

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**SOSIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ**  
**Problematika dětí a mládeže**

**SOCIAL WORK IN HEALTH CARE**  
**Selected issues of children and young people**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
MUDr. Jiřina Ondrušová Ph.D.

Autor:  
Julie Horáčková

Praha 2021

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala MUDr. Jiřině Ondrušové Ph.D. za vedení bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Janě Vargové a zdravotně – sociálním pracovníkům FN Motol, zdravotně – sociálním pracovnícím z Oblastní nemocnice Příbram a Fakultní Thomayerovy nemocnice za spolupráci. Také bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za podporu.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci Sociální práce ve zdravotnictví, problematika dětí a mládeže vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16. 12. 2021

Julie Horáčková

## **Anotace**

Teoretická část se zabývá souhrnem toho, co je náplní práce zdravotně – sociálních pracovníků v nemocnici, kteří pracují s klienty věkové skupiny dětí a mládeže, jaké jsou postupy při této práci a s jakými překážkami se mohou setkat. Cílem praktické části je prozkoumat a popsat, jak probíhá práce s klienty v nemocnici v praxi. V praktické části je popsáno několik kazuistik z nemocnic, ve kterých jsem plnila praxi. Kazuistiky jsou zvoleny tak, aby přiblížili nejčastější situace, se kterými se Zdravotně – sociální pracovník setkává.

## **Klíčová slova**

sociální práce, sociální pracovník, rodina, pomoc, podpora, sociální služby, nemocniční prostředí, děti a mladiství, hospitalizace

## **Annotation**

The theoretical part deals with a summary of what is the scope of work of health and social workers in the hospital, who work with clients of the age group of children and youth, what are the procedures in this work and what obstacles they may encounter. The aim of the practical part is to examine and describe how work with clients in the hospital takes place in practice. The practical part describes several case reports from hospitals in which I did my internship. The case studies are chosen to present the most common situations that the Health and Social Worker encounters.

## **Keywords**

social work, social worker, family, help, support, social services, hospital environment, children and adolescents, hospitalization

<b>Obsah</b> .....	5
<b>Seznam zkratek</b> .....	7
<b>Úvod</b> .....	8
<b>1. Sociální práce ve zdravotnickém zařízení</b> .....	9
1.1. Vývoj sociální práce ve zdravotnictví v České republice .....	10
1.2. Legislativní opora pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení .....	10
1.3. Metody sociální práce ve zdravotnictví .....	11
1.3.1 Sociální práce s jednotlivci .....	12
1.3.2 Sociální práce s rodinou .....	12
<b>2. Sociálně zdravotní práce s dětmi a mládeží</b> .....	14
2.1. Vybrané činnosti sociálně zdravotního pracovníka .....	15
2.1.1. Kontakt OSPOD (hlášení, poskytování informací, spolupráce) .....	16
2.1.2. Následná péče .....	17
2.1.3. Poradenská činnost .....	17
2.2. Vybraní klienti sociálně zdravotního pracovníka .....	18
2.2.1. Rizikový novorozenec .....	18
2.2.2. Děti hospitalizované s vážnější a vážou nemocí .....	19
2.2.3. Děti v dysfunkční rodině .....	20
2.2.4. Nezletilí ohrožení domácím násilím .....	21
2.2.4.1. Syndrom CAN .....	24
<b>3. Nezletilé těhotné a matky</b> .....	26
3.1. Možnosti řešení gravidity u nezletilé .....	26
3.1.1. Mateřství a rodičovské chování .....	26
3.1.2. Interrupce .....	27
3.1.3. Náhradní rodinná péče .....	28
3.2. Sociální služby pro nezletilé matky .....	30
<b>4. Sociálně zdravotní práce s rizikovou mládeží</b> .....	32
4.1. Nezletilí zneužívající návykové látky .....	33
4.2. Nezletilí se známkami sebepoškozování .....	35
4.3. Nezletilí s poruchami příjmu potravy .....	36
<b>5. Práce s rodinou hospitalizovaného dítěte a mladistvého</b> .....	38
5.1. Komunikace s dětským pacientem a jeho rodinou .....	39
5.2. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte .....	40
5.3. Desatero hospitalizovaného dítěte .....	41

5.4. Raná péče .....	41
<b>6. Kazuistiky .....</b>	<b>42</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>49</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>51</b>

## **Seznam zkratek**

CAN – Child Abuse and neglect

ČR – Česká republika

DG – Diagnóza

DÚ – Diagnostický ústav

JIP – Jednotka intenzivní péče

NIP – Následná intenzivní péče

OSPOD – Odbor sociálně právní ochrany dětí

OZ – Občanský zákoník

OZP – Osoba se zdravotním postižením

PCR – Policie České republiky

PnP – Příspěvek na péči

PO – Předběžné opatření

RÚ – Rehabilitační ústav

SC – Císařský řez

SP – Sociální pracovník

## Úvod

Cílem mé práce je z dostupných zdrojů popsat specifika sociální práce ve zdravotnictví se zaměřením na cílovou skupinu dětí a mladistvých a prostřednictvím kazuistik uvést několik příkladů z praxe.

Velká většina osob, v oboru sociální práce bez zaměření, při rozhovoru semnou, nevěděla nebo jen tušila co vlastně sociální pracovník v nemocnici dělá. Většina z těch, kteří věděli, co sociální pracovníci v nemocnici dělají, měli jen omezené vědomí o cílové skupině těchto pracovníků.

Sama jsem se se zdravotně – sociální prací několikrát setkala a mohla si ji vyzkoušet v rámci mé praxe v několika fakultních i oblastních nemocnicích. Velmi mě zaujala a chtěla jsem podrobněji poznat co obnáší a do budoucna se jí věnovat. Všude kde jsem se o zdravotně sociální práci něco dočetla, hlavním tématem byla především práce s cílovou skupinou seniorů, či dospělých. Při mé praxi jsem se ale setkala i s řešením situací s dětmi a mládeží. Rozhodla jsem se tedy podrobněji popsat práci zdravotně – sociálních pracovníků, kteří se zaměřují na méně obvyklou cílovou skupinu dětí a mládeže.

V práci jsme nejprve shrnula, co to vlastně sociální práce ve zdravotnictví je a čím se zabývá. Dále jsem se podrobněji zaměřila na mou zvolenou cílovou skupinu. Popisuji cílovou skupinu a postupy pracovníků nejprve u dětí a mládeže, dále jsem se zaměřila na případy kdy nezletilá přijde do jiného stavu a jak lze tuto situaci řešit. V další části se blíže zaměřuji na situace, kdy se sociální pracovník setká s nezletilým, zneužívajícím návykové látky. Jako poslední část popisují práci s rodinou, která je nedílnou součástí při hospitalizaci klienta a situace, která nastane po propuštění.



# 1. Sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Sociální práce je odbornou disciplínou, která má za cíl profesionálně pomáhat jednotlivcům, rodinám či skupinám klientů v řešení jejich problémů. Snaží se o to, aby lidé, kteří nejsou schopni řešit své problémy sami, měli vytvořeny podmínky, jež umožňují optimální a autonomní rozvoj jejich osobnosti. Ve zdravotnictví se pak sociální práce stává oblastí, ve které dochází k prolínání zdravotní a sociální péče, přičemž je nutné, aby sociální péče navazovala na péči zdravotní (Kutnohorská, 2012).

Sociální práci ve zdravotnictví lze popsat třemi základními formami. Těmito formami jsou, poradenství, podpora a pomoc. Cílem sociální práce ve zdravotnictví je zejména zmírnění důsledků a následků nemoci, se kterou se klient/pacient potýká. Pracovník poskytuje klientovi/pacientovi a jeho rodině pomoc při řešení sociální situace, která vznikla následkem hospitalizace v nemocnici. Tato práce je velice různorodá, a to zejména v rámci různých cílových skupin. Pracuje s klientem holisticky tzn. celistvě zahrnuje fyziologickou, psychickou, sociální a duchovní dimenzí zdraví a nemoci, což souvisí s komplexní péčí (Kuzníková, 2011).

Sociální práci ve zdravotnickém zařízení vykonává zdravotně – sociální pracovník nebo sociální pracovník. Zatím co zdravotně – sociální pracovník, který je nelékařským zdravotním pracovníkem, má veškeré kompetence k tomu, aby svou práci mohl dělat komplexně a samostatně, sociální pracovník musí pracovat pod dohledem nebo přímým vedením (Zákon č. 96/2004 Sb. 2017).

Aby byl sociální pracovník pro tuto práci plně kompetentní, musí absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz Ministerstva zdravotnictví ČR a složit atestační zkoušky. V případě, kdy sociální pracovník vystudoval střední zdravotnickou školu, akreditovaný kurz absolvovat nemusí, protože již zdravotnické minimum pro vykonávání této profese získal (MZČR).

## Okruh spolupracujících subjektů:

- Soudy, policie
- Zdravotnická zařízení, ambulantní lékaři a agentury domácí péče
- Zdravotní pojišťovny

- Sociální služby (zejména pečovatelská služba, hospic, azylové domy, ubytovny, domovy pro seniory)
- Dětské domovy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
- Hospice
- Státní správa
- OSPOD, sociální kurátor (Časopis Sociální práce, 2020)

## 1.1. Vývoj sociální práce ve zdravotnictví v České republice

Úplně prvotní institucí v České republice, která řešila sociální problémy, byla rodina. Ta zajišťovala péči o nemocné vždy jako první, až poté přicházela s pomocí instituce, když rodina nemohla nebo nebyla schopna péči zajistit. Forma sociální práce ve zdravotnictví byla hlavně protiepidemiologického rázu. Dále se sociální práce ve zdravotnictví rozvíjela zejména v období první světové války. Potřeba sociální práce při řešení problémů způsobených válkou se zvyšovala. V té době sociální pracovníci řešili zejména psychiatrické neurozy způsobené válkou. Rozvíjela se působnost Československého červeného kříže, který během války zajišťoval sociální podporu všem v zemi, bez ohledu na finanční možnosti tehdejších klientů. *V roce 1918 to byli sociální pracovníci v nemocničním prostředí, kteří zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás* (Kuzníková 2011, s.15).

V roce 1935 byla náhradou Vyšší školy sociální péče, která byla první v české republice, vybudována Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. Ta poskytovala vyšší odborné vzdělání zejména pro sociálně zdravotní pracovníce, které by pomáhali v sociálním lékařství. (Kuzníková, 2011).

Další vývoj ovlivnilo Pražské jaro, kdy bylo poukázáno na to, že i za socialismu jsou sociální problémy. *Bylo opět zřízeno ministerstvo práce a sociálních věcí a vybudován nový koncept sociální práce s rodinou a dětmi, se starými a zdravotně postiženými občany, s propuštěnými z výkonu trestu a s osobami bez přístřeší. Byla rozvinuta sociální práce v zařízeních, v oblasti školství, zdravotnictví, vězeňství a v ústavech sociální péče.* (Kuzníková 2011, s.15).

