL DOKUMENTU]

PETR FABIÁN

Obsah

1	SOCIÁLNÍ STÁT, SOCIÁLNÍ POLITIKA, SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	5
1.1	SOCIÁLNÍ POLITIKA JAKO KONTEXT SOCIÁLNÍ PRÁCE	5
1.1.1	<i>sociální politika.....</i>	5
1.2	POSTOJE STÁTU K SOCIÁLNÍ POLITICE	6
1.3	ZDRAVOTNÍ PÉČE V RÁMCI SOCIÁLNÍ POLITIKY	6
1.3.1	<i>základní terminologie.....</i>	6
1.3.2	<i>principy sociální politiky aplikované v poskytování zdravotních služeb</i>	7
1.3.3	<i>úkoly zdravotních služeb</i>	7
1.4	ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY	7
1.5	SOCIÁLNÍ PRÁCE V RÁMCI SOCIÁLNÍ POLITIKY.....	8
1.5.1	<i>význam terminologie</i>	8
1.5.2	<i>sociální a zdravotní péče</i>	8
1.6	TYPY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB – PODLE SOCIÁLNÍHO SYSTÉMU STÁTU.....	9
1.6.1	<i>modely zdanění a spoluúčasti jedince – pacienta</i>	9
1.6.2	<i>Princip vládní regulace.....</i>	10
1.7	SOCIÁLNÍ VS. ZDRAVOTNÍ SLUŽBY	10
2	MEZINÁRODNÍ KLASIFIKAČNÍ DOKUMENTY 11. REVIZE WHO, DSM-5.	12
2.1	ETIKA PÉČE.....	12
2.2	KLASIFIKACE A REALITA	14
2.3	MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ	16
3	LEGISLATIVA VE ZDRAVOTNICTVÍ A V SOCIÁLNÍ OBLASTI.....	18
3.1	ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH.....	18
3.2	DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE PODLE ČASOVÉ NALÉHAVOSTI.....	18
3.2.1	<i>Neodkladná péče.....</i>	18
3.2.2	<i>Akutní péče.....</i>	18
3.2.3	<i>Nezbytná péče</i>	19
3.2.4	<i>Plánovaná péče.....</i>	19
3.2.5	<i>následná péče.....</i>	19
3.3	DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE PODLE ÚČELU POSKYTNUTÍ.....	20
3.3.1	<i>Preventivní péče.....</i>	20
3.3.2	<i>Diagnostická péče.....</i>	20
3.3.3	<i>Dispenzární péče.....</i>	20
3.3.4	<i>Léčebná péče.....</i>	20
3.3.5	<i>Posudková péče.....</i>	20
3.3.6	<i>Léčebně rehabilitační péče</i>	21
3.3.7	<i>Ošetrovatelská péče</i>	21
3.3.8	<i>Paliativní péče</i>	21
3.4	FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	22
3.4.1	<i>Ambulantní péče.....</i>	22
3.4.2	<i>další dělení.....</i>	22
3.4.3	<i>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta</i>	23
3.5	ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE	23
3.5.1	<i>e-health</i>	23
3.5.2	<i>Zákon o sociálních službách</i>	26
3.5.3	<i>sociální služby v úzkém slova smyslu.....</i>	28

3.5.4	SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	28
3.5.5	Služby sociální prevence	33
3.5.6	asistivní technologie – e-health v sociálních službách	38
3.6	SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA	38
3.6.1	Hlavní kritéria zdravotních systémů	39
3.6.2	Princip komerční nabídky	40
3.7	PRINCIPY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	40
4	ZÁKLADNÍ ÚKOLY A TERMINOLOGIE SP SE ZAMĚŘENÍM NA ZDRAVOTNICTVÍ.	42
4.1	SOCIÁLNÍ PRÁCE	42
4.1.1	Vývoj sociální práce ve zdravotnictví	42
4.1.2	sociální práce ve zdravotnických zařízeních	43
4.2	ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V ZZ	44
4.3	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	47
4.3.1	Význam a cíl multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví	47
4.3.2	Zásady týmové spolupráce	48
5	METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE, PŘEHLED, TYPOLOGIE, SPECIFIKA.	49
5.1	ÚKOLY SOCIÁLNÍ PRÁCE	49
5.2	MATERIÁLNÍ VS. NEMATERIÁLNÍ POMOC.	49
5.3	HUMANISTICKÉ A EXISTENCIONÁLNÍ TEORIE	50
5.4	EXISTENCIALISMUS V SOCIÁLNÍ PRÁCI	50
5.5	EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA	52
5.6	KRITICKÁ SOCIÁLNÍ PRÁCE	53
5.7	KOMUNIKAČNÍ MODELY	57
5.8	EKOLOGICKÉ TEORIE (ENVIRONMENTÁLNÍ)	57
6	SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM.	61
6.1	PARADIGMATA SOCIÁLNÍ PRÁCE	61
6.1.1	Sociální pomoc versus sociální kontrola.	63
6.1.2	Problém nebo řešení – Dalet	65
6.2	PARADIGMA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	66
6.2.1	Teorie moci a pomoci v jiném paradigmatu – klientském.	68
6.3	SPECIFIKA RODIN S DÍTĚTEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	69
6.3.1	Vyrovňávání se s faktem dítěte se zdravotním postižením	70
6.3.2	Zvýšená potřeba informací	71
6.3.3	Zvýšená potřeba péče o dítě	71
6.3.4	Zvýšená potřeba finančních prostředků	71
6.3.5	Zvýšený stres v rodině	72
6.4	SOCIÁLNÍ SLUŽBY	72
6.5	ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	73
6.5.1	Druhy služeb pro rodiny se zdravotně postiženým dítětem	74
6.5.2	Sociální poradenství	74
6.5.3	Raná péče	74
6.6	ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ A SYSTÉM UCELENÉ REAHABILITACE... CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	
6.6.1	Druhy rehabilitací	75
6.2	Kruhová péče	76

7 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM S PSYCHIATRICKOU A ZÁVISLOSTNÍ DIAGNÓZOU.	78
7.1 POJEM: PSYCHIATRIE	78
7.2 POJEM: DUŠEVNÍ NEMOC	78
7.3 DĚTSKÉ PSYCHICKÉ NEMOCI - PORUCHY	79
7.3.1 Příčiny dětských psychických poruch.....	79
7.3.2 Nejčastější dětské psychické poruchy.....	80
7.3.3 Poruchy příjmu potravy	80
7.3.4 Syndrom ADHD.....	81
7.4 POBYT NA DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	82
7.4.1 Negativní pocity dítěte	82
7.5 PERSONÁL U LŮŽKA DÍTĚTE	82
7.5.1 Dětská sestra na psychiatrii	82
7.6 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICTVÍ, S OHLEDEM NA PSYCHIATRII	83
7.6.1 Sociální pracovník ve zdravotnictví	83
7.6.2 Činnosti sociálního pracovníka na dětské psychiatrii.....	84
8 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI PÉČI O RODINU PSYCHICKY NEMOCNÉHO DÍTĚTE.....	86
8.1 RODINNÁ SITUACE NEMOCNÉHO DÍTĚTE	86
8.2 SOCIÁLNÍ PÉČE V PSYCHIATRII	86
8.3 SOCIÁLNÍ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA DÍTĚ HOSPITALIZOVANÉNA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ	87
8.3.1 Úkoly sociálního pracovníka na dětském psychiatrickém oddělení.....	87
8.4 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	88
9 SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTECH MULTIKULTURNÍ SPOLEČNOSTI. 89	89
CÍL KAPITOLY :.....	89
9.1 TEORIE MULTIKULTURALISMU.....	89
9.2 MULTIKULTURALISMUS V SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	90
9.2.1 Východiska	91
9.3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	91
9.3.1 Cíle transkulturního ošetrovatelství podle Leiningerové.. Chyba! Záložka není definována.	
9.4 KONCEPCE TEORIE.....	92
9.5 KULTURA A OŠETŘOVATELSTVÍ	93
9.5.1 Důležité pojmy a jejich definice Kultura.....	93
9.5.2 Subkultura	93
9.5.3 Kulturní hodnoty	94
9.5.4 Kulturní vzorec.....	94
9.5.5 Etický přístup k člověku odlišné kultury.....	94
9.6 KULTURNĚ ZAMĚŘENÁ ETIKA PÉČE.....	94
9.6.1 Kulturní šok psychosomatické onemocnění.....	95
9.6.2 Negativní charakteristiky kulturního šoku	95
9.6.3 Zvládání kulturního šoku.....	97
9.6.4 Reemigrace	97
9.7 MIGRACE.....	98
9.7.1 Migrační politika v České republice	98
9.8 MENŠINY.....	98
9.8.1 Pojem menšina	99

9.9	MENŠINY V ČESKÉ REPUBLICE.....	99
9.9.1	<i>Romská komunita v České republice.....</i>	<i>Chyba! Záložka není definována.</i>
9.9.2	<i>Ukrajinská komunita v České republice.....</i>	<i>Chyba! Záložka není definována.</i>
9.9.3	<i>Vietnamská komunita v České republice.....</i>	<i>Chyba! Záložka není definována.</i>
9.9.4	<i>Muslimská komunita v České republice.....</i>	<i>Chyba! Záložka není definována.</i>
9.10	POJEM MULTIKULTURALISMU	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
9.10.1	<i>Názorové směry multikulturalismu</i>	100
9.10.2	<i>Liberální multikulturalismus.....</i>	100
9.10.3	<i>Pluralistický multikulturalismus</i>	101
9.10.4	<i>Kritický multikulturalismus.....</i>	101
9.11	PŘÍSTUPY SOCIÁLNÍ PRÁCE K MENŠINÁM	101
9.11.1	<i>Komunitní sociální práce.....</i>	102
9.11.2	<i>Případová sociální práce.....</i>	102
10	SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU V KONTEXTECH ZDRAVOTNĚ	
	SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	104
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
10.4	PODPORA VÝVOJE DÍTĚTE	107
10.4.1	<i>Riziková poradna</i>	108
10.4.2	<i>Raná péče jako služba sociální prevence.....</i>	108
10.4.3	<i>Kompetence poradce rané péče</i>	<i>Chyba! Záložka není definována.</i>
10.4.4	<i>Integrovaná raná péče a její služby</i>	108

1 SOCIÁLNÍ STÁT, SOCIÁLNÍ POLITIKA, SOCIÁLNÍ PRÁCE.

Cíl kapitoly:

Cílem této kapitoly je seznámit studenta s problematikou sociální politiky, jejími strukturami a provázaností na zdravotní a sociální služby.

Pro prostudování se bude student orientovat:

- Co je sociální politika a její vazby na zdravotní a sociální služby
- Principy sociální politiky
- Modely sociálních politik
- Komparace zdravotních a sociálních služeb

1.1 Sociální politika jako kontext sociální práce

1.1.1 SOCIÁLNÍ POLITIKA

Sociální politika tím máme na mysli - konkrétním jednáním státu a ostatních subjektů, kterými je ovlivňována, rozvíjena a stabilizovaná sociální sféra společnosti. Veškerá sociální práce, zdravotní politika (služby, pojištění atd), vzdělávací politika –, probíhají na úrovni sociální politiky. Sociální politika je tedy složena z několika základních politik: sociální, zdravotní, rodinná, bytová. My se budeme pohybovat především na úrovni sociální a zdravotní politiky.

Principy sociální politiky, které jsou všeobecně dané a uznávané:

- sociální spravedlnost
- sociální solidarita
- princip subsidiarity
- princip participace

principy v rámci dopadu na zdravotní politiku se budeme zabývat ještě později.

Vznik sociální politiky a základního sociálního systému je tedy logickým důsledkem, který chrání pracovní sílu a rodinu. Z tohoto důvodu je její šíře tak velká.

1.2 Postoje státu k sociální politice

Sociální práce, zdravotní politika práce a práce v těchto systémech je definována postoji státu a jednotlivých ministerstev k pomoci jako takové. Tyto postoje se mohou – a zpravidla se i tak děje – měnit v průběhu času v závislosti na naší měnící se životní zkušenosti, novým vědomostem, měnící se skupinou našich klientů či pacientů. Principiální postoje jsou zároveň významně ovlivněny i postoji politické moci k pomoci potřebným či sledování sociálního smíru ve společnosti. Tyto postoje mohou být trojí:

- **Uniformita (totalita)** - Znakem tohoto postupu je sociální kontrola – fašismu, komunismus. Modely a zdravotní sociální práce založené na kontrole – povinná očkování.
- **Bezmezná tolerance** – anarchie – tento proces nezřídka probíhá v situacích, kdy máme přesvědčení, že lidská práva mají přednost před povinnostmi. V rámci tohoto přístupu znevýhodňujeme funkční struktury sociální společnosti na úkor potřebných. Jedná se zvláštní anarchistický postoj, který je výsledkem sociální práce orientované především na sociální podporu – antiopresivní a emancipační teorie dotážené ad absurdum.
- **Demokratizace** – jedná se o praktické dopady dilemat sociální práce. Je to umění vybalancovat – spojit – dva předešlé principiální postoje – anarchii a totalitu.
- **Proces změn těchto postojů** – v historickém kontextu, může konkrétní společnost začít na kterémkoliv z těchto uvedených 3 postojů.

Sociální smír jako jeden z cílů sociální politiky, je sám v sobě pozitivní. Jeho slabinou je spíše problém politického přístupu, nikoliv státnického.

1.3 Zdravotní péče v rámci sociální politiky

1.3.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

Zdravotní služby a výkon ošetrovatelské i léčebné praxe je úzce spjat se sociální politikou. Jsou zde nadefinované základní principy sociální politiky. Jedná se o principy, na které jsme si v českém prostředí zvykli, ale ve světovém měřítku nejsou samozřejmostí. V následující části se zaměříme právě na tyto rozdílnosti, které jsou důležité pro pochopení českých specifik v rámci výkonu zdravotních služeb především s dětským pacientem.

1.3.2 PRINCIPY SOCIÁLNÍ POLITIKY APLIKOVANÉ V POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- sociální spravedlnost – všichni máme právo na zdravotní péči. Jedná se jeden z principů sociálního státu. V praxi zdravotnického pracovníka se to může projevovat vztahem pacienta ke svému zdraví. Lékař a sestra jako opravář vozidla.
- sociální solidarita – další z principů. Solidární jsou chudí s bohatými, zdraví s nemocnými. V českém právní řádu platí, že všichni máme právo na stejnou péči. Je to výjimka v celém světě. Tam spíše platí, že máte právo na péči, kterou si platíte. Spojenost s výše uvedeným principem – lékař a sestra nejsou opraváři, spolupodílejí se na aktivitě pacienta a na jeho péči o sebe.
- princip subsidiarity – tento princip je spíše na úrovni nemocnic. Jsou okresní nemocnice s určitým stupněm péče, nad nimi jsou fakultní nemocnice, nad nimi specializované ústavy.
- princip participace – spoluúčast. Ta v českém systému moc nefunguje. Je úzce spojen s principem spravedlnosti a solidarity.

1.3.3 ÚKOLY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Úkoly zdravotních služeb v rámci sociální politiky je několik:

- ochrana zdraví obyvatelstva – i třeba karanténa – hygienické stanice
- samotná léčba nemocných
- edukace k preventivnímu chování obyvatelstva
- IZS – připravenost na krizové situace

1.4 Zdravotní a sociální služby

Domácí zdravotní péče je odborná zdravotnická péče hrazená ze zdravotního pojištění, kterou provádí zdravotní sestry. Pečovatelská služba je hrazena z prostředků klienta vč. příspěvků na péči a provádí jí pečovatelky. Do pečovatelské služby patří nákupy, péče o domácnost, dovoz jídla, hygiena, doprovod k lékaři apod.

Do domácí zdravotní péče patří rehabilitace, odběry krve aj., převazy, podávání infuzí, podávání injekcí, péče o katetry, péče o PEG apod. rovněž – nově – zde patří i služby poskytované převážně dětem ve školských zařízeních – např. aplikace inzulínu.

1.5 Sociální práce v rámci sociální politiky

1.5.1 VÝZNAM TERMINOLOGIE

Sociální – z latinského *socialis*, společenský, od *socius*, společník, se v současném pojmosloví spojuje s mnohými dalšími přívlastky, tyto přívlastky více specifikují zájem příslušného oboru jako např. sociální deviace, sociální patologie, sociální záchranná síť. Ve svém původu vždy s sebou přinášel nějakou formu společenství, dnes je spíše označením pro specifický problém jednotlivce či skupiny, nebo příslušné práce.

1.5.2 SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE

Generální shromáždění Mezinárodní federace sociálních pracovníků definuje sociální práci jako obor, který **podporuje sociální změnu**, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívá teorii lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti. Tato druhá definice spojuje sociální politiku a sociální práci.