## 1.2. Legislativní opora pro sociální práci ve zdravotnickém zařízení

Vzhledem k různorodé klientele se zdravotně-sociální pracovníci ve zdravotnických

zařízeních opírají o mnoho legislativních pramenů, jimiž nejčastěji jsou:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Rozvoj sociální práce v oblasti zdravotnictví je pak ovlivňován následujícími legislativními normami:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů;
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů;
- Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělením č. 209/1992 Sb. a ústavním zákonem č. 2/1993 Sb.;
- Listinou základních práv a svobod;

Každé zdravotnické zařízení má svá vnitřní pravidla pro nakládání s osobními údaji pacientů. Normy jsou závazné pro všechny zaměstnance zdravotnického zařízení (Kuzníková 2011).

### **1.3. Metody sociální práce ve zdravotnictví**

Metody sociální práce mohou být popsány jako postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou. Dle Matouška může být cílem úřední úkon, poskytnutí komplexní pomoci, poskytnutí poradenství, vytvoření plánu postupu. Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, skupina nebo komunita (Matoušek, 2003).

Techniky sociální práce jsou určitý návod na použití metody, přizpůsobený tak, aby odpovídal specifickým problémům vyplývajícím z klientovy situace. Technika je činnost nebo pracovní postup, který slouží k naplnění vytýčeného cíle. Metodu můžeme chápat jako cestu a techniku nebo jako způsob, kterým tuto cestu překonáme (Draganová, 2006).

### **1.3.1 Sociální práce s jednotlivci**

*Nejužívanější a nezastupitelnou intervencí sociální práce ve zdravotnictví je individuální práce s klientem, která začíná prvním kontaktem s klientem a seznámením s jeho chorobopisem (Kuzníková, 2011, s. 65).*

Práce s jednotlivcem je metoda sociální práce, která zahrnuje sérii kroků. Doporučení klienta do péče, zhodnocení jeho potřeb, stanovení cílů, plán intervence nebo péče, realizace plánu, souhrn a hodnocení výsledku intervence (Matoušek, 2003).

Sociální pracovník by měl klientovi podat informace o všech možnostech řešení, které lze poskytnout, ale současně mu dát možnost volby. Během celého procesu by měl být klient co nejaktivnější. Pracovník by měl klienta co nejvíce podporovat k tomu, aby problém dokázal vyřešit sám a respektovat jeho nejrůznější potřeby. Velmi důležitá je, individualizace – potřeba klienta, aby s ním bylo jednáno jako s jedincem se životními zkušenostmi a prožitky, účelné vyjádření pocitů – potřeba klienta vyjádřit své pocity vůči své situaci, vůči svému okolí nebo také kontrolované emocionální zaujetí – potřeba klienta slyšet a cítit sympatii sociálního pracovníka jako odezvu na své problémy. Dále je podstatné, přijímat klienta takového, jakým je – potřeba klienta, aby byl uznáván jako člověk, který má své hodnoty, nesoudit ani neodsuzovat jej a dopřát mu práva rozhodovat sám o sobě – potřeba klienta vybrat si a činit rozhodnutí. Neopomenutelná je i důvěrnost sdělení – klient potřebuje ujištění, že jeho důvěrná sdělení nebudou zneužita (Charvátová, 1990).

### **1.3.2. Sociální práce s rodinou**

*Sociální pracovník se v rámci své profese může setkat s různorodou klientelou, s rozdílným sociálním zázemím. Společným cílem všech pomáhajících by měla být spolupráce s rodinou klienta a jeho možný návrat do tohoto prostředí, pakliže je toto prostředí funkční a vyhovující (Kuzníková, 2011, s. 72).*

Největší smysl sociální práce ve zdravotnictví je zejména ve snížení nebo zmírnění, v ideálním případě odstranění, sociálních důsledků nemoci klienta. V první řadě je důležitá spolupráce s rodinou klienta a řešení jeho problémů primárně s jeho rodinou. Rodina je také zdrojem objektivnějších informací o situaci klienta.

V případě, kdy klient není schopný sám informovat sociálního pracovníka o své situaci ať už z důvodu věku, nemoci, jazykové bariéry (lze komunikovat skrze tlumočníka), či jiné překážky, rodina pracovníkovi významně pomáhá se v klientově situaci zorientovat. Když klient rodinu nemá, není s ní v kontaktu, či nelze žádného rodinného příslušníka dohledat stává se zjišťování informací o klientovi náročné, někdy až nemožné. V situaci, kdy klient zemře může zdravotně sociální pracovník požádat o spolupráci Policii ČR při dohledání příbuzných.

Rodina by měla být při řešení životní sociální situace důležitým článkem v tomto procesu. Sociální pracovník musí počítat s jejími názory, postoji, možnostmi, schopnostmi a ochotou zvládnout situaci. Při zvažování svých možností by měla mít rodina dostatek informací o nabídce podpůrných zdravotních a sociálních služeb (Matoušek, 2005).

## 2. Sociálně zdravotní práce s dětmi a mládeží

Mnoho lidí napadne, co dělá sociální pracovník v nemocnici s dětmi? Dětské sociální pracovníci pracují ve zdravotnických zařízeních na podpoře dětí, které mají chronické nebo těžké zdravotní potíže. Spolupracují také s rodinami dětských pacientů, poskytují emoční podporu, koordinaci péči, shání finanční podporu a pomáhají orientovat se ve zdravotnickém systému a komunikovat s lékařskými týmy. Dětské zdravotně – sociální pracovníci obvykle pracují na pediatrických odděleních nemocnic, ale mohou také pracovat v soukromých ordinacích a na klinikách, v komunitních zdravotních střediscích a v jiných zařízeních poskytujících lékařskou péči dětem a dospívajícím.

Dětské sociální pracovníci začleňují sociální a psychologické potřeby dítěte do plánu lékařské péče tím, že provádějí hlavně tyto činnosti:

- Poskytování poradenství a podpory při přizpůsobení se nemoci a smutku dítěte.
- Zajištění krizové intervence.
- Pomoc při komunikaci mezi rodinou a lékařským týmem.
- Jednání jménem dítěte a rodiny ohledně lékařské péče a dalších služeb.
- Nabízí možnost připojit se ke komunitním zdrojům a terapeutickým službám.
- Účast při paliativní péči.
- Apod.

*Lékaři kontaktují sociálního pracovníka v případech podezření na zanedbávání, zneužívání či týrání dítěte. Ten následně zahajuje spolupráci nejen s úřady, ale také s dětskými domovy, případně Fondem ohrožených dětí. Na sociálního pracovníka se mohou obrátit jakýmkoli způsobem znevýhodněné rodiny s dětmi (Kuzníková, 2011, s. 61).*

### Kritéria pro vyžádání sociální péče:

- Nezletilá matka
- Hlášení abúzu alkoholu a jiných návykových látek, suicidálního chování (posuzuje lékař)
- Hlášení podezření na dítě zanedbané, sexuálně zneužívané, týrané (posuzuje lékař)
- Dítě přijaté z dětského domova nebo jiného azylového zařízení
- Podezření na šikanu ve škole či vrstevníky (posuzuje lékař či psycholog)
- Podezření na ohrožení výchovy a vývoje dítěte (posuzuje lékař či psycholog)

- Úrazy nejasné etiologie, obtížně vysvětlitelné (posuzuje lékař)
- Vážně nemocné dítě vyžadující zvláštní nebo náročnou péči (posuzuje lékař)
- Odpovídající péče o dítě není zaručena pro nedostatečné bytové a finanční podmínky
- Matka, která po narození dítě opustila a zanechala je ve zdravotnickém zařízení

(Směrnice FNM)

Dítě by nemělo mít dojem, že kvůli nemoci s ním je jednáno jinak, než se s dětmi běžně jedná. Je dobré dopřát dítěti vše, co mu s ohledem na jeho nemoc dopřát lze. (Matějček, Dytrych 2002) Nemoc znamená pro dítě zátěž na organismus, ale i změny v životních situacích, se kterými se musí vyrovnat. Dítě si zdravotní stav samozřejmě uvědomuje a prožívá jej. Reaguje na nejistotu rodičů a dalších osob, jejich nálady, postoje, reaguje na situaci, prožívá ji, a proto by prostředí dítěti mělo přinášet uklidnění, povzbuzení a důvěru v léčebné postupy (Dunovský, 1999).

Je tedy zřejmé, že úloha dětského sociálního pracovníka kombinuje povinnosti klinické sociální práce s koordinací lékařské péče a prací se zranitelnými dětmi a jejich rodinami. Výsledkem je, že studenti sociální práce, kteří chtějí pracovat s dětskými, zdravotně – sociálními pacienty, by si měli vybudovat silné dovednosti v oblasti klinického a terapeutických metod, krizových intervencí a managementu a péče o děti a rodiny, které zažívají strádání.

Kromě absolvování příslušných kurzů by studenti se zájmem o pediatrickou sociální práci měli hledat praktická cvičení v nemocničních zařízeních anebo zařízeních, která jim umožňují pracovat s dětmi a jejich rodinami. Je možné doporučit, aby se pokusili najít terénní umístění, které umožní pracovat s dětskými pacienty a jejich rodinami. V ideálním případě by to bylo v nemocnici; avšak vzhledem k tomu, že v této oblasti je jen málo možností stáže na dětských odděleních nemocnic, bývá situace obtížná (Matoušek, 2012).

## **2.1. Vybrané činnosti sociálně zdravotního pracovníka**

Činnost zdravotně – sociálního pracovníka se odvíjí hlavně od situace, zdravotního stavu a toho co lékař považuje za záležitost kterou by zdravotně – sociální pracovník měl řešit. Klient si může o schůzku se sociálním pracovníkem v nemocnici sám požádat nebo jej k případu volá ošetřující lékař.

### **2.1.1. Kontakt OSPOD (hlášení, poskytování informací, spolupráce)**

Podle hlavních principů to jsou orgány obecně určené na ochranu dětí soudem a na poskytování sociálně-právní ochrany. Jsou to specializované orgány, které určuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí v § 4 odst. 1. Orgány sociálně-právní ochrany dětí jsou krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí (Zákon č. 359/1999 Sb.).

Sociálně právní ochranu dětí zajišťují i obce a kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně právní ochranu dětí a další fyzické a právnické osoby, které jsou výkonem pověřené, ale nejsou orgánem sociálně-právní ochrany (Zákon č. 359/1999 Sb.).

Uvedený zákon o sociálně-právní ochraně dětí ukládá povinnost státním orgánům, pověřeným osobám, školám a školským zařízením, zdravotnickým či jiným zařízením pracující s dětmi oznámit příslušnému orgánu skutečnosti, které nasvědčují tomu, že dochází k zanedbání péče o dítě, zda se vyskytují jiné závažné problémy, které definuje zákon (Zákon č. 359/1999 Sb.).

Nastane-li situace, kdy má zdravotně sociální pracovník podezření ze zanedbání péče o dítě, kontaktuje Odbor sociálně právní ochrany dětí a podá podnět k sociálnímu šetření v rodině dítěte. Příkladem může být situace, kdy sanitní vůz doveze na příjem nezletilou osobu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek. Taková situace nastává často s oslavami nového roku.

Tyto skutečnosti má právo nahlásit i kterýkoli jednotlivec, pokud má podezření, že k nim dochází. Právo požádat o pomoc při ochraně svých práv má i samotné dítě.

Dítětem se pro potřeby sociálně-právní ochrany dětí rozumí osoba „nezletilá“, to jest osoba mladší 18 let, pokud nedosáhla plnoletosti dříve (uzavřením manželství od věku 16 let). Za plnoletou se nadále tato osoba považuje i tehdy, pokud manželství zaniklo, nebo bylo prohlášeno za neplatné (Zákon č. 359/1999 Sb.).

Sociálně-právní ochrana se zaměřuje hlavně na děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní si povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti nebo nevykonávají či zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti. Sociálně-právní ochrana se poskytuje všem dětem nacházejícím se



na území České republiky bez ohledu na státní občanství. Jen v nejnútnejším rozsahu (uspokojování základních potřeb a zdravotní péče), se poskytuje péči dítěti, které nemá na území ČR trvalý pobyt, nebylo hlášeno k pobytu na území ČR po dobu nejméně 90 dní a není oprávněné podle zvláštního právního předpisu trvale pobývat na území ČR (Zákon č. 359/1999 Sb.).

### **2.1.2. Následná péče**

V případě dětí a mladistvých zajišťuje následnou péči zejména rodina těchto pacientů. Zdravotně – sociální pracovník ale může poskytnout kontakty na organizace, které rodině pomohou situaci po propuštění pacienta z nemocnice lépe zvládnout.

Jsou ale bohužel situace, kdy doléčení dítěte vyžaduje dohled zdravotního personálu. V tomto případě se převážně jedná o onemocnění závažné, nevléčitelné, či vedoucí ke smrti v terminálním stádiu. Pacient je umístěn na oddělení následné intenzivní péče – NIP a sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu (MUDr. Jana Djakow, Ph.D.).

Mnoho dětských zdravotně – sociálních pracovníků popisuje svou práci jako intenzivně náročnou a hluboce odměňující. Odměňujícími aspekty jejich práce jsou často ty samé, které představují nejtěžší výzvy.

Je naprosto obohacující pracovat s dětskými pacienty a jejich rodinami v nemocničním prostředí. Mít příležitost být svědkem síly dětského ducha a nevinosti je skutečně dar a dává těm, kdo jsou v jejich přítomnosti, pocit úcty a inspirace. Toto hledisko zdravotně sociální práce je velmi těžké. Procházení s rodinou situací, nesení malého kousku jejich „životního břemene“, když zpracovávají, žijí a truchlí nad smrtí svého dítěte, je něco, co má málokdo šanci zažít. Přestože sociální pracovníci v této pozici jsou svědky nejtěžší bolesti, jakou si lze představit, ve stejném okamžiku jsou svědky nejsilnější lásky (Ptáček, Bartůněk, 2011).

### **2.1.3. Poradenská činnost**

Jednou z nejčastějších činností zdravotně-sociálního pracovníka je poradenství. Často se stává, že klienti nejsou orientovaní v možnostech týkajících se jejich situace. Neví, na jaké dávky mají nárok, jaké služby jsou k dispozici nebo kdo by jim mohl s jejich situací pomoci,

aby ji dokázali zvládnout. Poradenská činnost je tedy nedílnou součástí zdravotně – sociální práce. V rámci poradenské činnosti zdravotně-sociální pracovník poskytuje pacientům potřebné informace o možnostech řešení nepříznivé sociální situace, o možnostech výběru druhu sociálních a zdravotních služeb podle potřeb klienta, o formách pomoci, například dávky sociální péče, nebo dávky v hmotné nouzi (Havrdová, 1999).

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé situace. Je součástí všech druhů sociálních služeb (Nováková, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je odborné sociální poradenství zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin.

## **2.2. Vybraní klienti sociálně zdravotního pracovníka**

Sociální pracovník ve zdravotnictví musí být flexibilní a znát postupy, jak pracovat s klienty veškerých věkových skupin. V této práci se ale zaměřuji na zdravotně – sociální pracovníky, kteří pracují s dětmi a mládeží, tedy mají na starosti především pediatrická oddělení, ale také třeba oddělení gynekologicko-porodnické či anesteziologicko-resuscitační. Záleží tedy na tom, na které oddělení se klient se svou diagnózou dostane.

### **2.2.1. Rizikový novorozenec**

Rizikový novorozenec je každý novorozenec, jehož zdravotní stav je ohrožen. Rizikový novorozenec může ale nemusí být následkem rizikového těhotenství. O rizikovém novorozenci mluvíme i když se riziko uplatní v období těsně kolem porodu a během porodu.

Asi 25-30% těhotenství je rizikových, avšak jen necelá třetina novorozenců z těchto těhotenství vykazuje odchylku od normy. Vyhledávání a identifikace rizikových faktorů v těhotenství je základním prvkem moderní perinatologické péče. (Valenta a Muller, 2003).

Rizikové faktory, které mohou ovlivnit vývoj novorozence, mohou působit před otěhotněním, během těhotenství nebo během porodu.

**Rizikovými faktory působící před těhotenstvím** mohou být společenské faktory (rodinný stav, socioekonomický stav, úroveň vzdělání, zaměstnání), zdravotní stav matky (chronické

onemocnění např. onemocnění kloubů, cukrovka, srdeční onemocnění), genetická zátěž v rodině a předchozí potraty, interrupce nebo předčasný porod či věk matky pod 16 a nad 35 let.

**Rizikové faktory působící během těhotenství** jsou mateřské komplikace (chudokrevnost, abnormální hmotnostní přírůstek, těhotenská cukrovka, infekční onemocnění, přenášení), komplikace dělohy a placenty (krvácení v prvních třech měsících těhotenství, vcepnuté lůžko, předčasné odlučování placenty, patologická poloha plodu – příčná, šikmá, konec pánevní, podvýživa plodu, velký plod) či onemocnění plodu (vrozené vývojové vady, infekce, nedostatek kyslíku před porodem).

**Rizikové faktory působící během porodu** jsou mateřské komplikace (prodloužená první a druhá doba porodní, přílišné kontrakce, infekce matky během porodu, teplota u matky nad 38,5 ° C), komplikace dělohy a placenty (propadlý pupečník, propadlá končetina, předčasné odlučování placenty, projevy hypoxie plodu – zelená plodová voda, poruchy frekvence ozev plodu) či rizikové operační a porodnické výkony (vysoké kleště, vakuum extraktor) (Pešová a Šamalík, 2006).

### **2.2.2. Děti hospitalizované s vážnější a vážnou nemocí**

Nedílnou součástí zdravotně – sociální práce je péče o děti hospitalizované s vážnější či vážnou nemocí a jejich rodinu. Dítě, které je dlouhodobě hospitalizované je v jiném než jemu přirozeném prostředí. V případě že je hospitalizované společně s rodičem, už to může mít sociální následky. Rodič, který v běžné situaci chodí do práce najednou snižuje svůj příjem na 60 % (Ošetřovné). Po propuštění z hospitalizace, která trvala minimálně 7 po sobě jdoucích dní a pacient potřebuje celodenní péči, má rodič nárok na dlouhodobé ošetřovné. Pokud je nemoc delšího trvání či bude provázet dítě celý život a splňuje podmínky, má rodič nárok na dítě pobírat Příspěvek na péči. SP poskytuje rodině poradenství v oblasti dávek na které mají nárok, dodá potřebné formuláře a poradí s jejich vyplněním a odesláním konkrétním úřadům.

V případě že je za potřebí následná zdravotní péče ať už v domácím prostředí či jiném zdravotním ústavu, SP poradí a nabídne kontakty na potřebné služby. Rodina se v této situaci často ocitá poprvé a neorientuje se v tom, na co má nárok, či kde by jim mohli pomoci.

Poradenství zdravotně sociálního pracovníka je proto v této situaci klíčové.

### 2.2.3. Děti v dysfunkční rodině

Problémová rodina se obvykle říká rodině, kde existují vážné problémy: závislost na alkoholu, velmi nízký příjem, napadení. To je často pro děti škodlivé. Mohou začít krást, utíkat z domova a přijímat závislosti. Aby se tomu zabránilo, potřebuje rodina včasnou pomoc (Pešová, Šamalík, 2006).

Rodinná historie, tradice, komunikace, výchova – to vše formuje osobnost dítěte. Jak se říká, co zasejete, je to, co sklízíte. Proto je velmi důležité, aby rodiče jasně věděli a rozuměli tomu, co dítě potřebuje. Jedná se hlavně o fyzické potřeby (jídlo, oblečení, pohodlné bydlení), lékařskou pomoc, bezpečnost (dohlížet na děti, ale i neohrožovat jejich životy), potřebu vzdělání (zajistit povinnou školní docházku, vodit děti do vývojových sekcí a kroužků) a potřebu emocionálního a psychologického pohodlí (Pešová, Šamalík, 2006).

Problémy v rodině poznáme podle následujících faktorů:

- Sociálně-ekonomický status: velmi nízký nebo nepravidelný příjem.
- Zdravotní a sociální faktor: zdravotní postižení, nemoc jednoho nebo více členů rodiny. Neuspokojivý hygienický a hygienický stav bydlení (přeplněný nebo velmi špinavý byt, velké množství domácích zvířat, nedostatek nábytku vhodného pro spaní a výuku dětí).
- Psychologický a pedagogický faktor: členové rodiny s duševním onemocněním, velmi nízká úroveň inteligence, konfliktní vztahy.
- Trestný činitel: nemorální životní styl, sklon k trestné činnosti, alkoholismus nebo drogová závislost jednoho z členů rodiny (Pešová, Šamalík, 2006).

Disfunkční rodina je rodina, která zcela nebo částečně ztratila funkci výchovy dětí, vytváření normálních životních podmínek pro ně, negativního ovlivňování duševního stavu dítěte a ohrožení jeho života a zdraví. Rodinnou dysfunkci lze vyjádřit, jak v konfliktní rodinné atmosféře, tak při absenci základní péče o dítě ze strany zákonných zástupců (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Hlavní cíl systematické práce s nefunkčními rodinami je zajištění ze strany orgánů a institucí státního systému, prevence zanedbávání a kriminality nezletilých, komplexní podpora rodiny a dítěte, provádění individuální preventivní práce a sledování změn v nepříznivé životní situaci

od okamžiku zjištění až po stabilizaci životní situace. Dále také odstranění příčin, které rodinu staví do obtížné životní sociálně nezabezpečené situace (Čáp, Mareš, 2001).

Důležitým úkolem je identifikace a zohlednění rodinných problémů. K tomu může pomoci nalezení a odstranění příčin a podmínek vedoucích k porušování práv a oprávněných zájmů nezletilých dětí. Dále je důležité vedení aktivit zaměřených na prevenci zanedbávání, bezdomovectví, kriminality nebo jiných asociálních akcí nezletilých či poskytování sociální, psychologické, pedagogické a lékařské pomoci. V neposlední řadě potom provádění komplexní práce v oblasti sociální rehabilitace rodin v sociálně nebezpečné situaci a rehabilitace nezletilých, kteří jsou oběťmi násilí.