Sociální práce má tedy dva rozměry – praktický ve formě konkrétní pomoci, a společensko – vědecký ve formě rozvoje a utváření příznivých společenských změn, tak aby případně k sociálním událostem nedocházelo.

Zdravotní služby mají rovněž rozvíjet sociální společnost. Korona krize je toho příkladem, kdy zdravotní služby, jejich propustnost, kvalita a širě, mění a ovlivňují životy celé společnosti

1.6 Typy zdravotních služeb – podle sociálního systému státu

- **tržní zdravotnictví (USA)**
- **národní zdravotní pojištění** (většina Evropy)
- **národní zdravotní služba** - státní zdravotnictví s minimální účastí pojišťoven
- **centrální plánované zdravotnictví** (komunistické státy)
- **emergentní systémy** (rozvojové země) - jsou dány jen základní principy, minimální zásahy státu, péče na principu výměnného obchodu

1.6.1 MODELY ZDANĚNÍ A SPOLUÚČASTI JEDINCE – PACIENTA

Beveridgeovský

- zdravotní pojištění je již součástí celkové daně (srážka platu)
- tento model vznikl za 2. světové války
- **Beveridge** byl zaměstnancem ministerstva zdravotnictví a měl za úkol vyřešit problém po válce (byl za to povýšen na sira)
- tento model je používán v mnoha státech, nejvíce v komunistických
- není nutné financovat zdravotní pojišťovny, ale nejsou poskytovány různé služby (které běžně poskytují právě různé pojišťovny)
- další nevýhodou je, že občané nevědí, jaká část jejich daní jde do zdravotnictví

Bismarkovský

- model fungující u nás - pojištění je placeno pojišťovnám
- pro oba modely platí, že zdanění je progresivní
- čím větší příjmy člověk má, tím více peněz na pojištění platí
- princip solidarity bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, ekonomicky aktivních s neaktivními, mladých se starými, jedinci žijícími samostatně s rodinami atd.
- vychází z křesťansko-judaistické tradice (zejména z Francouzské revoluce)

1.6.2 PRINCIP VLÁDNÍ REGULACE

- není tu dobrovolnost, ale vládní nařízení platit zdravotní pojištění
- jedná se o vynutitelnou povinnost
- stát určuje ceny
- funguje formou státních zařízení
- stát by měl určit co je péče základní (standardní) a péče nad rámec (nadstandardní), u nás zatím tento rozdíl stanoven není
- zdravotní péče je nárokovatelná
- společnost je zodpovědná za své členy (princip solidarity)
- zdravotnictví má humanitární podobu
- dle WHO - vláda má zodpovědnost za zdraví svého národa

1.7 Sociální vs. Zdravotní služby

Rozdíl mezi zdravotní a sociální péčí – zdravotní je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, sociální služby si hradí klient sám a může čerpat příspěvek na péči.

Všechny jsou poskytovány:

- Ambulantně
- Pobytové
- V domácím prostředí klienta/pacienta

Typy:

- Poradenské
- Terapeutické – zlepšování stavu
- Léčebné – výkon péče

Filozofie služby:

- Zdravotní – návrat do původního stavu, oprava
- Sociální – dělat jen to co klient nemůže sám - substituční

Dilema klient / pacient a jeho dopady na naši práci.

Klient – poskytují jen to co nemůže sám

Pacient – často je zneschopněn, vše děláme za něj

Kontrolní otázky:

- Co je sociální politika?
- Jaké znáte principy sociální politiky?
- Modely sociálních politik – popište.
- Dilema pacient a klient

2 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKAČNÍ DOKUMENTY 11. REVIZE WHO, DSM-5.

Cíl kapitoly:

Cílem této kapitoly je seznámit studenta s problematikou etických problémů zdravotní péče, systémy klasifikace, problematika mezinárodní klasifikace nemocí.

Pro prostudování se bude student orientovat:

- Etika a morálka
- Klasifikační modely a jejich problematika
- Mezinárodní klasifikace nemocí a praxe

2.1 Etika péče

Jak hodnotit kvalitu a kvantitu života. Klasifikace nemocí, sleduje nemoc a vždy předpokládáme, že léčba automaticky zvyšuje kvalitu života.

Jak hodnotíme kvalitu života jedince?

Je neschopen rozhodnout, nést odpovědnost

Je schopen rozhodnout

Etika cíle zdr. Služeb – udržet jakoukoliv dlouho, za jakoukoliv cenu při životě?

Lékařská **etika** spočívá ve studiu rozhodování v medicíně. Netýká se jen lékařů, ale i všech ostatních zdravotníků (farmaceutů, **zdravotních** sester apod.) Zahrnuje i rozhodnutí učiněná nezdravotníky – pacienti, rodiči, politiky apod.

Etika (*ethika, řec. ethos – mrav*) je nejčastěji definována jako: „*věda o mravnosti, o pravidlech mravního jednání, o mravních zásadách, a na rozdíl od morálky představuje obsahový, motivační aspekt*“. Dříve byla etika nazývána mravovědou. Tradičním obsahem této disciplíny je posuzování dobra a zla, a následně také pravdy a lži, spravedlnosti a nespravedlnosti atd. Úkolem etiky není jen stanovovat mravní povinnosti nebo příkázání, ale především nalézat pro člověka platná kritéria, podle kterých by mohl spolehlivě rozlišit dobré od zlého a stanovit, co je tou nejvyšší

hodnotou, k níž by mělo jeho jednání směřovat. „*Konat dobro a vyhýbat se zlu*“, je *primum principium* celé etiky. Všechny etické systémy včetně etiky lékařské a zdravotnické musí začínat tímto rčením, které znamená, že dobro musí být ohniskem i cílem jakékoliv teorie nebo profesní aktivity, která se prohlašuje za mravně obhajitelnou.

Základní metodou etiky je **diskuse** a její technikou **argument**. V etických diskusích často hledáme odpověď na otázky. To se budeme snažit i v rámci tohoto studijního textu.

Přesná definice dobra a zla je problematická a to proto, že se jedná o proměnlivé veličiny, jejich chápání je závislé na různých okolnostech a podmínkách (např. na době, místě, společenském zřízení, náboženství, vzdělání, výchově apod.). Zkuste se například zamyslet nad otázkou, zda sdělit nevyléčitelně nemocnému pacientovi pravdu o jeho diagnóze je správné nebo špatné. Jednoznačné řešení není a nikdy nebude možné bez výhrad poskytnout.

Sdělit nemocnému pravdu může být pokládáno stejně tak za etické, protože pravda osvobozuje, jako za neetické, protože i pravdivá slova mohou ublížit. I v určitém časovém období se lidé dívali na tento problém odlišně. Ještě těsně po druhé světové válce prakticky všude na světě převládala tzv. strategie milosrdné lži (tzn. pravdu pacientovi nesdělit). Později (50. - 60. léta 20. století) došlo vlivem různých změn ke změně společenského konsenzu a svět se začal přiklánět k pravdě na nemocničním lůžku jako k dominantní strategii.

Morálka (z lat. *mos* – *mrav*, *moralis* – *mravní*) reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se označuje soubor pravidel uznávané mravnosti. Jednotlivec v souladu s obecným souhlasem pokládá taková pravidla za závazná pro své konkrétní jednání a chování. Soubor pravidel je většinou nepsaný a jeho osvojení se děje tradicí a společenskou praxí.

Obecně můžeme říci, že morálka je soubor určitých hodnot a norem, jež ovlivňují lidské chování. Je to proměnlivý, historicky a kulturně podmíněný souhrn hodnotících soudů, zvyků, názorů, ideálů a pravidel, jimiž se lidé řídí ve svém praktickém jednání.

Morálka jako normativní systém spočívá ve vnitřní sankci jedince. Ve sdělovacích prostředcích a v běžném životě se často etika ztotožňuje s morálkou. Tyto dva pojmy

je však třeba z praktických důvodů odlišovat. Etika totiž odpovídá formálním okruhům pravidel a hodnot obecně, veřejně uznávaným, zatímco morálka odpovídá principům a hodnotám, k nimž je jedinec vázán osobně. Morálka představuje pravidla lidského jednání, zatímco etika, jako filozofická disciplína, zkoumá podstatu a původ těchto pravidel. Morálka představuje formální aspekt mravnosti, tj. shodu jednání s morálním svědomím. Ve společnosti ovšem nevládne vždy jen jedna, určitá morálka. Morální názory mohou být i rozporuplné a protichůdné, jak vidíme např. ve vztahu k interrupcím, eutanazii a jiným etickým otázkám.

Základem **přirozené morálky** je obecně povinnost, aby člověk byl člověkem a nečinil jiným to, co sám nechce, aby činili jemu. Morální vědomí lze kultivovat výchovou, sociálními faktory aj. V podstatě jde o to, aby člověk konal dobro, pro dobro samé. Člověk jedná mravně proto, ne že mu to někdo přikazuje, ale z úcty před sebou samým (vnitřní kázeň).

Většina našich vstupů do života pacientů a klientů s sebou nese nějaké etické postoje, způsoby práce a přístupy k pacientovi, aniž bychom na toto brali zřetel. Provozní slepota – vždy jsme to tak dělali, je neetickým přístupem.

2.2 Klasifikace a realita

Pro užití etiky nám slouží klasifikace nemocí, předpokládaný vývoj, statistická úspěšnost léčby. Další součástí je i kvality a kvantita života jedince v rámci poskytnutí našich služeb. Kvalita – stávající a budou sociální život, sebeobsluha, potřeba návazných služeb.

Kvantita – žití a nežití.

Každý systém strukturování a klasifikace jím je, nám zjednodušuje život – v jistých pohledech, ale klasifikujeme z pohledu minulosti, žijeme směrem do budoucnosti. Na druhou stranu je potřeba vnímat etiologii nemoci – její vznik a často i průběh, tu jako takovou klasifikace nesleduje. „Klasifikační systém je ‚soubor přihrádek‘ (metaforických či skutečných), do kterého mohou být věci vkládány za účelem utváření jisté formy byrokracie nebo znalostí.“ Klasifikace nemocí, vznikala na úmrtích z důvodů, jejich předcházení – patolog ví vše, ale již nic neudělá, ostatní vědí málo (nic) a mají konat. V ideálním případě by měl klasifikační systém (KS) vykazovat tyto vlastnosti:

- Jeho funkčnost je na základě konzistentních a jedinečných (neopakovatelných) klasifikačních principů a postupů – systém musí používat nějaký princip, dle

kterého třídění probíhá – např. časové třídění (dle data přijetí) nebo funkční třídění (dle frekvence použití), etiologie (způsob vzniku – úrazové).

- Vlastní kategorie, které tvoří a se kterými pracuje, jsou vzájemně vylučné – kategorie, jež systém tvoří, by měly být jasně vymezeny – v praxi to znamená, že jakýkoliv prvek, který jsme do systému zařadili, by měl jednoznačně patřit do jedné z kategorií, nikoliv do dvou či více kategorií.
- Systém je kompletní – ideální KS zcela pokrývá oblast, jež popisuje. Pro úplné pokrytí dané oblasti systémem je důležité také to, aby umožňoval přidávání nových prvků a také do něj skutečně byly přidávány – KS jako živý organismus odpovídající aktuálnímu poznání.

Žádný existující KS však všechny tyto tři uvedené požadavky reálně nespĺňuje. Co se týče klasifikačních principů, jsou často z různých důvodů nějakým způsobem porušovány. Lidé nesouhlasí s jejich podstatou, ignorují je nebo jim nerozumí, nebo běžně slučují rozdílné a protichůdné principy.

Vzájemná vylučnost – originalita - kategorií je prakticky nemožná, nezřídka tak vznikají spory nebo ambivalence ohledně zařazení prvku do dané kategorie.

Samotná kompletnost systému bývá dodržována jen zřídka, zejména kvůli ignoraci nových objektů, jež by měly být do systému zařazeny. Samotný způsob zařazení objektu do systému může být totiž často ekonomicky, byrokraticky nebo politicky nevýhodný.

V rámci systému, někteří autoři používají slovní spojení „set of boxes“, což může znamenat nejen soubor „krabic“ či „přehrádek“, ale také kolonek nebo políček (např. ve formulářích), čímž jsou myšleny skutečné přihrádky.

Zde se spojují principy sociální práce a zdravotnictví:

- Hodnotit potřeby – závislé na aktuálním stavu korelace zdraví - nemoc
- Hodnotit dovednosti pacienta či klienta – mám patientský nebo klientský přístup
- Sledovat jeho dosavadní život a budoucí dovednosti, tabletka vždy vše nevyřeší, ani infuze či jiný lék – byť si zdravotníci a klienti přejí.
- Dopad nemoci na rodinu – sociální zázemí. Nemoc je součástí širšího systému klienta / pacienta.

Klasifikace rovněž napomáhá k výběru infrastruktury léčby – pozadí, na kterém pomoc probíhá:

- Zařízení – lůžkové, ambulantní, domácí
- Léků
- Nástrojů

Nejedná se tedy o samotnou klasifikaci nemoci, ale náš vstup do systému nemoci má daleko širší kontext. Ve srovnání se sociální službou, moc pomáhajícího a klienta nepracuje s dalšími parametry – sociální zázemí, snaha o převzetí odpovědnosti. Sociální služba pracuje především s tím jen dát klientovi, to co on sám není schopen si sám naplnit, nechat maximum práce na klientovi.

2.3 Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností.

Původně vznikla v roce 1893 jako Klasifikace příčin úmrtí a jejím cílem bylo umožnit mezinárodní srovnání záznamů o úmrtích. WHO převzala odpovědnost za klasifikaci roku 1948 a počínaje šestou revizí klasifikace, o níž jednala v roce 1949 konference v Paříži, započala přeměna klasifikace v univerzální seznam diagnóz. Klasifikace se postupně stala všestrannou pomůckou např. pro řízení zdravotní politiky nebo při vykazování péče zdravotním pojišťovnám a obdobným platebním systémům. Aktualizované přepracované verze klasifikace vycházejí zhruba s desetiletou frekvencí a odlišují se číslem uváděným za zkratkou MKN (například MKN-9, MKN-8 apod.).

Klasifikace jako způsob myšlení, evidence a zapisování, prostupuje celou lidskou existenci, a to v mnoha různých formách. Na neformální i formální úrovni je procesem, jenž nám umožňuje orientaci ve světě, stejně tak jako umožňuje chod celé společnosti. Denodenně jsme obklopeni produkty klasifikační činnosti, jež fundamentálním způsobem působí na naše rozhodování, chování i celé žití. Zejména standardizované klasifikační

systemy, které jsou již po dlouhou dobu součástí naší reality, mají v tomto směru specifické vlivy. Jelikož jsou tyto systémy součástí infrastruktury, často se stávají neviditelnými, což je také patrně důvodem toho, že značnou měrou unikají kritickému zkoumání. Jsou brány jako samozřejmost, což má za následek fakt, že na ně málokdo pohlíží jako na nositele sociálních, kulturních a etických hodnot, jejichž tvorba i užívání přináší řadu sociálně-etických i politických otázek.

Slabá stránka MKN – je v podstatě postavena na diagnostice, nikoliv na širokém kontextu – tak jak je tomu u sociálních služeb. Tento nedostatek je především patrný u dětských pacientů, kde valná část nemocí je spjata s jejich základním sociálním zázemím – rodinou. Dětského pacienta přijímáme, léčíme a uzdravuje především na základě jeho rodiny, v rodině a skrze rodinu.

Kontrolní otázky:

- Popište rozdíl mezi etikou a morálkou
- Etické dilema – jak dlouho využívat moderních technologií pro záchranu života, kde je předěl mezi kvalitou života a jeho udržováním za každou cenu?
- MKN – vývoj, omezení – popište.

3 LEGISLATIVA VE ZDRAVOTNICTVÍ A V SOCIÁLNÍ OBLASTI.

Cíl kapitoly:

Cílem kapitoly je seznámit studenta se zákonným vymezením zdravotních a sociálních služeb včetně jejich modelů poskytovaných služeb.

Po prostudování kapitoly se bude student orientovat:

- V zákonu o zdravotních službách
- V zákonu o sociálních službách

3.1 zákon o zdravotních službách

Výkon, realizace a podmínky pro zdravotní služby definuje zákon o zdravotních službách č.372/2011Sb. v platném znění.

Další částí je Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997Sb. v platném znění.