V případě disfunkční rodiny může nastat několik situací pro které se dítě dostane do nemocnice a SP je musí řešit. Těmito situacemi může být například užívání alkoholu a jiných návykových látek dítětem, podezření na suicidální chování, podezření na zanedbané, sexuálně zneužívané a týrané dítě, podezření na ohrožení výchovy a vývoje dítěte, úrazy nejasné etiologie či obtížně vysvětlitelné, nebo když odpovídající péče o dítě není zaručena pro nedostatečné bytové a finanční podmínky. Ve většině případů, je hlavním úkolem zdravotně sociálního pracovníka odeslat hlášení na OSPOD.

#### **2.2.4. Nezletilí ohrožení domácím násilím**

Domácím násilím může být ohrožen kdokoli, ať už děti, ženy, muži, senioři a v neposlední řadě i osoby se zdravotním postižením. Je to každá forma ubližování, projevu nadvlády, zneužívání moci, vyhrožování, fyzického, sexuálního a psychického nátlaku. Spouštěčem často bývají náročné životní situace (ztráta zaměstnání, finanční problémy rodiny apod.). Mezi další spouštěče můžeme zařadit různé závislosti, deprese, tendence nechat se vést nebo extrémní pasivita (Ševčík, Špatenková, 2011).

#### **Formy domácího násilí**

Všechny formy domácího násilí mají jeden společný cíl, a to získat moc a udržet si úplnou kontrolu nad druhou osobou. Násilníci k dosažení tohoto cíle používají různé taktiky. Podoby domácího násilí můžeme roztrdit do různých skupin (Ševčík, Špatenková, 2011).

První skupinou je fyzické násilí. Je to nejzávažnější projev agrese ve vztahu. Při fyzickém násilí násilná osoba využívá fyzickou sílu nebo hrozby k zastrašení, poškození a ohrožení jiné osoby. Nejčastěji se projevuje ve formě fackování, strkání, bití pěstmi, škracení, kopání, popálení, bodání, odpírání spánku a jídla (Pešová, Šamalík, 2006).

Dalším typem domácího násilí je psychické násilí, které může být označováno také jako psychické, citové či emocionální. Jedná se o nejběžnější formu a cílem je vyvolat duševní utrpení. Dokázat, že je někdo psychicky týraný je velmi obtížné, ale ve svém důsledku může mít o mnoho horší dopady. Jde hlavně o dopady na sebeúctu, sebepojetí, sebedůvěru a sebevědomí. Psychické násilí má dvě podoby:

- Neverbální podoba – záměrné ničení věcí,
- Verbální podoba – slovní napadání, urážení, zastrašování, zakazování, obviňování, ponižování, očerňování, bezdůvodné podezřívání.

Ekonomickým násilím se rozumí omezování přístupu k penězům, neposkytování prostředků na společnou domácnost a na děti, absolutní kontrola nad příjmy a výdaji oběti. Dalším ze způsobů, jak násilná osoba získá moc a kontrolu nad ohroženou osobou, je zatajování finanční situace a zneužívání věcí druhého (Ševčík, Špatenková, 2011).

Sociální násilí zahrnuje využívání jiných osob k tomu, aby se vytvářel nátlak na ohroženou osobu. Může mít podobu zákazu kontaktovat se s rodinou, přáteli, izolace oběti, znemožňování oběti v sociálním kontaktu, kontroly vhodnosti chování a jednání oběti.

Poslední formou násilí je sexuální násilí. Můžeme ho definovat jako nedobrovolný sexuální kontakt. Jde o jakoukoliv situaci, kdy je jedinec nucen k jakýmkoliv nežádoucím, nebezpečným nebo ponižujícím sexuálním praktikám včetně vizuálních. Ne vždy se jedná o uspokojení sexuálního pudu, je to naopak nástroj k ponižení, podrobení se druhé osobě.

### **Znaky domácího násilí**

Na to, abychom mohli násilí označit za domácí, musí být splněny čtyři základní znaky:

1. Opakování a dlouhodobost – z jednoho útoku, který má jakýkoliv charakter, se ještě nedá určit, zda jde opravdu o domácí násilí. Může však jít o jeho začátek.

2. Eskalace – jedná se o stupňování útoku. Většinou domácí násilí začíná urážkami, které se postupně transformují na psychické snižování lidské důstojnosti a končí to při fyzických útocích a závažných trestných činech, které ohrožují zdraví a život jedince.
3. Rozdělení rolí – musí jít o jasné a nezpochybnitelné rozdělení rolí osoby ohrožené a osoby násilné.
4. Neveřejnost – vše se odehrává stranou společenské kontroly čili za dveřmi domu nebo bytu (Pešová, Šamalík, 2006).

Obětí domácího násilí se může stát kdokoliv, ale existuje určitý charakter nebo typ osob, u nichž je vyšší pravděpodobnost, aby se jí staly. Jde o osoby, které splňují typické charakteristické znaky oběti domácího násilí, a to například osoba, která má negativní sebehodnocení, vytrácí se u ní schopnost spontánního chování, ztrácí výhled do budoucna. Druhým předpokladem je potenciální možnost stát se obětí domácího násilí, což znamená, že je tu možnost se setkávat s násilníkem. Pokud je oběť dlouhodobě týraná, postupem času si na to zvyká a domácí násilí začíná brát jako součást života.

### **Děti jako oběti domácího násilí**

Pro každé dítě je násilí mezi rodiči velmi traumatickým zážitkem. Dítě však může být také obětí, a to buď přímou nebo nepřímou. Aby se jednalo o přímou oběť domácího násilí, musí oproti dítěti stát násilný rodič, popřípadě blízká osoba, která na něj směřuje fyzické, psychické nebo sexuální násilí. Hovoříme tu o dětech, u kterých rodiče nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti. Také sem spadají děti, na kterých byl spáchán trestný čin v podobě ohrožení života, zdraví, lidské důstojnosti. Nepřímou obětí se dítě stává tehdy, pokud je přítomno v domácnosti, kde dochází k domácímu násilí mezi rodiči nebo jinými osobami, které jsou odpovědné za jeho výchovu (Knápková, Tóthová, 2010).

Děti si situaci domácího násilí uvědomují velmi intenzivně a má na ně mnoho dopadů:

- děti se cítí být spoluodpovědné za to, co se u nich doma děje i když jsou bezbranné vůči násilí jejich rodičů,
- mohou mít snahu se zastat svého rodiče, který je oběť, ale většinou jsou samy napadené, dokonce i zraněné,
- pokud jsou svědky domácího násilí, jsou i vždy oběťmi násilí psychického

- na základě domácího násilí mají problémy s chováním, objevují se u nich problémy ve škole, psychické problémy, poruchy spánku nebo snížená sebeúcta (Pešová, Šamalík, 2006).

#### **2.2.4.1. Syndrom CAN**

Soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte a jeho postavení ve společnosti, především v rodině, to je syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný Child Abuse and neglect (CAN). Jedná se o úmyslné ubližování dítěti, nejčastěji od jeho nejbližších vychovatelů, zejména rodičů. Je to syndrom se značně různorodými příčinami, mechanismy, jakož i charakterem, závažností, dopady na život dítěte a jeho prostředí. Jde však o interakci všech osob, složek a podmínek, nejen o jednostranný zásah ze strany pachatele. Vedle všech těchto faktorů má význam i osobnost dítěte, jeho zvláštnosti a schopnost čelit či naopak podlehnout aktivitám. Týrání dítěte je bez jakýchkoliv pochybností mimořádně závažný patologický sociální jev, vyskytující se prakticky ve všech zemích i částech světa, a to bez ohledu na charakter společenského i politického uspořádání a úroveň kulturního a ekonomického rozvoje (Pešová a Šamalík, 2006).

Se zneužitím dítěte není snadné se vyrovnat. Pokud je dítě týráno, a navíc i sexuálně zneužito, může to pro rodinu přinášet traumatizující následky. Pokud taková rodina nedostane automaticky odbornou poradenskou pomoc, měli by se rodiče obrátit na příslušný sociální odbor jejich města kde jim poskytnou kontakt na odborníky. Známe 3 formy syndromu CAN v aktivní a pasivní formě a také zvláštní formy tohoto syndromu.

**Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání:**

- Aktivní forma – tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt.
- Pasivní forma – vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní péči a výchově.

**Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání:**

- Aktivní forma – nadávky, strašení, ponižování, stres, šikana, agrese.
- Pasivní forma – nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová



### Sexuální zneužívání:

- Aktivní forma – sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest.
- Pasivní forma – exhibice, video, foto a audio pornografie, účast dětí na sexuálních aktivitách dospělých.

### **3. Nezletilé těhotné a matky**

Mohou nastat situace, kdy se do nemocnice dostane nezletilá nastávající matka, či nezletilá matka s již narozeným dítětem. V takovém případě může být práce s klientem velice různorodá. Péči sociálního pracovníka může potřebovat jak matka dítěte, která je vlastně také ještě dítětem, její potomek, nebo rodiče nezletilé matky. Pokud se nezletilá matka nerozhodne podstoupit interrupci a dítě donosí, Sociální pracovník společně s Odborem sociálně právní ochrany dětí pak řeší prostředí, ve kterém bude dítě vyrůstat.

Hledání toho, co je pro dítě nejlepší začíná u rodiny. Když nezletilá matka chce o dítě pečovat, ale třeba za sebou nemá potřebnou oporu rodiny pracovník doporučí organizace, které matce s výchovou mohou pomoci. Mohou nastat i situace kdy se nezletilá matka rozhodne dítě donosit, ale vychovávat ho nechce. V takovém případě je nutné zahájit hledání té pravé náhradní rodinné péče. Jako první přichází většinou Pěstounská péče na přechodnou dobu. Pěstounka je v kontaktu s dítětem od prvních dní po narození a pečuje o něj, dokud se pro dítě nenajde výchovné prostředí trvalé.

#### **3.1. Možnosti řešení gravidity u nezletilé**

Každý člověk má právo na život, které je nezákladnějším lidským právem, a od něj se odvíjejí všechny ostatní lidská práva. Život představuje velký dar, který získáme narozením, postupně se vyvíjíme, rozvíjíme a zároveň se stáváme těmi, kteří máme možnost život dát další generaci. Těhotenství představuje významnou etapu života dvou lidí, kteří se většinou těší na příchod svého potomka. V životě se vyskytují i situace, kdy těhotenství a porod nejsou vítány a dítě se stává nechtěné. Hledá se způsob, jak tento stav řešit, zda dát dítěti právo na život a zároveň získat maximální diskretnost o této události, nebo předčasně ukončit jeho život. Těhotná žena se ocitá před zvláštním dilematem, kdy si uvědomuje, že dítě přichází v nejnevhodnější čas, stává se nechtěným pro jednu nebo i obě strany (matka a otec dítěte).

##### **3.1.1. Mateřství a rodičovské chování**

Vstup do mateřství je významným životním milníkem, který vyžaduje přechod ze současné známé reality, do reality nové a zároveň vyžaduje změnu cílů, chování a povinností. Ženy

přijímají mateřskou roli v různých komplikovaných životních situacích, které se těhotenstvím, porodem a výchovou dětí stávají ještě komplikovanějšími. (Mercer, 1995).

Začne-li mladý pár uvažovat o dítěti, jedná se tak o složitý rozhodovací proces, který ještě zesiluje tím, že nejde jen o rozhodování jedné osoby, ale osob dvou. Nemůžeme se tedy divit, že existuje nespočet odchylek od „ideálního stavu“, který označujeme jako uvědomělé, plánované a zodpovědné rodičovství. Mnohdy je tento rozhodovací proces převrácen v tom smyslu, že žena přichází (často neplánovaně) do jiného stavu. Samotné těhotenství pak staví dvojici, někdy samotnou ženu, do dalšího zvažování. Na jedné straně si dítě ponechat, starat se o něj, nebo ho dát do náhradní rodinné péče, případně ukončit těhotenství potratem. Všechna rozhodnutí přináší partnerům nové životní zkušenosti, s kterými se musí naučit žít (Dunovský, 1999).

Rodičovské chování je spojeno s dětskou zkušeností rodiče. U řady lidí je rovněž spojeno s rozvahou v partnerském vztahu a je potřeba ho posuzovat odděleně. (Matoušek, 2010)

Mateřství nezletilých dívek představuje rozhodnutí si dítě ponechat, tedy porodit a následně ho i vychovávat. Dívka se ujímá role matky. Nejideálnějším řešením nezletilého mateřství je možnost vychovávat dítě ve své vlastní rodině nebo za pomoci nejbližších lidí. Pokud mladá matka toto rodinné zázemí má, je běžné, že dívka s dítětem (někdy i s partnerem) žijí ve své původní rodině. Častým výchovným modelem je výchova dítěte babičkou, tedy matkou nezletilé rodičky. Tyto případy jsou časté, jedná-li se o dívku mladší šestnácti let, která dle zákona o rodině č. 94/1963 Sb. nenabývá rodičovské zodpovědnosti, je soudem ustanoven poručník – v tomto případě tedy babička dítěte. Mladistvá matka se může připravovat na své budoucí povolání a babička se (během doby, kdy je dcera ve škole) stará o její dítě.

### **3.1.2. Interrupce**

Nezletilá dívka, která otěhotní stojí před těžkým rozhodnutím. Ve většině případů je otěhotnění neplánované a ovlivní následující život dívky. Dívky čelí těžkému rozhodování. Většinou se připravují na budoucí zaměstnání (Studují střední školy) a těhotenství může tuto přípravu přerušit či ukončit. Mnohdy se může stát, že otec dítěte je neznámí nebo není na výchovu dítěte připraven a nechce ho. Dalším aspektem při rozhodování může být i nátlak rodičů. Věty typu

„Zkaziš si život“ dívku do interrupce akorát dotlačí. V případě že se dívka rozhodne že dítě nechce ani donosit ani vychovávat, podstupuje Interrupci.

Interrupce je proces, kterým je odstraněn vitální zárodek z dutiny děložní. Podmínky pro provedení interrupce jsou uvedeny v zákoně č. 66/1986 Sb. a vyhláškou č. 75/1986 Sb. Ty pak povolují umělé ukončení těhotenství na žádost ženy bez udání důvodu, případně ze zdravotního důvodu. Na žádost ženy je možné těhotenství ukončit do 12 týdne a ze zdravotních důvodů i po 12 týdnu. To je možné uskutečnit:

- a) časově neomezeně, pokud je ohrožen život nebo zdravý ženy, pokud je ohrožen zdravý vývoj plodu nebo pokud je prokázáno života neschopné dítě
- b) do 24 týdne, jsou-li prokázány závažné genetické důvody

*Pokud je žena mladší 16 let anebo je zbavena právní způsobilosti, musí souhlas se žádostí vyjádřit zákonný zástupce. Od 16-18 let si žena může sama požádat o interrupci, ale lékař je povinen o interrupci informovat zákonné zástupce ženy (Rob, Martan, Citterbart et al. 2008, s. 127).*

Řešení brzkého těhotenství interrupcí znamená minimálně pro matku riziko sterility, ale především narušení svalově vazivového uzávěru děložního hrdla a častou možností je i riziko předčasného porodu při dalším těhotenství (Hamanová, Hellerová, 2000).

### **3.1.3. Náhradní rodinná péče**

Rodina – pojem, který má mnoho definic, významů a funkcí. Slovo, které pro každého z nás znamená něco jiného, ale v podstatě je vždy spojeno s určitou atmosférou lásky, štěstí a vzájemného porozumění. Tradiční rodina zůstává normativním ideálem české populace a také nejčastější formou domova. Každá rodina si vytváří své vlastní zvyklosti, rituály a tradice. Členové rodiny žijí ve společné domácnosti, kde jsou v každodenním kontaktu a pojí je osobní vztahy a citová pouta (Matoušek a kol., 2012).

Rodina je první skupina, jejímž členem se stane každý lidský jedinec. Ovlivňuje mnohé společenské seskupení a nepřímo i celkovou společenskou atmosféru. Prostřednictvím rodiny

se realizuje potřeba lásky, intimního života, sounáležitosti, jistoty, bezpečnosti a rozmanitých společenských aktivit.

Rodina je primárním subjektem osobnostního rozvoje všech dětí, protože dítě na rozdíl od dospělého je nejzranitelnějším členem v lidské společnosti. Nejpřirozenějšími ochránci práv dětí jsou právě jejich rodiče a příbuzní, tedy rodina, které tato úloha vyplývá z její prvotní funkce. Na plnění svých funkcí potřebuje mít rodina vytvořeny vhodné podmínky. V demokratické společnosti by měly vytvářet a zajišťovat optimální podmínky pro svůj život členové rodiny, avšak stát nese také určitou odpovědnost, kterou realizuje prostřednictvím rodinné politiky.

Náhradní rodinná péče se liší od ústavní péče tím, že o děti je postaráno v rodinném prostředí. Opírá se o dva zákony, Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Formy náhradní rodinné péče nalezneme v zákoně č. 89/2012 Sb., a jsou to: svěřením dítěte do péče jiné osoby, pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, poručnictví a osvojení (Matoušek a kol., 2012).

### **Svěření dítěte do péče jiné osoby**

Pokud o dítě nemůže pečovat ani jeden z rodičů, ani poručník, soud může svěřit dítě do péče jiné osoby, aby se tak zamezilo ústavní výchově. Příbuzná osoba má přednost před jinou osobou, pokud je to v zájmu dítěte. Svěřením dítěte nenahrazuje žádný jiný typ náhradní rodinné péče. Soud ustanoví povinnosti a práva osoby a také stanoví rozsah výživného, které jsou povinni rodiče platit, s ohledem na jejich možnosti. Pokud nelze rodičům ani jiným příbuzným uložit vyživovací povinnost k dítěti, svěřením dítěte do péče jiné osoby není možné (Zákon č. 89/2012 Sb.).

### **Pěstounská péče**

O pěstounství rozhodne soud v případě, že se o dítě rodič ani poručník nemůže starat. Pěstounství může být dlouhodobé, i do dospělosti dítěte, ale i na přechodnou dobu. Rodiče mají právo se s dítětem stýkat a pěstoun má povinnost kontakt umožňovat a podporovat. Rodiče podobně jako při svěřením dítěte do péče platí výživné (Zákon č. 89/2012 Sb.).

## **Poručnictví**

V případě, že rodiče dítěte neplní svou rodičovskou povinnost v plném rozsahu, soud jmenuje dítěti poručníka (řídí se návrhem rodičů). Ten může poručnictví odmítnout. Pokud ho přijme, má k dítěti všechny povinnosti a práva jako rodič ale nemá vyživovací povinnost (Zákon č. 89/2012 Sb.).

## **Osvojení**

Osvojení je přijetí dítěte za vlastní i přesto, že dítě není příbuzné osvojitele. Mezi osvojitelem a osvojencem je vztah jako mezi rodičem a dítětem a věkový rozdíl alespoň 16 let. Osvojitel má všechna práva a povinnosti jako rodič a také figuruje v matrice jako rodič. S osvojením musí souhlasit biologičtí rodiče dítěte, manžel osvojitele a také dítě, kterému je 12 a více let (Zákon č. 89/2012 Sb.).

## **3.2. Sociální služby pro nezletilé matky**

V českém právním řádu využívá občanský zákoník pojem dítěte hlavně v kontextu ustanovení týkajících se příbuzenských vztahů. Nezletilým se samostatnými ustanoveními OZ věnuje od § 31. Nezletilé můžeme rozdělit na dvě kategorie, a to konkrétně na nezletilé děti, které jsou plně svéprávné a mohou jednat samostatně. Druhou kategorií jsou pak děti nezletilé, které mají částečnou svéprávnost. Druhou skupinu je možné rozdělit na následující podskupiny:

- nezletilí, kteří jednají ve vazbě na svou rozumovou vyspělost a pracovněprávní způsobilost;
- nezletilí, kteří jednají se souhlasem zákonného zástupce;
- nezletilí, kteří jednají se souhlasem zákonného zástupce a soudu;
- nezletilí, za které jedná výlučně jejich zákonný zástupce (Zákon č. 89/2012 Sb.).

V případě, že se nezletilá matka rozhodne si dítě ponechat a pečovat o něj, ale nemá dostatečné zázemí, zkušenosti či oporu své rodiny, může si v nemocnici vyžádat konzultaci sociálního pracovníka. V této situaci zdravotně – sociální pracovník provádí i sociální šetření a kontaktuje OSPOD.

Pokud se nezletilá matka dostane do nemocnice dříve, než porodí, v rámci prenatální péče dochází do poradny, má zdravotně – sociální pracovník větší šanci pomoci této klientce tak,

aby na rodičovství byla připravena. V případě že se klientka dostane do péče zdravotně – sociálního pracovníka až po porodu, hodně záleží na rychlosti řešení situace, aby to nejdůležitější bylo vyřešeno před propuštěním klientky z nemocnice. SP může klientce poradit či pomoci v rámci řešení školní docházky (přerušení studia, individuální plán), stanovení opatrovníka/poručnicka, vyřízení sociálních dávek nebo doporučit sociální službu, která klientce po propuštění z nemocnice může pomoci situaci zvládnout (Kuzníková, 2011).

Je důležité, aby klientky spolupracovali a snažili se svou situaci řešit. SP je tady potom od toho, aby jim pomohl, ale motivace je potřebná hlavně ze strany klientky, která se musí chtít o dítě postarat. *Nezletilé těhotné dívky a matky jsou vedeny k samostatnosti při péči o sebe a své dítě, čemuž by měla předcházet redukce závislosti klientky na pomáhajícím* (Kuzníková, 2011, s. 121).

Po propuštění z nemocnice veškeré již záležitosti řeší odbor sociálně právní ochrany dětí. OSPOD nezletilou matku přidělí sociálnímu pracovníkovi, který dělá pravidelně sociální šetření a dohlíží na správný vývoj dítěte, případně pomůže zprostředkovat kontakt na konkrétní organizaci, která by nezletilé matce mohla pomoci.