3.2 Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti

Podle časové naléhavosti rozlišujeme následující druhy zdravotní péče:

3.2.1 NEODKLADNÁ PÉČE

Neodkladná péče zamezuje nebo omezuje vznik náhlých stavů, které ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí; v podstatě lze říci, že pokud by neodkladná péče nebyla pacientovi poskytnuta, hrozila by mu smrt nebo nezvratné poškození organismu; neodkladnou péči zajišťuje např. zdravotnická záchranná služba, nebo lékaři a ostatní zdravotníci na urgentních příjmech lůžkových zdravotnických zařízení, v centrech vysoce specializované traumatologické péče, anesteziologicko-resuscitačních odděleních, jednotkách intenzivní péče apod.

3.2.2 AKUTNÍ PÉČE

Úkolem **akutní péče** je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do

stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí; akutní péče je poskytována těm pacientům, kteří jsou v důsledku náhle vzniklých vážných zdravotních obtíží vystaveni riziku selhání nebo ohrožení základních životních funkcí (ztráta vědomí, zástava dechu a srdeční činnosti), jde např. o pacienty, kteří utrpěli vážný úraz spojený s krvácením, infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu nebo pacienty s prudkým zhoršením chronického onemocnění a další; akutní péči v různých oborech zajišťují lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb jako jsou např. nemocnice na svých akutních odděleních a v centrech vysoce specializované péče.

3.2.3 NEZBYTNÁ PÉČE

Nezbytnou péči z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel; toto ustanovení se týká zahraničních pojištěnců.

3.2.4 PLÁNOVANÁ PÉČE

Plánovanou péči se rozumí zdravotní péče, která není uvedena výše. Jedná se např. o zdravotní výkony (operační zákroky, ošetření, vyšetření), jejichž termín si pacient dohodne s ošetřujícím lékařem nebo prostřednictvím objednávkového systému příslušného zdravotnického zařízení. Tuto péči lze z časového hlediska považovat za odložitelnou, tzv. elektivní. Její odložení však nesmí být pacientovi na závažnou újmu, což musí posoudit jeho ošetřující lékař.

3.2.5 NÁSLEDNÁ PÉČE

Sanatoria, dětská centra, rehabilitační ústavy – jedná se o zařízení, která neposkytují akutní péči, ale jen následnou. Mají snížit dopady nemoci, postižení na budoucí život pacienta / klienta. Dětská centra vznikly transformací kojeneckých ústavů, která poskytovala péči novorozencům odcházejících do osvojení. Dnešní dětská centra, poskytují péči především dětem, pro které nemáme náhradní rodinu, nebo jejich postižení je natolik významné, že nemohou být ve své rodině.

3.3 Druhy zdravotní péče podle účelu poskytnutí

Podle účelu poskytnutí rozlišujeme následující druhy zdravotní péče:

3.3.1 PREVENTIVNÍ PÉČE

Preventivní péče se zaměřuje na včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku.

3.3.2 DIAGNOSTICKÁ PÉČE

Diagnostická péče se zabývá zjišťováním zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby.

3.3.3 DISPENZÁRNÍ PÉČE

Dispenzární péči se rozumí aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci.

3.3.4 LÉČEBNÁ PÉČE

Léčebná péče se soustředí na příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu.

3.3.5 POSUDKOVÁ PÉČE

Účelem **posudkové péče** je zjištění, zda:

1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách,
2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely.
3. Často probíhá ve spolupráci se sociálními pracovníky sociálních služeb, nebo obce s rozšířenou působností.

3.3.6 LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE

Léčebně rehabilitační péče se zaměřuje na maximální možné obnovení tělesných, kognitivních, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

3.3.7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče se soustředí na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.

3.3.8 PALIATIVNÍ PÉČE

Cílem **paliativní péče** je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

3.4 Formy zdravotní péče

Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

3.4.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Ambulantní péčí se rozumí zdravotní péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Ambulantní péče se poskytuje jako:

- **primární ambulantní péče** (registrující praktický lékař, zubní lékař, gynekolog),
- **specializovaná ambulantní péče**, která je poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
- **stacionární péče** – zdravotní péče poskytovaná pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

3.4.2 DALŠÍ DĚLENÍ

Jednodenní péčí se rozumí zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů.

Lůžkovou péčí se rozumí zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta.

- **akutní intenzivní lůžková péče**, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
- **akutní standardní lůžková péče**, která je poskytována pacientovi buď s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,
- **následná lůžková péče**, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,

- **dlouhodobá lůžková péče**, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.

3.4.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ PACIENTA

Zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta se rozumí buď návštěvní služba nebo domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze poskytovat i umělou plicní ventilaci a dialýzu.

Domácí péče může v některých případech navazovat na hospitalizaci. Domácí péče, která se vykonává doma u pacienta, má charakter ošetrovatelské péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.

3.5 Zdravotně sociální péče

Zdravotní péče obvykle probíhá ve zdravotnických zařízeních jako jsou ordinace, ambulance, nemocnice, lékárny atp., případně doma u pacienta. Nezřídka se jí ale pacientům dostává i v pobytových zařízeních typu domovů seniorů, ústavů sociální péče, hospiců či azylových domech. Pokud jsou zde poskytovány i zdravotní služby, musí se tak dít vždy prostřednictvím odborně způsobilých zdravotnických pracovníků. Pečovatelské služby, tedy pomoc s úkony sebeobsluhy jako např. pomoc s hygienickou péčí, nákupy, úklidem, doprovodem k lékaři, lze čerpat i doma. V těchto případech hovoříme o zdravotně sociální péči, kde úroveň jednotlivých komponent kolísá podle potřeb pacienta, resp. klienta.

Zatímco zdravotní služby jsou v gesci ministerstva zdravotnictví, sociální péče spadá pod resort práce a sociálních věcí. Základní rozdíl je v jejich financování – zdravotní péči hradí ZP, případně si pacient připlácí podle sazebníku.

3.5.1 E-HEALTH

Všechny obory – i medicína – jsou měněny moderními technologiemi. Postupně jsme si zvykli na IT nástroje v diagnostice, ale doba koronaviru více otevřela otázky bezkontaktní zdravotní péče. V oblasti osobního kontaktu převládá přesvědčení o nenahraditelnosti

lékaře. Korovinarová krize některé postupy však zpochybnila, nebo možná jen nám nastavila zrcadlo – zda není vhodné zkusit přemýšlet jinak.

V předkládaném příspěvku se v první části jen všeobecně dotkneme „bezkontaktního“ způsobu poskytování zdravotní péče, v druhé, té stěžejní vám představíme výsledky z dětského odborného sanatoria v Metylovicích, při spolupráci s Telemedicínským centrem v Olomouci.

e-Health - „virtuální“ poskytování zdravotních služeb.

V současných zdravotnických zařízeních jsme si již zvykli na elektronické předávání informací. Dalším krokem tohoto rozvoje jsou elektronické zdravotní knížky, které by v budoucnu snad mohly usnadnit i celou diagnostiku díky umělé inteligenci. Po éře čipů, které nám otevrou dveře, přihlásí do platebního terminálu, zaregistrují příchod do práce, můžeme očekávat, že takto budeme u sebe mít stále i svou zdravotní dokumentaci, možná i více.

V českém prostředí jsme si zvykli používat pojmy jako jsou virtuální klinika nebo telemedicína. WHO používá pro definici e-Health vysvětlení: „*e-Health je sdílení informací a komunikačních technologií a jejich aplikací pro poskytování zdravotních služeb*“. [1]

Prvky e-Health pronikají postupně do zdravotních a sociálních služeb. V rámci sociálních služeb slouží především pro krizovou pomoc při poskytování péče v domácím prostředí klienta – Anděl na drátě, Strážný anděl, Protectu a podobně. Zdatnější uživatelé využívají prvky tzv. chytré domácnosti. Dalšími prvky tohoto směru jsou e-recepty, e-neschopenky.

Prožitek korovinarové krize nám odkryl další možnosti, možná i nutnost prvků e-Health v rámci tzv. virtuální kliniky, kterou již podporují i naše zdravotní pojišťovny.

Klady e-Health systémů – jako pacient nemusím chodit do ambulance, relativně rychle se můžu dostat na řadu, odlehlé oblasti – vesnice vzdálené od velkých měst, mají zvýšenou a usnadněnou dostupnost zdravotních služeb. Snadné a rychlé sdílení informací mezi odbornostmi.

Zápory e-Health systémů – ztrácí se osobní kontakt pacient/lékař, připusťme, že i osobní kontakt je významným prvkem léčby. Pacient se může více stát jen kauzou, diagnózou. Větší tlak na zdravotníky – když mají takovou techniku, musí mi přece pomoci, zdravotníci ošetří více pacientů – snadnější ztráta vnímání lidského příběhu, který je na pozadí nemoci. Nemoc přestává být součástí lidského příběhu, pacient je více strojem k opravě. Tuto zkušenost

získaly i modely využívané v sociálních službách, kde ke krizové pomoci dávají jako bonus – tzv. povídavou linku.

E-Health a dětský pacient

Tato část je věnovaná praktickým zkušenostem při využití komunikačních technologií a péče o chronicky nemocné děti.

Používané nástroje a sledované diagnózy:

- **Monitoring dětí s respiračními onemocněními**
- chronická plicní onemocnění, astmata a další choroby pod vlivem životního prostředí, či dispozičně - v současné chvíli těmito onemocněními trpí až 10% dětských pacientů.

Používaná přístrojová technika: spirometry, teploměry, oxymetry

- **Monitoring dětí s kardiovaskulárními onemocněními**
- hypertenze, hypotenze, arytmie srdečního rytmu a navazující komplikace jako diabetes, obezita apod. Dětem všeobecně chybí pohyb. Předpokládá se, že 33% dětí s kardiovaskulárními problémy ujde za den méně než 6 000 kroků.

Používaná přístrojová technika: tlakoměry, EKG monitory, váhy, náramky monitorující pohybovou aktivitu, glukometry

Motivační principy k léčbě.

Na základě osobních výpovědí dětských pacientů a jejich rodičů (v rámci pravidelných i mimořádných kontrol) je projekt hodnocen velmi kladně, pozitivní dopad na celkový zdravotní stav poměrné části pacientů je evidentní, samotný monitoring, používání telemedicínských přístrojů a plnění plánu měření je druhou stranou vítáno a ve většině případů vstřícně přijímáno.

Významným prvkem k motivaci využití moderních IT technologií, je fakt, že děti tato zařízení dokážou lépe používat než jejich rodiče. Dětská schopnost práce s IT technologiemi, jejich módnost a moderní vzhled jim dávají i jisté „preferenční“ body u spolužáků. Technologická a uživatelská nadvláda nad rodiči, jsou neopominutelným prvkem motivace k léčbě.

Neměřitelné podmínky úspěšnosti

Při zpracovávání kazuistik a osobních rozhovorech s rodiči jsme si všimli zásadního a důležitého prvku. Rodiny jako celek minimalizovaly kontrolní mechanismy typu – víš, že to nesmíš, musíš se hýbat, ale přešli do jiného rodinného cyklu. Tyto prvky podpory k léčbě jsou popisovány i v některých zahraničních studiích jako „negativní podpora“. Ve svém konečném výsledku totiž vedou k tendenci oklamat systém.

Významných změn bylo dosaženo v rodinách, kde se změnil celý vnitřní chod rodiny – od stravovacích návyků po pohybovou aktivitu. Jedná se o jeden z prvků, kdy nestačí edukace pacienta a rodiče, ale kdy rodina jako celek potřebuje prožít „výhodnost“ změny. Tento prožitek změny je umožněn právě společným pobytem v léčebném zařízení. Rodina více přebírá svou odpovědnost za výchovu ke zdraví a zdravému životnímu způsobu života.

Negativní aspekty průběhu

Negativním prvkem, který je větší vzdálenost dojezdu pacientů do léčebného zařízení, a dále pak přetrvávající malý zájem a malý počet dětských lékařů zapojených do projektu. Zároveň chybí nástroje k eliminaci těchto problémů.

Dalším problémem je složitá motivovanost rodinných příslušníků k zapojení do léčby na bázi aktivního přístupu. V průběhu roku využije služeb OLÚM stovky pacientů, ale převládá pasivní přístup – opravte zdraví a dále se nestarejte – jak ze strany dětských pacientů, tak ze strany osob odpovědných za výchovu.

3.5.2 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zákon o sociálních službách č. 108/2006Sb. v platném znění, popisuje jak služby samotné, tak i povinnosti k jejich výkonu, případně i vzdělání sociálních pracovníků. My se zaměříme jen na základní principy a základní výčet.

Cílem sociálních služeb je:

- zachovávat lidskou důstojnost klientů,
- vycházet z individuálně určených potřeb klientů,
- rozvíjet aktivně schopnosti klientů,
- zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů,
- poskytovat služby v zájmu klientů a v náležitě kvalitě.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví příslušný prováděcí předpis.

Zákon č. 108/2006Sb. o sociálních službách v platném znění, omezuje se jen na ty části, které se dotýkají našeho předmětu.

Cíl sociálních služeb a sociální práce §1:

„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“

Ze zákona vyplývá, že je nutná součinnost mezi sociálními pracovníky a veřejnou správou. Není tedy možné vykonávat sociální práci, bez souvztažnosti na veřejnou správu a řízení obce, města a kraje.

Druhy sociálních služeb definuje §32:

„Sociální služby zahrnují

- a) sociální poradenství,*
- b) služby sociální péče,*
- c) služby sociální prevence“*

Formy sociálních služeb § 33:

Sociální služby se poskytují jako služby:

- **Pobytové**
- **Ambulantní**
- **Terénní**

Kdo a za jakých podmínek může vykonávat sociální práci, definuje jmenovaný zákon následovně:

Sociální práci a pomoc, může vykonávat jen registrovaná sociální služby. Registrace nahrazuje živnostenské oprávnění. Podmínky registrace definuje §78-84.

Ve zkratce, registraci uděluje MPSV nebo příslušný krajský úřad. Žádaná služby musí být v souladu s komunitním plánem – nemůžu tedy chtít poskytovat službu, kterou komunitní plán nepovažuje za důležitou pro danou oblast.

Co je předmětem práce sociálního pracovníka, definuje §109:

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

3.5.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ÚZKÉM SLOVA SMYSLU

Pro následující kapitoly bylo využito materiálů MPSV – tak jak těmto službám rozumí nejvyšší správní orgán v ČR (MPSV <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>)

3.5.4 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

OSOBNÍ ASISTENCE

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo

zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

TÍSŇOVÁ PÉČE

Tísňová péče – patří do skupiny asistivních technologií - je distanční hlasovou a elektronickou komunikací s osobami, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení zdraví nebo života, popřípadě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Služba se poskytuje za úhradu. My se jí budeme i okrajově věnovat v kapitole věnované asistivním technologiím ve zdravotnictví.

PRŮVODCOVSKÉ A PŘEDČITATELSKÉ SLUŽBY

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu.

PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ

Podporované bydlení je terénní služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

CENTRA DENNÍCH SLUŽEB

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby je posílit samostatnost a soběstačnost osob v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

DENNÍ A TÝDENNÍ STACIONÁŘE

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

DOMOVY PRO SENIORY

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domovy se zvláštním režimem se poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob., Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační

činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

3.5.5 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

RANÁ PÉČE

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům 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. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

TELEFONICKÁ KRIZOVÁ POMOC

Telefonická krizová pomoc je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Služba se poskytuje bez úhrady. Služba obsahuje telefonickou krizovou pomoc a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

TLUMOČNICKÉ SLUŽBY

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tlumočnické služby jsou poskytovány bez úhrady.

AZYLOVÉ DOMY

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí

stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

DOMY NA PŮL CESTY

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež., a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje činnosti poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

KONTAKTNÍ CENTRA

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je minimalizovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služba se poskytuje bez úhrady.

KRIZOVÁ POMOC

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

INTERVENČNÍ CENTRA

Intervenční centra poskytují pomoc osobám ohroženým domácím násilím. Na základě zákonné povinnosti kontaktují osobu ohroženou, a to nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykázání ze společného obydlí. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Pokud je poskytována formou pobytových služeb obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Součástí služby je zajištění spolupráce mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, OSPOD, obcemi, útvary Policie ČR a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy. Služba se poskytuje bez úhrady.

NÍZKOPRAHOVÁ DENNÍ CENTRA

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní služby, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. V nízkoprahových denních centrech hradí osoby úhradu za stravu ve výši stanovené poskytovatelem.

NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem a mládeži ohroženým sociálním vyloučením. Služba je určena dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohli řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

NOCLEHÁRNY

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní

hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí přenocování. Služba se poskytuje za úhradu ve výši stanovené poskytovatelem.

SLUŽBY NÁSLEDNÉ PÉČE

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO RODINY S DĚTMI

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO SENIORY A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu

umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie. Služba obsahuje činnosti pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění a podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Služba se poskytuje za úhradu.