Pro nezletilé matky nebo těhotné ženy v nouzi jsou v nabídce různé typy služeb:

- Terénní služby
  - Sociálně akviziční služby pro rodiny s dětmi
  - Fond ohrožených dětí
- Pobytové služby
  - Azylové domy
  - Domy na půl cesty
  - Dětská centra
  - Krizová pomoc
- Ambulantní centra
  - Krizová pomoc
  - Odborné sociální poradenství
  - Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež (Matoušek a kol., 2012)

## 4. Sociálně zdravotní práce s rizikovou mládeží

Mládežnické období je poměrně širokým obdobím, vymezující prostor mezi dětstvím a dospělostí. Mládež se stává předmětem pozornosti sociální práce ve vztahu k významným sociálním charakteristikám tohoto vývojového období. Jde o významné mezníky, které etapizují životní dráhu mladého člověka, a jejich postupným dosahováním dospívající člověk směřuje k dospělosti (Pipeková, 1998).

Patří k nim např. získání statusu občana, ukončení vzdělávání, nástup do zaměstnání, zajištění si vlastního bydlení, založení rodiny, či pořízení (sociální) identity. Důležitou součástí procesu socializace u mládeže je nabývání vlastní identity, přičemž nenaplňování sociálního aspektu identity mladého člověka úzce souvisí se vznikem problémů, které souhrnně označujeme jako sociálně-patologické jevy.

K projevům sociálních deviací u mládeže patří zejména delikventní chování a kriminalita, patologické závislosti, rizikové sexuální chování, poruchy příjmu potravy a krize identity. Jedním ze společenských mechanismů pomoci mládeži při řešení těchto sociálních deviací je sociální práce jako profesionální odborná činnost, která umožňuje mládeži identifikovat, eliminovat, řešit nebo alespoň zmírnit osobní, skupinové a komunitní sociální problémy nebo negativní vlivy prostředí. Sociální práce s mládeží má přispívat k posílení vzájemného přizpůsobování se mládeže a sociálního prostředí, ve kterém žije a k rozvíjení sebeúcty a vlastní odpovědnosti s využitím zdrojů a schopností mladých lidí, jejich mezilidských vztahů a zdrojů poskytovaných společnostmi (Matoušek a kol., 2012).

*Ve vztahu ke klientovi sociálního pracovníka je jakákoliv intervence v podstatě vždy buď pomocí, nebo kontrolou. Koncept podpory je pro sociální práci typický zejména v důsledku jejího zařazení mezi tzv. pomáhající profese. Kontrola se od pomoci liší tím, že je postavena na zájmech jiných lidí než těch, o koho se staráme. (Pešová, Šamalík, 2006, s. 42)*

Rozhodnutí, zda ve vztahu k mládeži ohrožené sociálně-patologickými jevy uplatňovat spíše pomoc nebo kontrolu, souvisí s tím, zda tuto mládež vnímáme spíše jako ohroženou nebo nebezpečnou. Ve vztahu k existujícím rizikům v životě současné mládeže je potřebné akceptovat a uplatňovat oba tyto přístupy, přičemž by to nemělo mít vliv na kvalitu profesionálního výkonu sociální práce. Odpovědnost sociálního pracovníka za výběr sociální



intervence souvisí s jeho správným posouzením charakteristik daného sociálního případu (Čáp, Mareš, 2001).

Při sociální práci s rizikovou mládeží se pracovník v nemocnici setkává zejména u nezletilých zneužívající návykové látky ať už poprvé nebo opakovaně a s různými následky. Dalšími z této skupiny mohou být nezletilí se známkami sebepoškozování či poruchou příjmu potravy, se kterými se sociální pracovník v nemocnici setkává zejména na psychiatrických odděleních a klinikách.

#### **4.1. Nezletilí zneužívající návykové látky**

Mladé tělo je zmítané obrovskými fyzickými a psychickými změnami. Je to velmi náročné období, což vám potvrdí i každý rodič dospívajícího mladého člověka. Na druhou stranu pro dítě začíná jedno z nejkrásnějších období života, kdy stojí na prahu dospělosti, ale zároveň je stále dítětem. Touží svobodně létat, ale křídla má stále slabé. Touží mluvit moudře, aby ho druzí poslouchali, ale má málo zkušeností. Touží být obdivován, ale po velké pozornosti zase netouží. Období plné rozporu a protichůdných pocitů. Dny, kdy člověk sám sebe v zrcadle nepoznává, kdy se nenávidí a jindy se neumí nabažit života a bezhlavě bere vše, co se mu nabízí.

Typickým znakem pro dospívajícího mladého člověka je zvědavost a částečně chybějící pud sebezáchovy. Mladí lidé chtějí vyzkoušet vše, pro co se, byť jen trochu nadchnou. Následky jsou až druhořadé, prvořadý je zážitek. A drogy či alkohol takových zážitků poskytují nepočítaně. Bohužel jsou zábavné jen na krátkou chvíli, a když je dostanou do svých lepkavých pavučin závislosti, není úniku a zamotají se stále více a více. Zjistí, že už to není taková zábava jako dříve, přibývá jim problémů, které nedokáží řešit a přidávají si další a další. Upadají do stavů, kdy vidí východisko jedině a znovu v droze. Drogový kolotoč se rozjede na plné obrátky a nezná slitování (Pipeková, 1998).

Sociální pracovník v nemocnici se s nezletilými zneužívající návykové látky setkává poměrně často, zvláště v obdobích různých svátků či letních prázdnin. Při jedné praxi v nemocnici, která probíhala začátkem ledna (tedy po oslavách Nového roku), jsem se sama setkala s několika takovými případy. Ve většině případů se jedná pouze o vyzkoušení návykové látky, které se neopakuje, ale může mít vážné následky. Sociální pracovník je povinen takovou událost hlásit na OSPOD který následně v rodině provede sociální šetření. V případě, kdy jsou následky po

užití návykových látek závažné a pacient je hospitalizován na delší dobu zdravotně sociální pracovník též provede sociální šetření na oddělení u pacienta s jeho rodiči či zákonným zástupcem. Podle závažnosti situace následně řeší, jak pomoci rodině, aby celou situaci zvládla. Nabízí poradenství v oblasti sociálních služeb.

Může se však stát, že se nezletilý po zneužití látky dostane do nemocnice opakovaně. V tom případě, už je nutné řešit situaci důkladněji v některých případech i jako závislost. Jak se dítě či mladistvý v procesu vývinu snadno učí, tak stejně snadno a mnohem rychleji propadne drogové závislosti ve srovnání s dospělým člověkem. To, co by dospělému člověku trvalo roky, je dítě či mladistvý schopen dokázat za pár měsíců. Častokrát kombinují několik návykových látek mezi sebou a všechny spolu nejčastěji s alkoholem.

Užívání alkoholu a návykových látek dětmi a mladistvými narušuje tvorbu jejich sítě mozkových buněk a současně tito mladí uživatelé drog zaostávají v psychosociálním vývoji, zejména v oblasti vzdělávání, sebekontroly, citové zralosti a podobně. (Nešpor, 1993).

Při vzniku drogové závislosti existuje jistá posloupnost:

- v počátečním stádiu dítě či mladistvý s drogou experimentuje, vyzkouší ji, někdy se účinky nedostaví, ale mohou být i velmi silné
- v druhém stádiu považuje drogu za zajímavou, zkoumá ji a příležitostně užívá na nějaké akci, nebo jen o víkendu
- třetí stádium se popisuje jako rozhodující, protože se vyznačuje postupným rozvíjením fyzické a psychické závislosti na droze, což se projeví v chování uživatele, ve změně jeho životního stylu, droga začne významně zasahovat do jeho života, objevují se abstinční příznaky a příznaky závislosti
- v posledním čtvrtém stádiu dochází k devastaci osobnosti, zanechání dosavadního života, k radikální změně zevnějšku, ke zničení vztahů a vyčlenění na okraj společnosti. (Bakošová, 2008).

SP v nemocnici nejčastěji pracuje s klienty kteří jsou v prvních dvou stádiích. Při dalších stádiích už je nutné odkázat na odborníky a doporučit službu která se zabývá konkrétně závislostmi.

## 4.2. Nezletí se známkami sebepoškozování

Je těžké, najít hranici oddělující společensky akceptovatelné chování od chování označovaného za patologické, pro společnost prostě nepřijatelné. Právě sebepoškozování je vnímáno jako chování, které překračuje hranici akceptace a naráží také na lidské nepochopení jeho využití.

Definice sebepoškozování není jednotná. Příčinou je zřejmě fakt, že sebepoškozující chování není dosud uznáno jako samostatný klinický syndrom a neexistuje zatím žádná mezinárodně uznaná dohoda o definici záměrného sebepoškozování. Tento fakt se odráží i v literatuře, kde najdeme různé definice nahlížející na tento jev z různých úhlů pohledu (Kriegelová, 2008).

Často se setkáváme v zahraniční literatuře s termíny jako self-harm (sebeпоškození), deliberate self-harm (záměrné sebepoškozování), self-injury (sebezraňování), non-Suicidal self-injury (nesuicidální sebezraňování), self-mutilation (sebemrzačení), self-destructive behavior (sebeпоškozující chování), Suicidal behavior (sebevražedné chování) a dalšími. Může za to odlišný přístup odborníků, kteří využívají rozdílné termíny pro sebepoškozující chování, čemu vděčíme za širokou paletu definic tohoto jevu (Matoušek a kol., 2012).

Navzdory jejich množství, respektují několik základních složek, a to, že sebepoškozování je chování, které je záměrné, cílené a fyzicky násilné vůči sobě samému, ale nesuicidální (Kriegelová, 2008).

V současnosti tomuto chování rozumíme jako lidské snaze, která se snaží poté co ztratila cit pro své tělo a pro sebe znovu začít cítit a vnímat své tělo. Toto destruktivní chování lze chápat jako úsilí získat znovu kontakt se sebou samým (Kast 2010).

Adolescence představuje období pokračujícího emočního, kognitivního, a hlavně sociálního vývoje jedince. Toto období s sebou přináší velké množství změn, se kterými se každý adolescent vypořádává po svém. Jde o období, které je spojeno s nárůstem odpovědnosti, hledáním sebe samých, místa v životě, zkoušením si nových rolí, které získávají v průběhu života a budováním si hodnotového žebříčku. Tyto nové role, povinnosti či narůstající odpovědnost je vystavují větší míře stresu. Je to něco nového, co neznají, případně si s tím neumí poradit. Nevědí, zda to „něco“ jsou sami schopni zvládnout a jako reakce na stres se u nich může projevit úzkost. (Matoušek a kol., 2012).

V období adolescence se jedinci mohou setkat s množstvím náročných životních situací, na které aktuální strategie zvládnání nestačí. A zde narážíme na sebepoškození, které bývá součástí experimentování při vyrovnávání se se stresem jako jedním z mnoha nástrojů. Většinou si proto lidé spojují sebepoškození právě s obdobím adolescence, ale situace, které se dějí během něj se odehrávají i později v životě. (Čáp a Mareš, 2001).