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje činnosti poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

TERÉNNÍ PROGRAMY

Terénní programy jsou služby poskytované osobám, které vedou nebo jsou ohroženy rizikovým způsobem života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek a omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných činností pro samostatný život. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Terénní a ambulantní služba obsahuje činnosti

nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Forma pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

3.5.6 ASISTIVNÍ TECHNOLOGIE – E-HEALTH V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Jedná se o technologie, které spadají do kategorie tísňové péče. Tyto služby dělíme na služby s využitím SOS tlačítek – kde zpravidla je zpětná komunikace přes telefon, nebo s využitím sousedské či rodinné pomoci.

Další kategorií jsou systémy spojené s umělou inteligencí, které dokáží detekovat pád, případně náhlou odchylku od zvyků osoby, která systémem využívá. Často jsou spojeny s intercomem – možností hlasového zavolání v rámci systému bez využití telefonu, případně i videopřenosem.

Uvedené technologie jsou napojeny, buď na řídicí pult, nebo na sociální služby či rodinné příslušníky. Technologie z USA – Giraffe plus, jsou malým robotem, který má i schopnost pohybu.

3.6 systém zdravotní péče a její specifika

Tato kapitola bude věnovaná systému zdravotních služeb, která mají svá specifika, limity i předpoklady právě na vazbu sociálního státu.

- je obtížné zabezpečit péči všem lidem bez rozdílu
- dnes jsou silně omezeny preventivní programy a limitovány programy podpory zdraví
- kvalitní péče by se mělo dostat každému člověku
- péče by měla být systémově dostupná
- odborně medicínská složka je dána penězi, ale také tradicí v každé zemi

- u nás by neměl být velký rozdíl, mezi reálnou a ideální dostupnou péčí (ale je tu)
- systém zdravotnictví býval předimenzovaný za dob komunismu, dnes je problém v některých odlehlejších oblastech, kde je menší pokrytí zdravotnickou péčí

základní subjekty zdravotnických systémů:

1. **pacienti** - konzumenti péče
2. **poskytovatelé péče** - zdravotní zařízení
3. **financující instituce** - občané (pokud je léčba plně hrazena pacientem), vláda, zaměstnavatel, fondy (pojišťovny) – princip sociální solidarity. Do tohoto modelu vstupuje princip vládní regulace x princip komerční nabídky.

3.6.1 HLAVNÍ KRITÉRIA ZDRAVOTNÍCH SYSTÉMŮ

- **dostupnost péče**
- **finanční** - péče bude poskytnuta komukoli
- **geografická** - distribuce péče v terénu. dostupnost
- **časová** - čekací doba na zdravotní péči (málokde je hodnocena pozitivně)
- **organizační** - překonávání administrativních překážek, orientace v nemocnicích
- **sociokulturní** - bez ohledu na etnikum, vzdělání, náboženství, jazyk...
- **kvalita** - stupeň vyspělosti péče, v ČR dostupnost
- **ekonomická nákladnost** - procentní podíl z HDP, zvláště v EU je neporovnatelná v různých zemích, zdá se, že tržní zdravotnictví je dražší, než netržní
- **výkonnost zdravotnického systému** - jaké služby jsou poskytovány a v jaké kvalitě, jaký rozsah péče se rozděluje jak velkému rozsahu populace
- **rovnost** - právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný potenciál zdraví, problém vertikální a horizontální rovnosti
- **sociální akceptabilita** - do jaké míry vyhovuje lidem a tradici státu, reflektuje tradicionalitu zdravotnictví, podmíněnost kvalitou dostupné péče (kvalitní péče je opravdu dostupná i finančně), dostupnost péče a její kvalita

3.6.2 PRINCIP KOMERČNÍ NABÍDKY

- funguje pouze na několika místech, např. USA, Švýcarsko (ale ani zde není pouze komerční systém)
- zdravotní prostředky jsou v soukromém vlastnictví
- vztah k zdravotnímu zařízení je dobrovolný
- vztah je smluvní
- pacient má svobodnou volbu lékaře i zařízení
- zdravotní péče je hrazena soukromými osobami
- tento systém ale nevyhovuje zranitelným skupinám, např. adolescenti - mohou se cítit zdraví, takže nepovažují za nutné uzavírat soukromé zdravotní pojištění a platit peníze, kterých mají i tak málo
- zdravotní pojištění je dobrovolné - problém je třeba u starších občanů, protože cena pojistky stoupá s věkem
- stát má pouze minimální vliv - nekontroluje nabídku, rozmístění, dostupnost ani ceny lékařské péče
- funguje úplná konkurence
- USA absolutizuje svobodu - "Být svobodný až do smrti, i pokud si ji sám způsobím"

3.7 principy sociálních služeb

- zajištění služeb se řeší komunitním plánem
- o zajištění má pečovat obec – má k tomu nástroje:
 - poradenské
 - ambulantní
 - v domácím prostředí
 - pobytové
- klient nese spoluúčasť, případně rodina
- jen doplňuje, to co sám klient nezvládne vzhledem ke své aktuální situaci

- cílem je co nejdéleš pobyt klienta v jeho domácím prostředí

kontrolní otázky:

popište shodné znaky zdravotních a sociálních služeb

popište e-Health a asistivní technologie

4 ZÁKLADNÍ ÚKOLY A TERMINOLOGIE SP SE ZAMĚŘENÍM NA ZDRAVOTNICTVÍ.

Cíl kapitoly:

Cílem této kapitoly je seznámit studenta s problematikou zdravotně sociálního pracovníka, jeho postavení ve ZZ a seznámit se s problematikou multidisciplinárního týmu.

Po prostudování se bude student orientovat:

- Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka
- Složení multidisciplinárního týmu
- Práce v multidisciplinárním týmu

4.1 Sociální práce

Sociální práce je dle Matouška *„společenskovední disciplína, pro kterou je charakteristické odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Návratu k sociálnímu uplatnění jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám pomáhají sociální pracovníci. Sociální pracovníci také pomáhají vytvářet příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.“* (Matoušek, 2008, s. 200)

4.1.1 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Dle mnohých autorů má sociální práce v České republice velmi zajímavou historii. Dle Gulové historické počátky sociální práce můžeme studovat z různých zdrojů z oblasti duchovní literatury, literatury faktu, ale i z historické literatury, kde je popisován život jedince ve společnosti v rámci jednotlivých historických období. Historii sociální práce spojuje se současnou sociální prací skutečnost, kterou je pomoc bližnímu (Gulová, 2011).

Mülpachr poukazuje na to, že sociální práce jako odborná a vědecká disciplína se vyvíjela a stále vyvíjí v blízké souvislosti s ostatními humanitními

vědami. V systému společenské péče o člověka mají speciální pedagogika a sociální práce nenahraditelné místo. Ve speciální pedagogice je jedinec s jakýmkoliv postižením odkázán na péči odborníka, který musí mít vedle speciálně pedagogického vzdělání i průpravu sociálního pracovníka. Domény sociální práce a speciální pedagogiky lze chápat jako doplňující se systémy. Tam, kde v sociální realitě slábne intenzita působení intervenčních postupů speciální pedagogiky, sílí intenzita technologických postupů sociální práce. Jednotlivé domény sociální práce a speciální pedagogiky nelze chápat jako absolutní a ostře ohraničené.

O pomoci lidem v minulosti se zmiňuje Monatová (1996) v souvislosti s vývojem speciální pedagogiky, kde píše o tom, že od počátku vývoje lidstva existovali jedinci, kteří trpěli nedostatky, vadami či poruchami. V některých zemích byli tito lidé s handicapem odmítáni, či zneužíváni například k těžké práci a jinde se jim naopak věnovala pozornost, pečovali a starali se o ně a někde je dokonce vzdělávali. Postižení žili v kláštorech, špitálech i v městských útulcích.

4.1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Zdravotně-sociální práce stojí na rozhraní sociální práce a zdravotnictví. Nemůžeme ji chápat pouze ve smyslu běžné sociální práce, ani jako zdravotní péči, o čemž svědčí důkazy v práci Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 24).

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je nezbytnou součástí léčebného i ošetrovatelského procesu. Představuje oblast, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální. Pomáhá při řešení sociálních problémů pacienta/klienta v případech, kdy toho není sám schopen a rodina v této krizové situaci péči poskytnout nechce nebo nemůže. V mnoha případech pacient/klient žádnou rodinu nemá.

Kuzníková a kol. (2011, s. 18-19) podotýká, že sociální práce ve zdravotnictví je velmi různorodá. V souladu s posláním oboru sociální práce a s posláním daného zdravotnického zařízení, klade důraz na komplexní péči o pacienta/klienta.

Sociální práce má svůj význam v pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění a odstranění negativních sociálních důsledků vyplývajících z nemoci. Nejedná se tedy pouze o nemoc, ale i o zdravotní postižení, věk, ztrátu soběstačnosti, osamělost, závislost způsobující nepříznivou sociální situaci.

Shrneme-li tuto kapitolu, pak cílem zdravotně-sociální práce je „*iniciovat a realizovat sociálně-zdravotní služby, zapojovat se do týmové spolupráce a zároveň zdůrazňovat svou profesionální nezávislost*“ a cílem sociální práce „*je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivací k léčbě, ke spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu*“ (Kuzníková, 2011, s. 18-19).

4.2 Zdravotně-sociální pracovník v ZZ

Pro tuto kapitolu jsme vybrali jako východisko seznam pracovních činností.

Pracovní náplň činnosti zdravotně sociálního pracovníka po získání odborné způsobilosti vymezuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotně sociální pracovník je kompetentní, bez odborného dohledu a bez indikace vykonávat následující činnosti uvedené touto vyhláškou v § 3 odst.1 a § 9:

- poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- dbát na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví,
- vést zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracovat s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- poskytovat pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- podílet se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v ČR a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů, podílet se na přípravě standardů,

- provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty.
- sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb, vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- provádět v případě úmrtí pacientů odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

Kompetence Kutnohorská, Cichá, Goldmann (2011) definovali kompetence zdravotně sociálního pracovníka následovně:

Kompetence profesně odborné – kvalitní teoretické znalosti a vědomosti, praktické dovednosti a schopnosti jako: jsou uspokojování sociálních potřeb klienta, odstraňování negativních sociálních faktorů, které ovlivňují nepříznivě průběh léčení, napomáhat integraci klientů do společenského prostředí, být schopen samostatné, odborné týmové práce, při realizaci sociálních opatření spolupracovat se zdravotnickými a sociálními pracovníky, pracovat s právní legislativou ve zdravotně sociální oblasti, kontrolovat účinnost a dodržování nových standardů a metod zdravotně sociální péče.

Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické – provádět sociální šetření u klientů, odebírat sociální anamnézu, stanovovat sociální diagnózy a prognózy, být schopen vypracovat zprávu o posouzení životní situace klienta.

Kompetence poradenské a konzultační – tzn. poskytovat sociálně právní poradenství ve vztahu k onemocnění a jeho následkům, podávat informace a konzultace klientům i jejich rodinám, v případě úmrtí klienta provádět odborné poradenství v sociální oblasti ve vztahu k pozůstalým.

Kompetence výchovné – provádět sociální prevenci, depistážní činnosti, s cílem vyhledávat jedince, kteří se díky nemoci své nebo svých blízkých osob se mohou ocitnout nebo se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Kompetence rozhodovací – být schopen sestavit plán psychosociální intervence včetně potřeby, druhu a rozsahu sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými profesemi tento plán realizovat, mít znalosti z oblasti krizové intervence a umět je v praxi uplatnit.

Kompetence organizační – být schopen připravovat klienta komplexně pro ústavní péči a pro zařízení sociální intervence., znát principy organizace a řízení zdravotnictví, sledovat a vést zdravotní i sociální dokumentaci klientů, podílet se na propuštění klientů a zajistit jim následnou péči a služby, spolupracovat s orgány veřejné správy a dalšími subjekty, které se budou dále podílet na řešení sociální situace klienta či jeho rodiny.

Kompetence metodické – být schopen navrhovat nové metody a standardy zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních, podílet se na základní vědecko-výzkumné činnosti v oblasti sociální práce ve zdravotnictví.

Kompetence jazykové - schopnost vyjadřovat se v českém jazyce kultivovaně, být schopen komunikace v cizím jazyce, včetně studia odborné literatury, v rozsahu stanovených činností rozumět základní latinské terminologii apod.

Kompetence komunikativní a etické - klíčové u každé pomáhající profese. Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen správně věcně komunikovat ve svém oboru, adekvátně předávat informace sociálního charakteru veřejnosti prostřednictvím médií, mít znalost a dodržovat etické kodexy ve zdravotnictví, ctít důvěrnost informací o klientovi a jeho blízkých, naslouchat a poskytovat klientům dostatečnou sociální a emocionální oporu, přistupovat empaticky ke klientům, jejich blízkým, ke svým kolegům, vést s nimi efektivní, eticky přijatelnou komunikaci,

Kompetence osobnostně kultivující – schopnost sebereflexe a sebevzdělávání ve zdravotně sociální oblasti, rozvíjet své odborné znalosti a dovednosti aktuálních stále se měnících poznatků v oblasti zdravotně sociální a právních norem.

4.3 Multidisciplinární tým

Sociální práce ve zdravotnictví je specifická především potřebou mezioborové spolupráce, fungujících multiprofesních týmů a krátkodobým poradenstvím, omezeným na dobu hospitalizace pacienta, potřebou znalostí o všech aspektech nemoci a tělesných postižení. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012) „Multidisciplinární tým představuje víceoborové zastoupení v týmu, kdy členové mají své specifické role.“ (Kuzníková, 2011, s. 25) Slovník cizích slov definuje pojem multidisciplinární takto: „přístup charakterizovaný spoluprací více vědních oborů při realizaci odborné a vědecko výzkumné činnosti.“ (ABZ, 2015) Slovo tým pochází z anglického team. TEAM lze vnímat jako zkratku klíčových slov (Kolajová, 2006):

- Together • Everybody • Achieves • More

Volně lze význam těchto slov přeložit: společně dosáhneme více. (Kolajová, 2006) Týmem se rozumí skupina odborníků z různých profesí, podílejících se na řešení psychosociální situace klienta. Členové týmu jsou schopni delegovat úkoly, zodpovědnost a hodnotit výsledky vzájemné spolupráce. Týmová spolupráce je pravidelná opakující se práce v týmu složeném z odborných pracovníků, je to komplexní dynamický proces. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012) Týmem můžeme nazvat nejlépe tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, mají pocit společného vědomí „my“, společné identity a všichni se snaží dosáhnout totožného cíle.

4.3.1 VÝZNAM A CÍL MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ve zdravotnických a sociálních zařízeních se vytvářejí ošetrovatelské jednotky, které si kladou za cíl, poskytovat všem klientům/pacientům specializovanou péči. V těchto týmech počet členů a jejich specializací úzce souvisí se specifickými podmínkami každého pracoviště. Dnešní praxe poukazuje na to, že nevyhnutelností jsou týmy multidisciplinární, které mají společný hlavní cíl – poskytnout pacientovi péči i léčbu v očekávané kvalitě, směřuje k řešení jeho situace. Postupuje se od komplexního posouzení klientovi situace, vytvoření anamnézy, plánu pomoci, péče, odvíjejícího se od podmínek sociálního okolí klienta. Zahrnuje také informování klienta, edukaci a jeho zapojení do plánu pomoci. V neposlední řadě je důležitá koordinace jednotlivých členů týmu, musí být jasně vymezen vedoucí týmu. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012) Z tohoto jednoznačně definovaného hlavního cíle vyplývají další požadavky na tým. Tým má mít právo řešit své vnitřní otázky

a problémy samostatně a nezávisle na jiném. Jedná se o samostatnou jendotku, která se snaží o činnost synchronizovanou a koordinovanou uvnitř týmu i navenek. Přidělená kompetence vždy znamená také odpovědnost, jako požadavek profesionality týmu. Rozvrhnutí přidělených rolí v týmu právě respektuje profesní připravenost členů, jejich zárukou je vymezení odpovědností a pravomocí. Spolupráce v multidisciplinárním týmu umožňuje jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů nemocného, jednotnou návaznou a kontinuální ošetrovatelskou péči a jednotnou dokumentaci a hodnocení kvality ošetrovatelské péče.

4.3.2 ZÁSADY TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE

Týmová práce by měla existovat všude tam, kde nemůže úkol splnit jednotlivec – byť profesionál. Týmová spolupráce je komplexní a dynamický proces, kdy dva a více pracovníků poskytují pomoc a služby klientům či členům rodiny klienta. Efektivní a funkční tým je schopen nalézt shodu v plánování řešení klientovy situace, jeho problémů a potřeb. Jednotliví členové si předávají relevantní informace. Jejich spolupráce zahrnuje vzájemné učení se od sebe navzájem, plánování intervencí a také shodu v etických rozhodnutích. Jsou schopni nejen delegovat úkoly a zodpovědnost, ale i hodnotit výsledky spolupráce. Výsledky týmové spolupráce by měly být přínosem pro obě strany procesu, jak pro klienta, tak i pro členy týmu.

Kontrolní otázky:

- Vysvětlete multidisciplinární tým
- Popište jeho význam při poskytování zdravotních služeb
- Popište zásady týmové spolupráce

5 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE, PŘEHLED, TYPOLOGIE, SPECIFIKA.

Cíl kapitoly:

Cílem kapitoly je seznámit studenty se základními modely teorií sociální práce, které mají i využitelnost při poskytování zdravotních služeb

Po prostudování této kapitoly se budete orientovat:

- Základní úkoly sociální práce
- V zásadních moderních teoriích sociální práce

5.1 Úkoly sociální práce

V dřívějších modelech a pojetích sociální práce panoval názor, že sociální pracovník má především udržovat klid ve společnosti. Sociální pracovník plnil funkci prodloužené ruky policie, jednalo se tedy o jinou, méně represivní formu společenské kontroly. Tento model se začal opouštět pod vlivem emancipačních hnutí (feminismus, marxismus). Současná sociální práce již pracuje spíše na teorii zmocňování (empowerment) a pracuje na těchto principech:

- poskytování sociální pomoci
- rozvoj potenciálu občanů/klientů (empowerment)
- pomoc při čerpání služeb
- práce s komunitami
- pomoc při řešení sociální problematiky měst a obcí
- vytváření funkčního systému sociálních služeb
- reforma společenského prostředí
- vytváření nových kategorií pomoci
- podpora a rozvoj společnosti jako takové

5.2 Materiální vs. nemateriální pomoc.

Materiální pomoc – odpovídá poradenskému paradigmatu:

- finanční podpora,
- sociálně právní pomoc,

- pomoc při zpracování a vyplnění formulářů,
- zastupování při jednáních i dalších subjektů, či přímluva za klienta.

Nemateriální pomoc – odpovídá reflexivně-terapeutickému paradigmatu:

- psychosociální pomoc,
- emocionální provázení,
- podpora sociálního fungování.

5.3 Humanistické a existencionální teorie

Středobodem obou přístupů je člověk jako autonomní bytost. Tyto teorie jsou zaměřené spíše na vnitřní svět člověka než na aktivity mimo něj. (Navrátil, 2001)

Humanistická teorie vznikla v 60. letech jako alternativa k psychoanalytickému a behaviorálnímu přístupu. Překonává jejich jednostrannost v chápání člověka jako produktu neovladatelných sil a využívá pozitivního přínosu obou. Filozoficky vychází z existencionální filozofie Martina Heideggera. Je to tzv. „třetí síla Vídeňské školy“. Je reakcí na krizi behaviorismu, který omezením svého předmětu jen na chování vyloučil z psychologie řadu témat, která tvoří psychologii psychologů a stávají se v dnešní době znovu velmi naléhavými. Humanistická teorie má snahu pochopit vnitřní zážitky člověka. Vůdčími osobnostmi byli Viktor Emmanuel Frankl a Abraham Maslow.

Východiska humanistických přístupů:

- člověk je jedinečná a svobodná bytost s tendencí k osobnímu růstu,
- člověka vnímají v rámci celostního přístupu (tři oblasti),
- důraz je kladen na přítomnost,
- základní otázky člověka se týkají hodnot, vlastní odpovědnosti, smysluplnosti života – vůle ke smyslu.

Mezi další osobnosti těchto směrů patří C. R. Rogers, E. Berne a další.

5.4 Existencialismus v sociální práci

Existencialismus není považován za filosofický systém, ale za filosofické hnutí.

Soustřeďuje se na existenci, ta je pro člověka jedinou realitou. Člověk existenci nevládní, protože je svou vlastní existencí. Ačkoli existencialismus toleruje rozmanitost názorů, lze najít shodná východiska mezi jednotlivými existencionálními směry. Hlavní osobností, která se zabývala problematikou existencialismu v sociální práci byl Thompson, který

provedl obsáhlé shrnutí existenciálního pojetí sociální práce. Svoji analýzu soustřeďuje na existenciální ontologii a rozebírá způsob, jakým existencialismus chápe člověka a jeho bytí.

Východiskem existencialismu je pojetí, které zformuloval Martin Heidegger. Jeho pojem Da-sein je pojem pro bytí tady a teď. Bytí má svou obavu – Sorge – především o to, abychom byli sami sebou. Tato obava se neustále připomíná hlasem svědomí. Svědomí podle Heideggera není o tom, co je dobré a zlé, ale je to touha po naplnění. Když se tento hlas svědomí v člověku ozývá, pro Heideggera a další existencialisty dochází ke krizi situací.

Na dílo Heideggera navazuje Viktor Emanuel Frankl ve své logoterapii (logos – smysl). Frankl formuloval východiska své existenciální analýzy a metodiky práce s klientem v koncentračním táboře. V současném světě lékaři, terapeuti i sociální pracovníci jsou v narůstající míře konfrontováni u svých klientů s pocitem bezsmyslnosti. Tento pocit označil jako existenciální vakuum.

Existenciální frustrace je trvající neschopnost nalézt odpovědi na otázky životního smyslu, která může vést ke vzniku noogenní neurózy nebo může vyvolávat jiné problémy, které vznikají jako důsledek neadekvátní snahy překonat existenciální vakuum patologickým chováním (drogy, promiskuita, suicidium, agresivita, členství v sektách či fundamentalismus). Noogenní neuróza pramení v konfliktech mezi jednotlivými hodnotami a v morálních konfliktech (duchovních problémech). (Frankl, 1996)

Existenciální frustrace je podle Frankla příčinou či spíše podkladem řady „nemocí doby“. Patří k nim fatalistický postoj k životu, provizorní postoj k životu, kolektivistické myšlení a fanatismus.

Fatalistický přístup k životu znamená neomezené přesvědčení, že se vše děje takovým způsobem, jež nelze ovlivnit. Provizorní postoj k životu postrádá jakoukoli snahu svůj život aktivně utvářet. Kolektivistické myšlení znamená, že se člověk vyhýbá osobní odpovědnosti za svůj život a rozhodnutí, stává se součástí masy lidí. Dochází tak k potlačení individuální svobody a odpovědnosti.

5.5 Existenciální analýza

Cílem existenciální analýzy je zjistit, co je podstatou existence. Mezi základní pojmy patří: svoboda – smysl života – hodnoty – čas – dimenzionální ontologie. (Navrátil, 2006)

Otázka svobody člověka

Existenciální analýza jako výklad člověka a jeho existence je pokusem odpovědět na otázku po smyslu tohoto bytí. Svoboda a odpovědnost znamená být člověkem, být si vědom své odpovědnosti. Existenciální analýza si tedy klade za cíl odpovědnost člověka za své vlastní bytí, a je-li to možné, chce ho k ní také vést. Svoboda má dvojí aspekt. Existuje „svoboda od“ a „svoboda k“. „Svoboda od“ je vlastně emancipací a „svoboda k“ je odpovědností.

Svoboda a osud

Osud je všechno to, co člověk ve svém životě nemůže ovlivnit. Mohou to být jeho dispozice biologické, psychologické nebo třeba sociální poměry, ve kterých žije. Frankl chápe svobodu a osud jako dvě spojené veličiny. Svoboda je podle něj dokonce bez osudu nemožná. Svoboda může být totiž svobodou vždy pouze vůči nějakému osudu. Osud (tak jako smrt) patří k životu, protože osud dává životu smysl a jedinečnost. Frankl myšlenkově vychází z Heideggera, smrt je základním fenoménem k tomu, aby Da-sein bylo samo sebou.

Otázka po smyslu života

„Otázka po smyslu života“ je podle Frankla specificky lidskou (na rozdíl od Freuda, který otázku po smyslu považoval za známku neurózy). Tyto otázky jsou spíše odrazem lidského bytí jako takového. Jedině člověk (na rozdíl od zvířat) totiž může svou existenci prožívat jako problematickou. Každý člověk má svůj vlastní smysl života, neexistuje jeden pro všechny lidi. Otázky po smyslu života se otevírají např. v době dospívání, ale mohou se objevit v souvislosti s nějakou osudovou tragédií nebo zážitkem – hraniční situací.

Nemáme smysl života, to život nám dává otázky a my odpovídáme. Člověk může přežít, pouze pokud žije pro něco (popis zkušenosti přežití v koncentračním táboře).

V otázce dosahování štěstí (slasti) jako smyslu života se Frankl rozchází s psychoanalýzou. Slast sama není vůdčí motivační silou, nýbrž je důsledkem naplnění smyslu. Vychází z filozofie Heideggera, kde naše bytí – Da-sein – je vnitřně puženo k tomu opravdu být.

Hodnoty

Podle Frankla může mít každá situace v životě člověka jiný smysl, a tedy i hodnotu.

Noodynamika je napětí mezi hodnotami a jejich naplňováním.

Základní druhy hodnot:

- a) Hodnoty tvůrčí – něco, co člověk vytvoří, tj. práce, díla, čin (umění, věda, pečování, ale i zvládnutí svého života); důležité je, aby se ten, kdo vytváří tuto hodnotu, angažoval.
- b) Hodnoty zážitkové – něco, co je samo o sobě krásné, to nás obohacuje (četba, poslech hudby, setkání s druhým člověkem), přináší zážitek a obohacuje, angažovanost není až tak potřebná.
- c) Hodnoty postojoyé – vyjadřují to, jak člověk dovede zacházet s utrpením, a to, jak se k tomu postaví. (Frankl, 1996)

5.6 Kritická sociální práce

Kritická sociální práce klade důraz na kritickou analýzu, která umožňuje jiné pohledy na stávající praxi, přeformulování a hledání alternativ, uznání síly klientů a identifikaci nedostatků. Jednotícím prvkem kritických teorií je liberální humanita základní vrstvy společnosti, tyto teorie se zaměřují na jedince a komunitu více než na změny v systému ekonomie a politiky.

Kritická neznamená, že se kritizuje, ale zpochybňuje a snaží se najít jiná řešení. Pro každou kritickou analýzu musíme mít na paměti jinou teorii, která mi tyto procesy umožní.

Úkolem kritické sociální práce je vidět možnosti budoucnosti. Kritická sociální práce slučuje neslučitelné teoretické zdroje.

Podle Fook (2002) je důležitá dekonstrukce celé situace nebo procesu. Dekonstrukce musí probíhat na úrovni mikro, mezo i makro systému. Závěrečným bodem je rekonstrukce, která vychází z principu, že nemohu posilovat jednu skupinu na úkor té druhé. Posilování má být vždy na všech úrovních. Kritická sociální práce vnímá sociální stát jako nástroj k ovládnutí mas.

Význam kritické sociální práce

Poskytuje teoretické základy pro formulování složitostí, které znají sociální pracovníci z praxe, a to v situacích, kdy chtějí dosáhnout změny.

Proces kritické práce podle J. Fook

Kritický proces dekonstrukce:

- Kritická dekonstrukce (analýza a identifikace sil v konstrukci – být připraven vnímat různé perspektivy, interpretace)
- Odpor – dotazování na dominantní jevy (osobní přesvědčení vypravěče, sledovat síly, kdo jsou účastníci, jaké jsou moje zájmy, pozadí setkání – kde, jaký čas, různé varianty procesu)
- Výzvy – označení dominantní i chybějící výzvy
- Kritická rekonstrukce – příležitosti existující konstrukce a nalézání nových cest a praktických vztahů

Kritický popis situace a příběhu:

- Jaké je hlavní téma – témata? (stručný popis sociálního, organizačního a personálního kontextu – v základu příběhu, jak jsou vidět a jsou relevantní)
- Kdo jsou hlavní účastníci? (jednotlivec, skupina, komunita)
- Z jaké pohledu prezentují, co chybí?
- Rozdílnost pohledu jednotlivých účastníků.
- Jaké mají znalosti a zkušenosti? (teorie, systémy, paradigmaty, kultura, pohlaví, mocenské hry)
- Jaký používají jazyk, rozumění pojmům?
- Mezery, předsudky v popisu, co se očekává, že získají?
- Odpor je postoj a ochota vidět i přehlížené, systémové mezery, předpoklady, které nemusí odpovídat realitě.
- Pojmenovat neměnné situace.

Výzvy:

- Jak může jinak pojmenovat výzvy, aby byly zajímavější?
- Jaký nový způsob myšlení můžeme použít nebo vytvořit? Pro koho?
- Jaký nový tip klimatu, kultury, systému, struktury zmocnění (posílení) pro účastníky?

Rekonstrukce:

- Pojmenování skrytých a nových částí nám umožňuje novou konstrukci.
- Využit nových pojmenování, frází.
- Tvorba nových kategorií.

- Nové praktické modely.
- Vytváření nové struktury nebo procesů, kultury nebo klimatu diskurzu rozvoje a akceptace

Posouzení a konstrukce příběhu ve spolupráci s uživateli služby:

- Není nutné najít jednu příčinu.
- Proces budování profesionálního příběhu je opakující se a integrující proces.
- Pracovník je aktivní a reflektující prvek ve tvorbě příběhu.
- Popisy a kategorie se musí měnit tak, aby vystihovaly problém uživatelů.
- Hodnocení narativního příběhu, který pracuje ve prospěch uživatelů.
- Tvorba více otevřených závěrů pro uživatele služby v poznání výzev a kontextů.
- Prohlubování znalostí o komunitách uživatelů služby.
- Etnografické metody.

Reflexivní metoda:

- Pracovník – pozorující vědec – nikdy není ve stejné situaci jako člověk nacházející se a žijící v komunitě.
- Můžeme však nastavit toto poznání, omezenost našeho vnímání. Ideální je participace na jejich životě, která následně snižuje předsudky o celé situaci a případně i komunitě.
- Být reflexivní = vědomí svých vlastních omezení.
- Účastníci příběhu nejsou jediným zdrojem poznání.

Posun v příběhu klienta:

- Z příčiny na efekt
- Z viny na odpovědnost
- Z viny na péči
- Z pasivního na aktivní
- Ze selhání na úspěch
- Z negativního na pozitivní
- Ze slabosti na sílu

Kontext a kulturní kompetence:

- Reflexe našich dovedností práce v kontextu.

- Dovednost zvládat diskurz interpersonální a interpsychický vyplývající z pomáhání, utvářet práci mezi lidmi v kontextu.
- Rozumět kulturnímu klimatu organizace.
- Číst kulturní klima kontextu a efektivně pracovat s tímto klimatem i v něm.

Kritická práce v nejistotě:

- Nové situace jsou nepředvídatelné a nejisté.
- Kritická reflexe – umožňuje relevantním způsobem předělávat mocenské vztahy.
- Transcendentní vize a realistický pohled na sebe – i malé kroky mají rozsáhlý význam, v kontextu „nepovedené“ nemusí být prohra, jen jiná část cesty.
- Práce v kontextovém poli – přeformulovat naši praxi, pracovat s prostředím (než pracovat navzdory prostředí), vidět sebe jako součást kontextu.

Kritická reflexe – může být vnímána jako hrozba pro organizaci – diskurz kolem funkce organizace:

- Zvýšená odpovědnost a tvořivost.
- Schopnost přeformulovat debaty a pracovat i s manažery.
- Zvýšená otevřenost různých perspektiv.
- Lepší morálka zaměstnanců.
- Zvýšení závazku klientů.

Otázky na závěr kritické analýzy:

- Co se rozumí pojmem sociální spravedlnost?
- Co je sociální spravedlnost v této situaci?
- Co znamená, že jsme součástí jedné sociální struktury?
- Co znamená předefinování „nerovnosti“ na „jinakost“?
- Sociální pracovník svou práci definuje onu „jinakost“, polévka pro bezdomovce (jinakost – bezdomovec – sociální skupina, polévka – forma pomoci? Jak je to z jeho perspektivy?)
- Příklad rasismu ve třídě: možnost konfrontačních skupin a možnost reflexivních skupin – jako výzva.
- Reflexivní klima mění struktury, názory, předsudky. Konfrontační klima je posiluje.

5.7 Komunikační modely

Jak bylo uvedeno v kapitole o paradigmatech, modely práce sociálního pracovníka a jedince, jsou postaveny na komunikaci. Komunikace je naším základním nástrojem. Tyto modely jsou ovlivněny naší motivací k sociální práci, principy vedení organizace i teorií, kterou jsme přijali za svou. Tato fakta je nutno mít na zřeteli.