Pokud je u nezletilého pacienta důvodné podezření na suicidální chování, lékař vyplní hlášení o této skutečnosti a zajistí odeslání hlášení na sociální oddělení. Zdravotně sociální pracovník hlášení bez zbytečného odkladu odešle příslušnému orgánu. Podle potřeby zahájí zdravotně sociální pracovník sociální šetření. Nezletilí se známkami sebepoškození jsou jednou ze skupin klientů SP zejména na dětských psychiatrických odděleních a klinikách. Tam je SP součástí multidisciplinárního týmu a je k dispozici po celou dobu hospitalizace.

### **4.3. Nezletilí s poruchami příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy jsou poruchy duševního zdraví, při nichž má negativní vliv na zdraví člověka, postoj k jídlu, fyzickou aktivitu, jeho fyzický obraz (způsob, jakým vypadá a cítí zvenčí) nebo jiné sebeobrazy. Mezi příznaky poruch příjmu potravy patří například nebezpečně nízký nebo naopak nadměrný příjem potravy, zvracení nebo posedlá fyzická aktivita (Ptáček a Bartůňek, 2011).

Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie (běžně označovaná jednoduše jako anorexie), bulimie a záchvaty přejídání (porucha příjmu potravy). Poruchy příjmu potravy mohou také kombinovat příznaky všech těchto příznaků.

Společné pro všechny poruchy příjmu potravy jsou nenávisť k sobě, úzkost a deprese, izolace sebe sama a nutkavé stravovací návyky, jako je vyhýbání se nebo naopak preference určitých potravin. U mnoha poruch existuje také druh sebepotrestání, například po jídle je nutný vyčerpávající běh. Abnormální úbytek hmotnosti, nadměrné cvičení nebo pokračující násilné zvracení mohou způsobit chronické poškození těla. Lidé s poruchou příjmu potravy mají často také depresi nebo jinou psychiatrickou poruchu.

Pacient s poruchou příjmu potravy i jeho rodina obvykle potřebují pomoc lékaře, psychiatra nebo psychologa, stejně jako pomoc odborníka na výživu. V případě anorexie je důležité nejprve zvýšit hmotnost pacienta na bezpečnou úroveň a normalizovat výživu. Při přejídání se

snaží vyrovnat nerovnováhu mezi jídlem a hubnutím. Mezi různé terapeutické možnosti patří dietní poradenství a psychoterapie. Psychoterapie pomáhá pacientovi porozumět příčinám současné situace a výskytu nemoci. Psychoterapie může být individuální nebo skupinová a v případě potřeby zahrnuje hospitalizaci (Matoušek a kol., 2012).

## **Anorexie**

Anorektický pacient s normální hmotností se považuje za tlustého a chce zhubnout. Nemůže a nechce zastavit hubnutí a jeho váha ve vztahu k jeho výšce je snížena na nebezpečné limity. Nízká hmotnost je udržována podvýživou nebo nadměrným pohybem. Diagnostická kritéria pro anorexii zahrnují vážný strach z přibývání na váze, úbytek hmotnosti pod 85% normy, trvalé odmítání přibírání na váze a zastavení menstruace u žen.

Abnormální nebo nutkavá strava je však nebezpečná pro fyzické i duševní zdraví. Ztráta hmotnosti může také vést k životním změnám, jako je například změna školy, nebo komentáře jiných lidí o vašem vzhledu. (Matoušek a kol., 2012).

Nezletilí pacient s poruchou příjmu potravy také podléhá oznamovací povinnosti. Lékař vyplní hlášení, které odešle na sociální oddělení. Zdravotně sociální pracovník odešle hlášení příslušnému orgánu. Následně je k dispozici, účastní se vizit na psychiatrickém oddělení a v případě potřeby provede sociální šetření nebo poskytne poradenství rodině hospitalizovaného nezletilého pacienta.

## 5. Práce s rodinou hospitalizovaného dítěte a mladistvého

Rodiny dětí s vážným zdravotním stavem často zažívají intenzivní těžkosti, které mohou negativně ovlivnit jejich duševní, emoční, sociální a finanční pohodu. Mohou mít také potíže s obhajováním sebe a svých dětí ve složitém a někdy matoucím lékařském systému (Sedlářová, 2008).

Práce s rodinou hospitalizovaného dítěte či mladistvého je nedílnou součástí sociálních pracovníků ve zdravotnictví zaměřených na tyto klienty. Zejména se jedná o poradenství v oblasti nároku na sociální dávky a dávky pro osoby se zdravotním postižením. Dále pracovník zprostředkovává kontakt mezi rodiči a odborem sociálně právní ochrany dětí, dětskými centry, centry rané péče, nadačními fondy, terénními sociálními či zdravotními službami a dalšími organizacemi které mohou rodině pomoci zvládnout situaci spojenou s hospitalizací jejich dítěte.

Zdravotníci i sociální pracovníci disponují nejrůznějšími možnostmi, jak rodině pomoci. Sociální pracovník musí vidět dítě v komplexu jeho společenství, respektive musí vidět celou rodinu s dítětem s postižením. Rodině, ale i dítěti kromě sociálních dávek a případné asistence pomůže i poradenská péče. Velmi důležitá je respitní (úlevová) péče. Rodina potřebuje alespoň občas načerpat novou energii, aby byla schopna nadále pečovat o dítě s postižením. Břemeno postižení je pro rodinu někdy tak těžkým křížem, že je rodina nemůže unést a je ohrožena v samotném základu rozpadem. V zorném poli pracovníka musí být též sourozenci. (Kuzníková, 2011)

Při hospitalizaci dítěte se vychází z Charty práv hospitalizovaných dětí. Ta zní následovně:

- Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, pokud péče, kterou vyžadují jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při denní hospitalizaci.
- Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
- Ubytování by mělo být poskytováno všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby ho přijali.
- Pro rodiče by to nemělo znamenat finanční zátěž a neměly by trpět ztrátou výdělku.
- Aby se rodiče mohli podílet na péči svého dítěte, měla by být podporována jejich aktivní účast.

- Děti i rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání.
- Měla by být přijata opatření ke zmírnění fyzického a emočního šoku. Rodiče mají právo na informační účast při všech rozhodnutích týkajících se péče o jejich děti.
- Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové zájmy a nemají být přijímány na oddělení dospělých.
- Děti mají mít všechny podmínky pro hry, odpočinek a vyučování vhodné jejich věku a stavu a mají být v prostředí nábytkem účelném, které má být sestaveno v souladu s jejich potřebami.
- O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti jej předurčují reagovat na fyzické, emoční a vývojové požadavky dětí a jejich rodin.
- Kontinuita péče by měla být zabezpečena týmem pečujícím o děti.
- S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a jejich soukromí má být respektováno (Říčan, 2006).

Charta práv hospitalizovaných dětí byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 (Pešová, Šamalík, 2006).

## **5.1. Komunikace s dětským pacientem a jeho rodinou**

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická, neboť je podmíněna věkem a řečovými predispozicemi, zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění, intenzitou klinických příznaků. Navíc ji ovlivňuje i momentální prožívání a psychický stav dítěte. Předpokladem úspěšné komunikace s dítětem je důkladná znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období od narození dítěte až po období adolescence (Plevová, 2010). V komunikaci také záleží i na tom, zda je dítě přijímáno akutně, pro náhle vzniklé onemocnění či úraz, nebo zda jde o plánované přijetí k vyšetření či k operaci (Čechová, 2003).

Komunikace s dítětem a jeho rodiči, vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti, schopnosti naslouchat, i profesionální vystupování. Pro komunikaci s nemocným dítětem platí dvojnásobně, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem, a zvláště pak srdcem (Matějček, 2001).

Opakované a srozumitelné informace jsou, pro dítě a jeho rodinu základní potřebou. Čím lépe se lidé v situaci orientují, tím lépe se na ni mohou připravit a následně ji řešit (Sedlářová, 2008).

## **5.2. Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte**

Nemoci s malou nadějí na uzdravení dítěte, tedy ty, jež jsou zvláště závažné a nebezpečné, s dramatickým průběhem, končící někdy nevyhnutelně úmrtím dítěte, postihují psychicky především rodiče dítěte (Matějček, Dytrych, 2002).

V situaci, kdy je život dítěte ohrožen, ať již akutně či v delší časové perspektivě, prožívají rodiče i další citově angažované osoby otřes, šok a ohromení z prvotní situace, reakce zoufalství, beznaděje a akutního smutku, dále následují obrané reakce, jež mají podobu popření skutečnosti, hledání viny i sebeobviňování, mnohdy s agresivním vyhrocením a postupně dochází k přijímání reality a její zpracovávání. Lékaři a další pracovníci ve zdravotnictví musí životní situaci těchto lidí respektovat a své chování, jednání a přímou komunikaci s nimi taktně přizpůsobit uvedeným fázím jejich prožívání (Matějček, 2001).

Péče rodiny o dítě se zdravotním postižením nebo s vážnou nemocí se bezpochyby promítne do hodnotové orientace rodiny, dokáže život určitým způsobem obohatit, může být i svorníkem pro celou rodinu, ale jedná se však o značnou zátěž pro rodinu i odborný pečující personál. (Jankovský 2008),

Zejména závažná a dlouhodobá či trvalá onemocnění a postižení se dotýkají i potřeb rodinných příslušníků i nejbližších osob. I oni potřebují zažívat a vědět že pro jejich nemocného blízkého je někde vhodné a dobré místo, dostanou informace, které potřebují a mají na ně právo, i oni sami mají právo na podporu při péči a potřebují vědět, kam se obrátit a v neposlední řadě, jak nalézt ve zmatku a chaosu, který onemocnění do rodiny přineslo, řád a strukturu (Šamánková, 2011).

Zapojení rodičů do péče o své nemocné děti a získání dovedností v péči o ně je klíčové pro pobyt těchto dětí doma. Úkolem odborníků je poskytovat rodinám pomoc takovým způsobem, který bude posilovat jejich vlastní resilienci (nezdolnost) a ideální adaptace rodiny bude znamenat uspořádání rodinného života tak, aby splňoval potřeby nemocného nebo postiženého dítěte i všech ostatních členů rodiny. (Krejčířová, Řičan, 2006)



### **5.3. Desatero hospitalizovaného dítěte**

Desatero hospitalizovaného dítěte které, ač staré, je morálně stále velmi aktuální a vystihuje holistický přístup k dítěti (Krák, 1991):

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Zajímej se o mě upřímně.
3. Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.
4. Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi vřelý lidský vztah.
7. Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci máma očima.

### **5.4. Raná péče**

Raná péče je terénní sociální služba, popřípadě doplněná ambulantní formou, 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.).

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).

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.

Služby rané péče jsou poskytovány běžně do nástupu dítěte do vzdělávací instituce. Většinou se raná péče soustředí na děti do věku čtyř let. V případě těžkého či kombinovaného postižení pak až do věku sedmi let dítěte. Cílem rané péče je, aby byla dostupná pro všechny děti, které ji potřebují a plošně pokrývala celé území státu. Jak bude tato podpora úspěšná, závisí na spolupráci všech odborníků s rodiči postiženého dítěte (Šándorová, 2005).