Sociálně psychologické a komunikační modely:

- Jsou postaveny na výsledcích zkoumání lidské komunikace.
- Na sociální práci má zásadní vliv teorie rolí, etiketizační teorie a celá oblast psychologického výzkumu lidských interakcí.
- Role označují „očekávané jednání“. (Od žáků se očekává příprava na výuku, od sociálního pracovníka pomoc podle představ klienta.). Tato očekávání jsou i ze strany organizace vzhledem k pracovníkovi.
- „Komplementarita“ existuje, když role, chování a očekávání nositelů rolí odpovídají očekávání ostatních lidí. Např. klient může očekávat pouze zisk z dávkové systému, odklon pracovníka k terapeutickému paradigmatu jej může odradit od hledání pomoci v konkrétní organizaci.
- „Konflikt“ nastává, jestliže mezi nimi není soulad.
- „Konflikt mezi rolemi“ (inter-role konflikt) nastává, když jedinec vykonává více rolí, které jsou nekompatibilní, např. žák v pubertě má potřebu se bouřit, ale byl vychováván k poslušnosti vůči autoritám. Vzniká v něm vnitřní vývojový konflikt.

5.8 Ekologické teorie (environmentální)

Historicky se sociální práce snaží odlišit od ostatních pomáhajících profesí. Weie (in Gray, Webb 2013) píše o ideologické houpačce. Systémy USA a Kanady vždy vnímaly, že na společné palubě je člověk a příroda.

Severoamerická sociální práce se vždy vracela k individuální a sociální odpovědnosti.

Sociální profese se zde vždy točila kolem situační pomoci a sociální změny v kontextu.

Existovala dilemata:

- za svou situaci si může každý jako jednotlivec / situace je daná životní zkušeností a nevýhodnými startovními podmínkami
- úsilí o překlenutí třídních rozdílů / třídy jsou přirozeným důsledkem společnosti

Životní prostředí bylo pro osadníky těžištěm změny, soužití v širším kontextu je tedy pro severoamerické státy přirozeným jevem od první poloviny 19. století.

Životní prostředí je dynamické, obsahuje mnoho druhů systémů, úrovní organizace, prostorových a časových možností.

Základy ekologické teorie

Charakteristikou ekologické teorie je soužití mezi osobou a přírodou. Základy těchto teorií a idejí jsou datovány mezi léty 1950–1960. Mnoho současných moderních metod se odvíjí od prací amerického sociologa Persona, který spolupracoval s rakouským ideologem von Bertallafysem.

Základem je přesvědčení, že člověka nemůžeme redukovat na jednoduchý produkt psychologických, biologických a ekonomických procesů.

Von Barta rozvíjí na základech biologie kolem roku 1920 general systems theory (GST). Věřil, že příroda je otevřený systém. Kritizoval konvenční redukční model založený na uzavřeném atomizovaném modelu.

Obecné systémy mají jen obecnou platnost, ale mohou se na různých územích rozvíjet jinak. Problémy uzavřených systémů popisuje rovněž Konrád Lorenz (1990), je toho názoru, že komunita zvířat, která se oddělí od hejna není po určité době schopna se s tímto hejnem sjednotit, ale žije již jako samostatná kultura. Toto funguje i ve světě lidí. Dítě, pokud žije v náhradní péči, není již schopno začlenit se znova do kultury původní rodiny. Komunity, které žijí určitou dobu izolovaně, nejsou schopny se zpětně začlenit. Jejich jazyk, zvyky, kultura se vyvíjejí izolovaně a často jiným směrem než okolí.

Otevřené systémy tedy lépe popisují mechanismy na nižších úrovních.

Teorie ekologického (enviromentálního) přístupu

Sociální pracovníci vnímali nedostatek praktických aplikací pro svou práci a někteří teoretici začali zavádět nápady z ekologie do teorií sociální práce (Mayer, Germain). Tou dobou byly již populární ekologické teorie v sociologii, psychologii, antropologii.

Zde vzniká rozdíl mezi ekologií a ekologickým modelem sociální práce. Ekologická teorie sociální práce je inspirovaná modelem ekologie – existence jednotlivce je ovlivňována jeho okolím a naopak. Princip ekologické teorie sociální práce je postaven na sledování souvztažnosti na jednotlivých úrovních. Jedná se o to, že pomáhat jedinci můžeme ovlivňováním jeho okolí (případně jej „usadit“ v jiném sociálním prostředí) nebo můžeme

formovat sociální skupinu přes změny jednotlivců. Jednotlivec je v přímé souvztáznosti se svým okolím, vzájemně se ovlivňují.

Ekologický model vývoje je psychologická teorie rusko-amerického psychologa Urie Bronfenbrennera (1917 – 2005), který předpokládá 5 do sebe zapojených systémů, jež jsou v neustálé interakci.

- *Mikrosystém* – vliv různých aspektů vnitřního prostředí daného jedince, jeho **inteligence, osobnost** apod.
- *Mezosystém* – zahrnuje vliv nejbližšího okolí jedince, malé sociální skupiny, jichž je členem – rodinu, nejbližší přátelé a další.
- *Makrosystém* – obsahuje již celou společnost a je tvořen různými kulturními zvyky, tradicemi, jazykem či politickou koncepcí.
- *Exosystém* – zahrnuje vztahy jednotlivých mezosystémů, jedná se o širší okolí jedince, které je zprvu zprostředkováno aktivitou matky, později vlastní interakcí jedince s cizími mezosystémy, s nimiž přijde do přímého styku.
- *Chronosystém* – určuje časovou složku. Ani makro systém není stabilní a v čase se mění, a to dokonce i v průběhu lidského života. Proto je nutné zohlednit časové období, v němž dotyčný žije – velké světové události dané doby, historická specifika.

Dnes s těmito systémy pracuje většina teoretických modelů humanitních věd.

Dále tuto myšlenku rozvíjí Rogers, lidé jsou podle něj aktivními účastníky v rozvoji a způsob, jakým vnímají své prostředí, je stejně důležitý jako způsob, jakým žijí.

Germain aplikoval environmentální model explicitně na sociální práci, život prochází mnohými interakcemi, dobro mezi lidmi je důležité pro možnost na sebe vzájemně reagovat a přizpůsobit se jeden druhému.

Ekologické modely popisují lidský život především v propojení holistického a jazykového systému – hledání rámce pro vysvětlení složitého lidského chování.

Jazykové teorie ekologického modelu vypadají často složitě a nepochopitelně.

Klíčové myšlenky

Systémové teorie se soustředí na role, jaké jednotlivé složky hrají v udržení systému.

Ekologické myšlení má širší perspektivu a má tendenci sledovat jedinečnost nastavení vzhledem k prostředí.

1. Klíčovou myšlenkou pro ekologické systémy je konstatování, že nelze pochopit složitost lidského jednání v lineárních, atomizovaných a mechanických podmínkách.

Široký pohled nabízí komplexnější rámec. Díly jsou celky, celky jsou složeny z dílů a ty jsou mezi sebou propojeny a ovlivňují se.

2. Systém má svou energii na udržení rovnováhy – vlastní systémy sebezáchovy. Z ekologického pohledu jsou všechny systémy považovány za koherentní se snahou udržet soudržnost celého systému.
3. Adaptivita systému – systémy mají mechanismy k zachování integrity, umožňují jim zvládnout a přizpůsobit se měnícím se okolnostem.
4. Životní prostředí je vnímáno jako relativně statické k sociálnímu prostředí. Osoby nežijí mimo své prostředí a zázemí, ani jejich pohledy nejsou odtrženy od jejich osobnosti.

Metody ekologické sociální práce:

- Každý člověk v každém čase zaujímá nějakou roli. Může dojít ke konfliktu těchto rolí, např. více generační soužití, kde je role rodiče a dítěte v jednom malém prostředí.
- Problém prostředí – fyzické, ekonomické sociální.
- Problém duševního zdraví.
- Problém tělesného zdraví.

Dovednosti v ekologické perspektivě

Umožňují lidem vytvářet své prostředí. Ale taky vnímat, že jsme prostředím formováni.

Cílem takové sociální práce je podpora růstu, adaptivních kapacit a mechanismů, zlepšovat prostředí a jeho schopnosti.

Kontrolní otázky:

1. Popište základní úkoly sociální práce
2. Vyberte dvě teorie, které vás oslovily a popište je

6 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM.

Cíl kapitoly:

V této kapitole se student seznámí s problematikou základních přístupů v rámci výkonů sociální práce – paradigmat. Rovněž se budeme věnovat problematice potřeb rodiny a odpovídajícím sociálním službám.

Po prostudování této kapitoly se budete orientovat:

- Základní přístupy při práci v sociálních službách
- Potřeby rodiny s postiženým dítětem
- Služby pro rodiny s postiženým dítětem

Životní situace – dítě se zdravotním postižením

Musil, Šrajger (2008) uvádí dvojí význam životní situace v kontextu sociální práce. Vychází z díla Bartletové (1970), která životní situaci označuje životní úkoly, které jsou před rodinu stavěny během jejího života. Zároveň jde o jedinečné uspořádání okolností života určité rodiny, které brání zvládnutí těchto úkolů bez pomoci zvenčí.

S pojmem životní situace úzce souvisí i pojem *sociální fungování*, který označuje interakce probíhající mezi prostředím a člověkem. Navrátil (2007) ve své práci vychází z Bartletové (1970) a pojem blíže vysvětluje tak, že prostředí klade na člověka určité požadavky a tlaky, na které je nucen reagovat a zpracovávat tak určitou životní situaci. Mezi požadavky prostředí a člověkem musí být navozena rovnováha. Pokud tomu tak není, je potřeba s nastolením rovnováhy pomoci.

6.1 Paradigmata sociální práce

Sociální práce ve své historii ušla obrovský kus cesty ve změnách v přístupu ke klientovi. Tento posun je definován ve změnách v paradigmatech sociální práce. Tato paradigma jsou založena na hledání možností klienta. Je zde odklon od nedostatku – vady, omezení, handicap, které zůstaly vlastní zdravotním službám – k možnostem klienta, posílení jeho dovedností.

Sociálně právní pomoc

Je systémem pomoci, který je nejčastěji požadován od našich klientů. Velmi často se setkáváme s tím, že klienti chtějí jednoduchá řešení, případně finanční pomoc bez jakékoliv odpovědnosti. V rámci hmotné pomoci, pak narážíme na pachatelé dobra, kteří pomáhají podle svých představ bez souvislostí klientova světa (Fook, 2002).

Z druhé strany do tohoto paradigmatu patří pomoc prostřednictvím učení, práce s dovednostmi klienta. Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami (Matoušek, 2008, s.85).

Terapeutická pomoc

Je model, ke kterému někteří sociální pracovníci utíkají s nadějí, že mohou měnit klienta, často bohužel podle svého obrazu nebo podle potřeb společnosti. Někdy je jednodušší terapeutizovat než pomáhat. V závěru si můžeme vychovávat svého klienta, který nás chce potřebovat.

Reforma společenského prostředí

Společenské prostředí je prostor, který nám změnil pohled na sociální práci. V rámci nedávné zkušenosti se socialistickým pojetím sociální práce – kdo nepracuje je příživník, osoby se zvláštními potřebami musí být centralizovány z důvodů efektivity pomoci – jsme se v rámci systému sociální pomoci posunuli ke stádiu dilemat mezi pomocí a kontrolou.

V systémech měst a obcí, toto paradigma pocítujeme především na strategických dokumentech měst a obcí na komunitním plánech. Pro další úvahy je dobré si uvědomit, že jsou situace, kdy není potřeba čekat na nejvyšší politické patra k jejich rozhodnutí, ale můžeme začít věci měnit již v přímém kontaktu s klientem, nebo na úrovni nižších samosprávných celků.

Dilema pomoci a kontroly je v hrubém pojetí dilematem mezi modelem socialistického způsobu pomoci a modelem wellbeing – všeobecného blahobytu. Model všeobecného blahobytu může se někdy podobat zaručené mzdě, případně modelu, kdy klient, který se osamostatní od státní subvence, se najednou propadá do chudoby, neboť jeho minimální mzda je nižší než celkový součet všech dávek, které dostane jako nezaměstnaný.

Na všech úrovních těchto paradigmat se potýkáme s dilematem sociální pomoci a sociální kontroly.

6.1.1 SOCIÁLNÍ POMOC VERSUS SOCIÁLNÍ KONTROLA.

Toto dilema – pomáhat a kontrolovat - se vine jako červená nit všemi obory pomáhajících profesí. Jak bylo výše zmiňováno, již máme zkušenost se sociální práce, 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 práce.

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 Úlehlu 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

K těmto rolím nedílně patří i možná role – prodloužená ruka „policejního (kontrolního)“ aparátu státu. Tato role je úzce spjata s teorií moci, které se budeme ještě věnovat.

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 závislosti 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 žeti 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 – stimulační (Pavelová, 2017).

6.1.2 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, Vítek, 2016,s.37

Z této jednoduché tabulky je patrná vazby 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 sociálního pracovníka bez „bezmocných“ je zbytečná a sociální pracovník ztrácí práci. Toto dilema – osamostatnit klienta, nebo si jej vychovat jako stálého zákazníka je dalším z dilemat sociální práce, ale není předmětem této práce.

6.2 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 neléčíme 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 léčeben 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-obslužných 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 ukázněnosti, 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.

6.2.1 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 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 nejnvýrazněji 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:

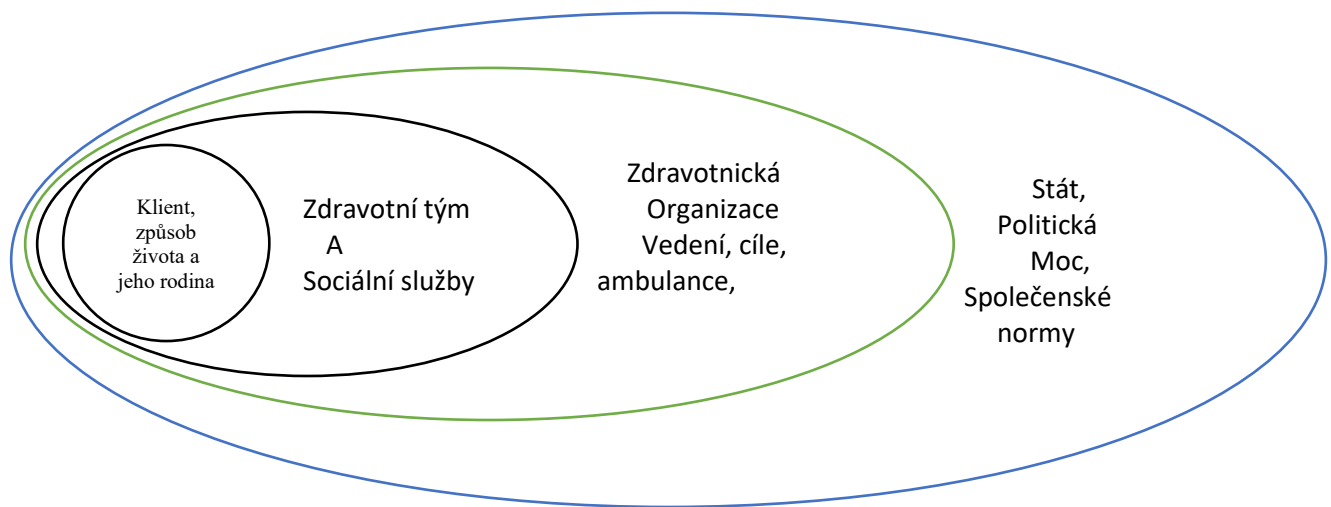
- Vědomí, že zdravotní péče není zdarma
- Vědomí, že nemocnice není hotel a hotelové služby nepatří do ozdravného procesu
- Vědomí, že pokud mám vysoce stresující zaměstnání, léky na vysoký tlak mi nepomohou, ale pomůže mi změna zaměstnání a případná změna životního stylu
- Jít na vyšetření „pro jistotu“, 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 mnogogenerační význam. Jsou rovněž situace, kdy bude nutné zapojit i komunitní plány, pro klienty, kteří nemohou čerpat z opory rodinného zázemí.



6.3 Specifika rodin s dítětem se zdravotním postižením

Rodina s dítětem se zdravotním postižením má určitá specifika, kterými se odlišují od běžných rodin.

Pokud si rodiče nevybrali dítě se zdravotním postižením vědomě a neberou od začátku péči o takovéto dítě jako své poslání, je potřeba se s faktem zdravotního postižení nejprve vyrovnat.

Narození dítěte se zdravotním postižením je krizí, která je spojena s velmi trýznivým pocitem nenaplněného očekávání zdravého dítěte, které mělo uspokojit představy rodičů (Jankovský, 2006). Toto nenaplněné očekávání rodičů zdůrazňuje specifickou těchto rodin.

6.3.1 VYROVNÁVÁNÍ SE S FAKTEM DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Vyrovňávání se s faktem, že je v rodině dítě se zdravotním postižením, je velmi složitý a komplikovaný proces. V rámci svého zaměstnání se setkávám s rodinami, kde vyrovňávání se s tímto faktem probíhá již několik let a stále není ukončeno.

Tento proces lze rozdělit do několika fází, které jako první popsala Kübler-Ross (in Jankovský, 2006). Ta se zabývá především problematikou smrtelných onemocnění a hospicové péče. Jednotlivá stádia u každé rodiny probíhají individuálně, každé může trvat různě dlouho a mohou se objevovat v různém pořadí.

- **Počáteční fáze** – v této fázi si rodiče neuvědomují, že je jich dítě postižené, nepřipouští si tuto skutečnost.
- **Iniciální šok** – zde je rodina ochromena tragédií.
- **Fáze popření** – rodina nevěří odborníkům, jejich diagnózám, myslí si, že jde o omyl.
- **Fáze smlouvání** – v této fázi si rodina uvědomuje fakt postižení dítěte, ale doufá ve změnu.
- **Fáze agrese** – v této fázi musí být odborníci připraveni, že je rodina bude obviňovat, je důležité na rodinu nezanevřít a neobrátit se k ní zády, jde o důsledek zoufalství, který rodiče prožívají, neobviňují pouze odborníky, ale také sebe.
- **Fáze deprese** – rodiče pocítují smutek, beznaděj. Důležitá je podpora a psychologická pomoc.
- **Fáze akceptace** – rodina může skutečnost postižení dítěte akceptovat negativně nebo pozitivně, může dítě opustit nebo přijmout.

Při procházení jednotlivými fázemi procesu vyrovňávání se se zdravotním postižením dítěte převažuje způsob práce s rodinou dle terapeutického paradigmatu, ale jsou zde prvky i poradenského paradigmatu.

V průběhu, kdy rodina prochází procesem vyrovňávání, se před rodiči objevují další specifika, s kterými musí pracovat. I rodiče, kterým se narodí dítě se zdravotním postižením, chtějí plnit své rodičovské funkce, mají své potřeby. Jejich plnění je složitější, potřeby dítěte jsou náročnější.

6.3.2 ZVÝŠENÁ POTŘEBA INFORMACÍ

Rodina s dítětem, které má zdravotní postižení, má zvýšenou potřebu po informacích. Narození dítěte je novou situací, s kterou se musí rodina vypořádat, hledá zkušenosti ostatních, rady a informace. O běžné péči o dítě v dnešní době získá rodina spoustu informací a to od své rodiny, od přátel, z různých informačních zdrojů, od lékařů apod. Často se také stává, že stanovení přesné diagnózy neproběhne u dítěte hned. Rodiče mohou být zoufalí, jelikož jejich potřeba po informacích nebývá většinou naplněna tak, jak by si představovali. Je důležité poskytnou pomoc a informace co nejdříve, aby mohla rodina překonat počáteční nejistotu a nedostala se tak do informačního vakua. Bez správných a potřebných informací je pro rodiče obtížné plnit rodičovské funkce a jejich sociální fungování se může stát mnohem komplikovanější.

Pro pomoc s uspokojením této zvýšené potřeby je důležité s rodinou pracovat zejména dle poradenského paradigmat

6.3.3 ZVÝŠENÁ POTŘEBA PÉČE O DÍTĚ

Dobrá rodinná péče o malé dítě se předpokládá jako samozřejmost. Dítě se zdravotním postižením má však zvýšené nároky na péči. Je nutné s ním specificky pracovat a pečovat o něj tak, aby se rozvíjelo v rámci svých možností. Dětem se zdravotním postižením je potřeba vytvářet podněty, cvičit s nimi a rehabilitovat. Cvičení bývá náročné pro pečujícího rodiče i pro dítě.

Pro pomoc s uspokojením této potřeby je důležité s rodinou pracovat zejména dle poradenského paradigmatu. Zároveň se zde objevují i prvky terapeutického paradigmatu, kdy využíváme služeb rané péče.

6.3.4 ZVÝŠENÁ POTŘEBA FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ

Všeobecně platí, že s narozením dítěte jsou spojené vyšší výdaje a nižší příjmy, v případech narození dítěte s postižením je tento nepoměr ještě výraznější. Rodina potřebuje různé kompenzační a rehabilitační pomůcky, některé potřebné léky nejsou

hrazeny zdravotní pojišťovnou. Rodina musí počítat s tím, že zdravotní postižení může být takového rozsahu, že bude vyžadovat celodenní péči po celý život a jeden z rodičů se již nikdy nevrátí do zaměstnání. K těmto potřebám přichází i potřeby pobytu v rehabilitačních zařízeních, případně lázních.

Způsob práce dle poradenského paradigmatu je i zde důležité. Pro zlepšení finanční situace a pro pomoc s výdaji, které rodina s dítětem se zdravotním postižením má musí vědět, kam se obrátit o pomoc.

6.3.5 ZVÝŠENÝ STRES V RODINĚ

Termín stres se začal používat ve dvou různých významech.

1. jde o situaci, kdy se člověk nachází v nějakém tlaku nepříznivých životních podmínek.
2. jde o různé faktory, které člověka vystavují tlaku.

Zvýšený stres v rodině s dítětem se zdravotním postižením může souviset s výše uvedenými potřebami po informacích, finančních prostředcích, potřebě zvýšené péče a pomoci okolí. Je důležité, aby si rodina uvědomovala toto riziko a pečovala o jednotlivé členy, tzn., aby i rodiče pečovali o sebe a zdravé děti. S těmito faktory jsme se často setkávali v dětském krizovém centru, kdy rodiče řešili dilema – péče o těžce postižené dítě a ztráta času na rodinu, nebo mít dítěte v zařízení a funkční rodinu.

Při zvýšeném stresu je potřeba odlehčit rodině při péči, dát pečujícímu prostor pro sebe. V této situaci je dle mého názoru zapotřebí zaměřit způsob práce s jednotlivcem a s rodinou dle terapeutického paradigmatu.

Dlouhodobý zvýšený stres může vést k syndromu vyhoření.

6.4 Sociální služby

V konceptech životní situace a sociálního fungování jsem uvedla jako stěžejní přístup při práci s rodinou s dítětem se zdravotním postižením přístup dle poradenského a terapeutického paradigmatu, což je patrné i z výše uvedených zvýšených potřeb. Aby mohla být práce dle těchto paradigmat prováděna, je potřeba mít síť kvalitních sociálních

služeb a umět se v ní orientovat. V případě, že taková síť chybí, přichází na řadu způsob práce dle reformního paradigmatu.

Sociální služby, stejně jako celá sociální práce, vychází z filantropie a z principu sociální solidarity. Účelem je pomoci se zvládnutím náročných životních situací a se začleněním do běžného života. Mělo by jít o podporu správného fungování rodiny. Veřejným zájmem by měla být dostupnost kvalitních služeb ve všech regionech.

Kvalitou sociálních služeb se zabývají *Standardy kvality sociálních služeb*, které jsou jednotliví poskytovatelé sociálních služeb povinni dodržovat. V České republice jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardy jsou rozděleny do tří oblastí.

Dostupností kvalitních sociálních služeb se zabývá *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011*. Prvotním cílem Národního akčního plánu je zajistit dětem bezpečné prostředí pro jejich vývoj ve vlastních rodinách. Pokud by byly ve všech regionech dostupné kvalitní sociální služby pro rodiny se zdravotně postiženými dětmi a rodiny by o nich byly včas informovány, usnadnilo by jim to vyrovnávání se se zdravotním postižením dítěte. Cílem je ochrana rodiny nepřetížením rodičů.

6.5 Zákon o sociálních službách

Stěžejním dokumentem pro sociální služby je v ČR Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který v §3 definuje sociální službu jako *činnost zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*.

V zákoně jsou služby rozděleny na tři základní typy:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Formy poskytování sociální služby dělíme na:

- ambulantní
- pobytové
- terénní.

Kromě tohoto dělení, které upravuje zákon o sociálních službách, můžeme z hlediska majetkoprávní dělit služby na:

- sociální služby státní,
- sociální služby nestátní.

Více jsme službami zabývali v předcházejících kapitolách.

6.5.1 DRUHY SLUŽEB PRO RODINY SE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM DÍTĚTEM

Zákon o sociálních službách popisuje i konkrétní typy sociálních služeb. Pro účel této práce uvádím pouze ty druhy služeb, které mohou využít rodiny se zdravotně postiženým dítětem. Jejichž pořadí je uvedeno v určité návaznosti. První dvě služby jsou, dle mého názoru, nejdůležitější pro počáteční fáze, kdy se rodina potýká s problémem a je nezkušená.

6.5.2 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Sociální poradenství dělíme na základní a odborné. Základní sociální poradenství z pravidla zajišťuje všechny druhy sociálních služeb.

Odborné sociální poradenství je dle §37 odst. 3 poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Sociální poradenství reaguje na zvýšenou potřebu po informacích. Získáním potřebných informací může rodině pomoci zmírnit i zvýšený stres.

6.5.3 RANÁ PÉČE

Raná péče je pro rodiny se zdravotně postiženými dětmi velmi důležitá. Jedná se o službu sociální prevence. Zákon o sociálních službách, §54, vymezuje ranou péči jako terénní,

popřípadě jako ambulantní službu poskytovanou dítěti a rodičům dítěte do 7 let věku, které je zdravotně postižené. Cílem služby je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče jsou rodinám poskytovány od zjištění postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí. Službou rané péče dochází k zvyšování vývojové úrovně dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými. Služby rané péče jsou dle Společnosti pro ranou péči sestavovány na základě analýzy potřeb individuální rodiny. Raná péče reaguje na zvýšenou potřebu péče o dítě, zvýšenou potřebu po informacích, potřebu pomoci okolí a na zvýšený stres v rodině.

Ostatní služby je specifikovali v předcházejících kapitolách a nebudeme se jimi tady více zabývat.

6.5.4 DRUHY REHABILITACÍ

Základní zásadou je komplexnost služeb péče o rodinu a dítě. Nepracujeme jen s dítětem, ale s celým rodinným systémem. Takové řešení nabízí právě systém ucelené rehabilitace tzv. *systém kruhové péče*, který propojuje péči výchovně vzdělávací, sociální, pracovní i zdravotní (Musil, Šrajer, 2008, s. 112).

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace pečuje o zdravotní stav pacienta a je v působnosti resortu zdravotnictví, má však výrazný mezioborový charakter. Léčebná rehabilitace zahrnuje druhy terapií jako

např. psychoterapii, muzikoterapii, arterapii, zooterapii. Zooterapie je v České republice prováděna nejčastěji prostřednictvím hipoterapie – terapie pomocí koní a canisterapie – terapie pomocí psů.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace si klade za cíl komplexně zajistit sociální situaci osob se zdravotním postižením. V praxi to znamená, pomoci v oblasti integrace do společnosti - socializaci, pomoci využít nástroje pomoci, které společnost nabízí, tzn. sociální služby, dávky apod.

Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je významná v období dětství a dospívání. Jedná se o výchovu a vzdělávání. Rozděluje ji na rehabilitaci osob se získaným postižením a osob s postižením vrozeným. U osob se získaným postižením jde převážně o odbourávání anomálií způsobených postižením a o obnovu normálního vývoje. Rehabilitace osob s vrozeným postižením pracuje na schopnostech, které jsou omezeny ve vývoji oproti zdravým vrstevníkům.

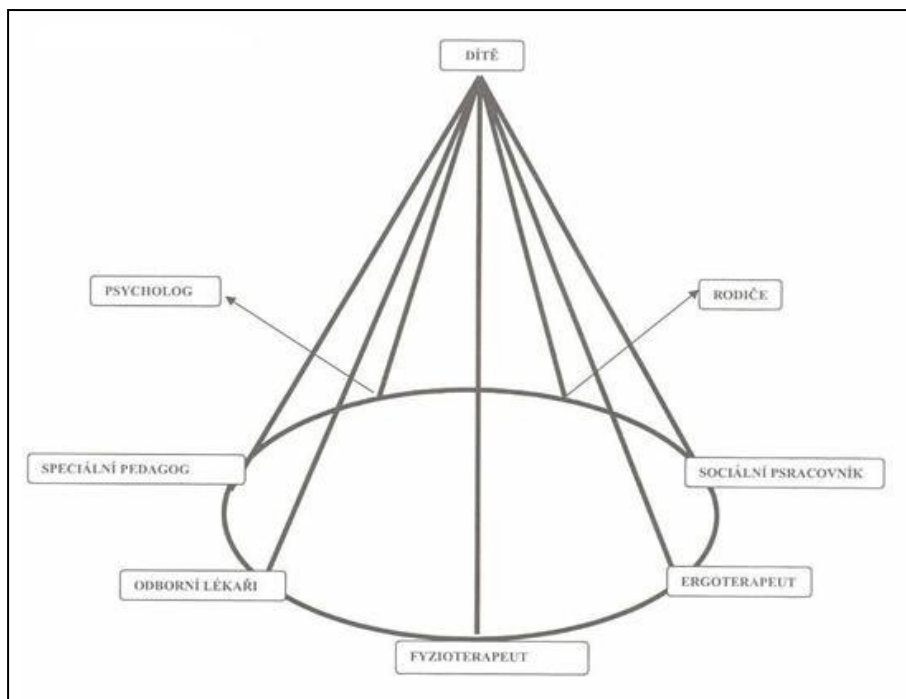
Pracovní rehabilitace

Cílem pracovní rehabilitace je dosáhnout pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením. Při péči o dítě se zdravotním postižením se jedná především o pracovní přípravu a o vytváření podmínek pro budoucí pracovní uplatnění.

6. 2 KRUHOVÁ PÉČE, UCELENÁ REHABILITACE

Péče, která je poskytována v souladu se systémem kruhové péče – ucelená rehabilitace, je v zájmu dítěte, které stojí na vrcholu celého systému. Obrázek č. 6. 1 schematicky představuje členy systému kruhové péče. Kruh, jehož členy jsou odborníci na péči o dané dítě, symbolizuje rovnocenné partnerství mezi všemi členy. Součástí systému kruhové péče jsou i rodiče zdravotně postiženého dítěte, jsou to také odborníci na daný problém a danou situaci, zároveň je potřeba považovat je i za klienty a zajistit jim určité služby a péči. Bez jejich správného fungování není možné zajistit kvalitní péči o dítě se zdravotním postižením. Z péče o rodinu nesmějí být vyloučeni ani případní sourozenci zdravotně postiženého dítěte.

Obr. 6. 1: Systém kruhové péče



Zdroj: Jankovský (2006)

V systému kruhové péče, je velmi důležitá komunikace mezi jednotlivými členy týmu, měla by probíhat ve všech směrech. Jednotliví členové by se měli navzájem znát a měli by vědět o vzájemné propojenosti a důležitosti vzájemné spolupráce.

Kontrolní otázky:

- Vyjmenujte a specifikujte paradigmaty sociální práce
- Popište principy ucelené rehabilitace

7 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM S PSYCHIATRICKOU A ZÁVISLOSTNÍ DIAGNÓZOU.

Cíl kapitoly:

Cílem kapitoly je seznámit s problematikou rodiny s dítětem s psychiatrickou diagnózou, jejími specifiky a základní terminologií.

Po prostudování této kapitoly se budete orientovat:

- Základní terminologii
- Se specifiky péče o dítě a rodinu s dítětem s psychiatrickou diagnózou
- Metody sociální práce s dítětem a rodinou s psychiatrickou diagnózou

Základními pojmy, kterými se ve své práci zabývám, jsou: psychiatrie, pedopsychiatrie, duševní nemoc, sociální péče ve zdravotnictví.

7.1 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.

7.2 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 nejinak 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.

7.3 dětské psychické nemoci - poruchy

7.3.1 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 traumata, při které je např. ohrožen něčí 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).

7.3.2 NEJČASTĚJŠÍ DĚTSKÉ PSYCHICKÉ PORUCHY

Pedopsychoiatri 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.

7.3.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Marketingové nastavení společnosti na spotřebu a mediální ideál krásy s sebou přináší nové postoje 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 přerušit 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 sebepoškození 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.

7.3.4 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 protražený 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.

7.4 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.

7.4.1 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 hůř snáší ztrátu soukromí a svobodného chování.

7.5 Personál u lůžka dítěte

7.5.1 DĚTSKÁ SESTRA NA PSYCHIATRII

Výkon práce zdravotní sestry je náročná. 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.

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.

7.6 Sociální pracovník ve zdravotnictví, s ohledem na psychiatrii

7.6.1 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 ošetřovatelského týmu, tedy na propojení procesu sociální péče a ošetřovatelského 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 ošetřovatelského 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.

3.1.1.1 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.

7.6.2 ČINNOSTI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA NA DĚTSKÉ PSYCHIATRII

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 ošetrovatelského týmu, např. při vyjasňování rolí a kompetencí.

Velmi důležitou součástí 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.

Kontrolní otázky:

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

8 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI PÉČI O RODINU PSYCHICKY NEMOCNÉHO DÍTĚTE

Cíle kapitoly:

Cílem kapitoly je seznámit studenta s problematikou úlohy sociálního pracovníka – zdravotně sociálního pracovníka, při péči o rodinu a dítě s psychiatrickým onemocněním.

Po prostudování bude znát:

Vliv psychiatrické diagnózy na chod rodiny, úlohy sociálního pracovníka i nástin několika přístupů v práci.

8.1 Rodinná situace nemocného dítěte

Rodiče a blízcí příbuzní jsou často první, kteří u dítěte pozorují symptomy charakteristické pro psychickou poruchu. Po určení diagnózy se rodina ocitá v situaci, která má všechny projevy krize. Ačkoliv problémy s dítětem narušovaly rodinnou situaci již delší dobu, stanovení diagnózy je definitivním koncem jejich nadějí v lepší výsledek. Krize je bod zvratu, rodina musí začít tvořit nové modely jednání, někdy upadá do regrese.

Všeobecně se psychiatrickým poruchám nerozumí, vnímají se jako stigmatizace rodiny a z toho plyne potřeba psychosociální podpory. Jako první jsou v ohrožení matky a jejich společenské a sociální začlenění. Následně podléhá často nepochopeným emocím, únavě, špatné náladě až depresi a nezdědka potřebuje odbornou pomoc psychologa. Dalšími ohroženými jsou otec a sourozenci dítěte.

8.2 Sociální péče v psychiatrii

Úkolem sociálního pracovníka je i zde především snížení nebo zmírnění sociálních důsledků nemoci pacienta, a to jak ve vztahu k pacientovi, tak i k jeho rodině. Cílem sociální péče s rodinou na dětských odděleních je pomoci rodině řešit problémy s aktuální hospitalizací dítěte s krátkodobou, ale zejména s dlouhodobou diagnózou. Sociální pracovník se v zdravotnickém zařízení může setkat s různými rodinami, které mají různé sociální zázemí.

Primární snahou sociální péče je pracovat s celou rodinou pacienta, jako s léčebným i léčeným systémem. Nejčastěji se však pracuje s matkou a dítětem, otcem a dítětem a také s prarodiči a dítětem.

Zdravotně sociální pracovníci pracující s rodinou pacienta působí obvykle nejprve jako zprostředkovatelé základních informací o nemoci jejich člena rodiny. Jejich úkolem je objasnění podstaty onemocnění, seznámení rodiny s rizikovými faktory nemoci, objasňují důvod a průběh naplánovaných vyšetření a léčby.

Kromě této edukační činnosti provádějí sociální pracovníci také psychosociální podporu. nabízejí členům rodiny psychickou podporu v jejich nové náročné situaci, neboli poskytují jim prostor pro vyjádření jejich strachu a nejistot. Základní potřebou rodiny je obdržení dostatečného množství relevantních informací. Další jejich potřebou jsou kontakty na svépomocné skupiny a pomoc při překonání první náporů krize.

Mezi konkrétní metody používané v sociální práci s rodinou ve zdravotnictví patří především:

- *Systemický přístup*, jehož hlavní myšlenka je založena na interakci klientů a jejich prostředí. Sociální pracovník se stává součástí rodiny pacienta a zastává významnou úlohu komunikace mezi jednotlivými členy rodiny. Tento přístup předpokládá, že problémy rodiny jsou ve vztazích a lze je chápat jako důsledky zřetězení různých okolností. Sociální pracovník zde funguje jako facilitátor, který aktivuje nevyužité zdroje rodiny a hledá alternativy řešení.
- *Antiopresivní přístupy neboli antidiskriminující přístupy*, které jsou namířeny proti znevýhodnění a utlačování. Úlohou sociálního pracovníka je odstranění diskriminace a útlaku. Základními rysy jsou spravedlnost, rovnost, spoluúčast.

8.3 SOCIÁLNÍ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA DÍTĚ HOSPITALIZOVANÉNA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Předchozí kapitoly již tuto problematiku částečně řešily. V této kapitole se budeme věnovat bližší specifikaci této práce.

8.3.1 ÚKOLY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA NA DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM 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 psychiatrickém 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 psychiatrickém oddělení není žádoucí, aby sociální pracovník suploval péči psychologů a psychiatrů. 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 psychiatrickém oddělení má dokonce možnost i těmto sociálním problémům předcházet.

8.4 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 jejích symptomů, nebo může být veden z pohledu fungujících prvků života dítěte a rodiny – podpora funkčnosti. 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.

Kontrolní otázky:

- Popište vliv psychiatrické diagnózy na změnu chodu rodiny
- Popište úkoly sociálního pracovníka, zdravotně-sociálního pracovníka, vzhledem k rozvoji potřeb rodiny a dítěte

9 SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTECH MULTIKULTURNÍ SPOLEČNOSTI.

Cíl kapitoly :

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

Po prostudování se bude student orientovat:

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

9.1 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, které 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 obhájí 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, filozofický 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).

Asilimilitismus (James in Gray, web 2013) znamená, že skupina majoritní společnosti definuje a sleduje vše, co si musí nově přichozí 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.

9.2 Multikulturalismus v sociální práci

Multikulturalismus je ideologií zabývající se vztahy mezi etnickou, kulturní a náboženskou rozmanitostí. Ovlivňuje identitu a chování lidí (Gray, Webb, 2013). V rámci sociální práce je důležitá sebereflexe sociálního pracovníka, jak on sám rozumí multikulturní společnosti, sociálním záležitostem z ní plynoucí – sociální předsudky sociálního 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 (rukojmi.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.

9.2.1 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 multikulturní 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.

9.3 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 deklaráce (1994), která se týká práv pacientů, uvádí: Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální zásady a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.¹

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.

9.4 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 ošetřovatelství v kostce. 2006, s
.69

9.5 Kultura a ošetřovatelství

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 ošetřovatelství.

9.5.1 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.

9.5.2 SUBKULTURA

Díličí skupina osob v rámci dominantní kultury, která se zřetelněji odlišuje svými normami a způsobem života. 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

9.5.3 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.

9.5.4 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.

9.5.5 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.

9.6 Kulturně zaměřená etika péče

Zdravotníci a také sociální pracovníci by měly pozorně naslouchat a všimnout si projevů v chování, které jim pomohou orientovat se v životních postojích a etice klienta/pacienta. Kultura a subkultura mají svá vlastní etická vodítka, která jejich příslušníky usměřují 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.

Každý profesionál musí obezřetně zacházet zvláště s citlivými otázkami. Měl by mít na paměti, že i v rámci jedné kultury mohou být odlišnosti mezi jednotlivými sociálními třídami, či mezi muži a

ženami. Měl by se zamýšlet, jak kulturní stereotypy mohou narušit kvalitu poskytované pomoci.

9.6.1 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 pocitem 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.

9.6.2 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

9.6.3 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.

9.6.4 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.

9.7 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.

9.7.1 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 celosvětové 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>)

9.8 menšiny

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.

9.8.1 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)

9.9 Menšiny v České republice

Zdejší majoritní společnost v České republice se, ve srovnání s jinými státy, nesetkávala 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)

9.9.1 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.

9.9.2 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 nepřitele 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 diverzitou⁴, 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.

9.9.3 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.

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

9.9.5 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.

9.10 PŘÍSTUPY SOCIÁLNÍ PRÁCE K MENŠINÁM

Antipresivní 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 sociální 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.

9.10.1 KOMUNITNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Komunitní sociální práce patří mezi stěžejní metody sociální práce, kdy komunitní práce se realizuje jak ve státním, tak i nestátním prostoru – zásadní vliv má stát a jeho přístup ke komunitám. Nezaměřuje se pouze na práci s komunitou, patří do ní modely: organizace komunity, sociální rozvoj, rozvoj lokality a sociální plánování. (Navrátil, 2003, s. 49)

V komunitní práci má pojem komunita mnoho významů. Nejužívanější pojetí komunity se orientuje na počet členů, proto je jako komunita označováno takové společenství lidí, které má více členů než skupina. Podle Hartla (1997, s. 35) je komunita: „místo, kde člověk může získávat emociální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“

Cílem komunitní práce je změna v sociálních situacích a formování vztahů mezi jinými skupinami daného celku, včetně zapojení se do majoritního proudu – pozor na záměnu za asimilaci. Komunitní práce pro komunitu zajišťuje a rozšiřuje rozvoj materiálních (úprava a zpřístupnění veřejných prostorů, bydlení atd.) a lidských zdrojů (poradenství, vzdělávací střediska, kluby atd.) Pomáhá rozvíjet infrastrukturu, v níž si lidé vytváří neformální sociální sítě a organizují se do neformálních skupin – překračování vlastního sociálního omezení. Mimo jiné zajišťuje naplnění volného času k uspokojení potřeb člověka a případně i zajištění volnočasových aktivit dětí a mládeže. Učí člověka rozvíjet své schopnosti, sdílet svůj individuální problém veřejně ve skupině (skupina nemá zpravidla pevnou vnitřní strukturu) či komunitě. Také rozšiřuje vzájemnou podporu pomocí aktivizace, pro uvědomí si své situace a upřesnění svých zájmů.

9.10.2 PŘÍPADOVÁ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Zaměřuje se na jedince jako na individuální případ v kontextu místa (i rodiny) a doby. Základem sociální práce je pozornost na klienta v nepříznivé životní situaci a na sociální službu, kterou potřebuje. Tento přístup je pro sociálního pracovníka velmi náročný, jak po profesionální stránce, tak i po stránce osobní. Sociální pracovník se snaží pochopit jak jedince samotného, tak i rodinu, komunitu a její kulturu jako celek (sociální prostředí), a zároveň reflektuje jeho motivaci ke změně podmínek života. Případová práce je postavena na úzké spolupráci s dalšími odbornostmi jako psychologie, sociologie, psychiatrie a kulturní antropologie. Případová práce je také postavena na

různých teoriích např. teorie učení, socializace, malé skupiny, komunity apod.

„Sociální případová práce se může opírat o teorii rolí. Sociální role jsou kulturně předepsány. Každý jedinec se v rámci své kultury nebo v rámci skupiny, ke které patří, identifikuje s tou rolí, která mu náleží. Sociální role se stávají determinantami chování svých představitelů a ovlivňují celou škálu situací, kterými jedinec prochází.“ (Matoušek, 2003, s. 67)

Sociální pracovník se snaží vyvést klienta z bezmoci, ve které se nachází a naučit jej samostatnosti. Jakákoliv rozhodnutí – cíle, prostředky - zůstávají na klientovi, který má potenciál určovat své kroky k cíli (empowerment). Sociální pracovník jej v řešení podporuje a posiluje, a tato podpora může klienta dovést k rozvoji osobního, rodinného a sociálního úspěchu. Klient může služby i procesy přijmout nebo odmítnout.

Kontrolní otázky:

- Vysvětlíte pojem multikulturalismus
- Popište etiku práci v multikulturním prostředí
- Psychosomatika a změna kultury
- Případová sociální práce

10 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU V KONTEXTECH ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE.

Cíle 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 sociálních služeb pro tyto rodiny a přístupy k těmto rodinám.

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

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.

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.

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.

Standardy profesního rozvoje zaměstnanců – jedná se o dvousečný standard. Na jedné straně zajišťuje kontinuální vzdělávání, na straně druhé, může vést k tomu, že poradci se nevzdělávají 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 enkulturačních: utváří charakterové vlastnosti osobnosti dítěte
- ekonomicko-zabezpečovací: materiální zabezpečení jednotlivých členů,
- ochrannou

10.3.1 RIZIKOVÝ NOVOROZENEK

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 onemocnění, 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 nejdůležitější) - 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.

Kontrolní otázky:

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

literatura:

- Bauman, Z. (1999): *Globalizace. Důsledky pro člověka*, Praha, Mladá fronta.
- BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 153 s. ISBN 978-80-244-3069-0.
- 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.
- BERNE, Eric. *Jak si lidé hrají*. Praha: Portál, 2011. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-992-7.
- Byrne, D. (1999): *Social Exclusion*, Buckingham, Open University Press.
- 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.
- DRBOHLAV, Dušan. *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788074190391.
- DUDOVÁ I. *Európske sociálne systémy*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2011. ISBN 978-80-225-3188-7.
- 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.
- FABIÁN, Petr. Sociální začleňování – nová výzva pro veřejnou správu a sociální práci. In Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. **SOCIÁLNÍ ZACLEŇOVÁNÍ 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.
- 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.
- FOOK, J. *Social work: critical theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2002. vii, 179 p. ISBN 07-619-7251-X.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996, 237 s. ISBN 80-85319-50-0.
- GELDARD, Kathryn a David GELDARD. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.
- GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
- GRAY, M.; WEBB, S. A., *Social Work: Theories and Methods*. 2nd Edition. ISBN 9781446208601.
- HARRIS, Thomas A. *Já jsem OK, ty jsi OK*. V Praze: PRAGMA, 1997. ISBN 80-7205-508-9.
- HARTL, P. *Komunita občanská, komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997
- HARTL, P. *Umění rozhovoru*. Katedra sociální práce FF UK Praha
- HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-8024616261.
- KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, Praha, 2000.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyhé (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 9788024720692.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024744131.

- KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LAAN, G. *Otázky legitimity sociální práce*. Boskovice: Albert, Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 1998.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785482.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MESSINA, R. *Dějiny charitativní činnosti*. Překlad Terezie Brichtová. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, 148 s. ISBN 80-719-2859-3.
- NAVRÁTIL, P. *Posouzení životní situace: úvod do problematiky*. Sociální práce/ Sociálna práca, Brno: ASVSP, 2007, roč. 2007, č. 1, s. 72–86. ISSN 1213-6204.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NOVOTNÁ, V, SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Praha: UK, 1992
- NÓZKA, M. *Codzienna partycipacja na przykladzie gospodarowania przestrzenia osiedlowa*. Warszawa: Fundacja akademii Organizacji Obywatelskich, 2019, 2/2019(46). ISSN ISSN 17332265.
- RÁKOCZYOVÁ, Miroslava, Robert TRBOLA a Ondřej HOFÍREK. *Sociální integrace přistěhovalců v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788074190230.
- ROGGE, Jan-Uwe. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-237-8.
- ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Slon, 1997
- 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.
- SMUTKOVÁ, Lucie. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.
- ŠPILÁČKOVÁ, M. - NEDOMOVÁ, E. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál 2014. ISBN 978-80-262-0726-9
- TOMEŠ, I. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678685.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-0523-4.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Metody práce se skupinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-445-8.
- 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.
- ZATLOUKAL, L., VÍTEK, P., 2016. *Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností*. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026210115.
- ZELENÝ, M. *Hledání vlastní cesty: listy a reporty o moderním managementu: executive summary*. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 9788025116111.

Internetové zdroje:

- JANEBOVÁ, R. *Kritická sociální práce* [online]. [cit. 2020.08.20]. Univerzita Hradec Králové <https://www.uhk.cz/cs-CZ/Download?DocumentId=18817>.
- POLÁK, M., LESAY, I. *Jan Keller, sociológ* [online]. [cit. 2020.06.23]. Dostupné na: <http://www.blisty.cz/art/34879.html>.

SCHRAMM, D. - FUTRIS, T. - BRADLEY, R., 2013; *Child Welfare and Healthy Marriage and Relationship Education: A Research to Practice Brief*, [online]. [cit.2020.08.23]

Dostupné na:

<https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/promoting/marriages/?hasBeenRedirected=1>

Sociální služby, [online]. [cit.2020.08.23] <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Sullivan, T., K., a col, *Social support, social control and health behavior change in spouses.*

(2010) Dostupné [online]. [cit. 2020.03.20].

<https://scholarcommons.scu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=psych>

Zákonné normy:

Zákon č. 372/2011 sb.zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, , [online]. [cit.2020.08.23] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění. , [online]. [cit.2020.08.23]

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákon č.108/2006Sb. O sociálních službách, , [online]. [cit.2020.08.23]

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Vyhláška č. 55/2011Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit.2020.08.23] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, [online]. [cit.2020.08.23] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