## 6. Kazuistiky

Praktickou část práce jsem se rozhodla vytvořit formou kazuistik. Pro mou práci si myslím že je tato forma vhodná, protože nejlépe vystihuje situace, se kterými se zdravotně – sociální pracovník pracující s dětmi a mládeží může setkat a lze si tyto situace v praxi lépe představit. Čerpala jsem ze sociálních složek z několika nemocnic, které mi poskytli potřebné informace a zdravotně – sociální pracovníci byli k dispozici a ochotni zodpovědět všechny mé dotazy. Složky mi k dispozici pro nahlédnutí poskytla Fakultní nemocnice Motol, Fakultní Thomayerova nemocnice, ale i Oblastní nemocnice Příbram. Nahlédnutí do složek mi bylo umožněno v průběhu mých praxí, proto získávání a zpracovávání kazuistik probíhalo nárazově ve třech obdobích (říjen–listopad, červen, leden–únor). Pro mou práci jsem si vybrala šest kazuistik, které nejlépe vystihují případy řešené SP. V kazuistikách popisují pět dívek a jednoho chlapce ve věkovém rozmezí od sedmi měsíčního miminka po 16 ti letou slečnu. Sociální složky pro práci s kazuistikami jsem vybírala konkrétně podle „zajímavosti“ případů pro mou práci.

Při práci s kazuistikami, jak už jsem zmínila, jsem čerpala ze sociálních složek pacientů z několika nemocnic. Důkladně jsem si pročetla celé sociální záznamy pacientů abych získala potřebné informace. U některých případů mé informace doplnil rozhovor se zdravotně – sociálním pracovníkem, který měl případ na starosti.

### 1. Dívka cizí národnosti

**Osobní data:** Dívka, věk - 2 roky, cizí národnosti

**DG (Diagnóza):** Bezvědomí (Koma), Mnohočetné zlomeniny kostí lebky a obličeje, Traumatický edém mozku, Difuzní poranění mozku, Akutní respirační selhání

**Sociální a rodinná anamnéza:** Otec je cizí národnosti, nemluví česky. Matka je cizí národnosti, nemluví česky (komunikují prostřednictvím své známé – zapsána i v informovaném souhlasu pacienta). Bydlí v bytě v národnostní komunitě.

**Sociální diagnóza:** Nedostatečný rodičovský dohled a kontrola

**Současná situace:** Klientka je hospitalizována. Rodiče navštěvují dívku často, matka někdy zůstává přes noc. Pacientka bude mít pravděpodobně trvalé následky

**Sociální terapie:**

- Vyžádán Záznam o podezření z nedostatku řádné péče
- Podáno trestní oznámení na PCR
- Kontaktováno cizinecké oddělení nemocnice

- Podána zpráva na odbor sociálně právní ochrany dětí – OSPOD
- Komunikace s OSPOD ohledně sociálního šetření v rodině. Nejprve nemohlo být uskutečněno, kvůli chybějící jmenovce na dveřích. Následně sociální šetření rodina neumožnila, advokát rodičů poukázal na špatný psychický stav rodičů a následně odmítá spolupráci v rámci sociálního šetření i rodilá známá, která dopomáhá při komunikaci.
- Pacientka byla přeložena do Rehabilitačního ústavu – Intervence ukončena. Ústav byl informován o probíhajícím policejním vyšetřování i nutnosti spolupráce s OSPOD

## 2. Sedmiměsíční holčička

**Osobní data:** Dívka, věk - 7 měsíců

**DG:** Úrazové subdurální krvácení

**Sociální a rodinná anamnéza:** Matka – ve výkonu trestu, Otec – starostlivý, přítomen hospitalizaci, Sestra – starší

**Sociální diagnóza:** Týrání, syndrom CAN

**Současná situace:** Dívka byla po útoku matky několikrát hospitalizována na různých klinikách nemocnice. Mezitím byla propouštěna do péče otce, který se vzorně stará a v rámci soudem stanoveného předběžného opatření je dívka do jeho péče svěřena. Matka má dle rozhodnutí soudu zákaz styku s oběma jejími dcerami.

**Sociální terapie:**

- Zprostředkování kontaktu s odborem sociálně právní ochrany dětí – OSPOD
- Řešení podání žádosti o Příspěvek na Péči, přestože dívce nebyl ještě rok, řešeno se sociální pracovníci OSPOD, zda má smysl v tento moment žádost podávat, nicméně zdravotní stav klientky bude vyžadovat výrazně rozsáhlejší péči než dítě jejího věku, proto nárok na PnP bude pravděpodobně schválený, nicméně věkové omezení může situaci komplikovat.
- Zprostředkováno právní poradenství ohledně finančních a majetkových nároků klientky vůči její matce
- Konzultace ohledně zařazení do seznamu nadace Dobrý anděl
- Konzultace ohledně dávek státní sociální podpory
- Konzultace ohledně dávek pro osoby se zdravotním postižením
- Intervence ukončena

### 3. Pětiletý chlapec

**Osobní data:** Chlapec, věk - 5 let

**DG:** Chronické onemocnění ledvin, Jiná nespecifikovaná gastroenteritida a kolitida infekčního původu, Jiné poruchy ledvin a močovodu při jiných nemocech

**Sociální a rodinná anamnéza:** Klient žije v bytě, v bytovém domě s výtahem. Žije s matkou, otcem a mladší 2letou sestrou. Otec chodí do práce, matka je na rodičovské dovolené. Žádné sociální dávky nepobírá ani nemá zažádáno. Klient navštěvuje mateřskou školu, ale vzhledem k jeho zdravotnímu stavu tam moc nepobývá. Více času tráví s matkou a sestrou doma.

**Sociální diagnóza:** Chronické onemocnění se sociálními následky

**Současná situace:** V současné situaci je klient opět hospitalizovaný pro zhoršení stavu chronického onemocnění.

**Sociální terapie:**

- Poskytnuto sociálně – zdravotní poradenství
- Konzultace ohledně dávek (Příspěvek na péči, Příspěvek na mobilitu)
- Konzultace ohledně průkazu pro Osoby se zdravotním postižením
- Zprostředkování a pomoc při vyplňování formulářů na příspěvky a průkaz pro OZP
- Konzultace, zprostředkování a pomoc při vyplnění formuláře pro zařazení do seznamu nadace Dobrý anděl – Bohužel zatím nemají nárok
- Konzultace ohledně nároku na asistenta ve školce
- Intervence ukončena

### 4. Nezletilá těhotná dívka

**Osobní data:** Dívka, věk - 16 let

**DG:** Rizikové těhotenství – plánovaný SC (Císařský řez) – Hydrocefalus

**Sociální a rodinná anamnéza:** Klientka žije v bytě společně s otcem – zaměstnaný a partnerem – zaměstnaný. Matka se stěhuje pryč, rodiče jsou rozvedeni. Studuje střední školu obor kuchař číšník, nyní na rok přerušeno

**Sociální diagnóza:** Nezletilá těhotná dívka v rizikovém těhotenství

**Současná situace:** Přijata dívka nezletilá dívka na Gynekologicko-porodnické oddělení ve 35 +5 týdnu. Dívka je v rizikovém těhotenství. Do poradny docházela od 19. t, naposledy zjištěn hydrocefalus u dítěte. Plánováno ukončení těhotenství Císařským řezem. Výbavičku na dítě mají připravenou.

### **Sociální terapie:**

- Hovořeno s OSPOD, o dívce vědí a jsou domluveni, jak budou postupovat až se dítě narodí. Určitě ale ještě prostředí prošetří, až se dítě narodí.
- Doporučeno zařídit si určení otcovství – u soudu odkázali na dobu až se dítě narodí.
- Sociální šetření na oddělení: Po 4 dnech Klientka porodila, dítě umístěno na JIP
- Poradenství s klientkou: O dítě chce pečovat, po obdržení Rodného listu podají žádost k soudu o určení otcovství
- Oznámení soudu o hospitalizaci nezletilé dcery, nezletilé klientky. Klientku chtějí propustit. Otec souhlasil s hospitalizací klientky a volným pohybem po areálu nemocnice
- Telefonát na OSPOD – domluveno že až podají návrh k soudu na určení otcovství, soc. pracovnice z OSPOD zařídí, aby rozhodnutí bylo vydáno co nejdříve
- Sociální šetření na oddělení: Dítě operováno a nyní je na JIP, klientka zatím propuštěna domů. Rodný list už mají a určení otcovství také.
- Sociální šetření na oddělení: Klientka opět přijata k hospitalizaci, společně s dítětem jsou na oddělení IMP (optimalizace zdravotní péče)
- Telefonát na OSPOD – šetření udělají před tím, než bude klientka s dítětem propuštěna z nemocnice
- Zpráva z OSPOD – souhlas s propuštěním z nemocnice
- Intervence ukončena

### **5. Dívka po srdeční zástavě:**

**Osobní data:** Dívka, věk – 12 let

**DG:** Srdeční zástava s úspěšnou resuscitací

**Sociální a rodinná anamnéza:** Klientka žije s matkou, samoživitelkou (pracuje na směny). Otec klientky o ní nemá zájem a nestýkají se. S matkou nemají právně upravenou péči o nezletilou ani výživné. Klientka má partnera. Studuje střední školu, obor Kuchař.

**Sociální diagnóza:** Podezření na nedostatečný rodičovský dohled a kontrolu

**Současná situace:** Pacientka přijata na z Kliniky anesteziologie a resuscitace pod vlivem alkoholu, kanabisu a pervitinu. Matka i partner klientku pravidelně navštěvují, návštěvy matky ale nejsou příliš intenzivní a krátké. Hospitalizaci společně s nezletilou klientkou odmítá, musí chodit do práce. K užití alkoholu a drog došlo na nějaké oslavě kamarádky. Matka o oslavě věděla a když s klientkou v deset hodin večer telefonovala, nezdálo se jí, že by byla pod vlivem.

Klientka si na událost nevzpomíná, je úzkostná a komunikuje velmi omezeně. Matka je v kontaktu s fyzioterapeutem, od kterého by se chtěla naučit, jak s klientkou cvičit.

### **Sociální terapie:**

- Kontaktován Odbor sociálně právní ochrany dětí
- Sociální šetření na oddělení: Klienta v lepším zdravotním stavu přeložena na Pediatrickou kliniku. Jednání o následné péči v Rehabilitačním ústavu.
- Jednání s Rehabilitačním ústavem JL o přijetí klientky.
- Jednání s Rehabilitační klinikou v nemocnici.
- Klientka přeložena prozatím na Rehabilitační kliniku v nemocnici.
- Jednání s Rehabilitačním ústavem JL o novém termínu přijetí klientky.
- Klientka přeložena k následné rehabilitaci do RÚ JL. Odeslán návrh na pojišťovnu.
- Intervence ukončena

## **6. Dívka po transplantaci:**

**Osobní data:** Dívka, věk – 6 let

**DG:** Artérie žlučových cest, jícnové varixy

**Sociální a rodinná anamnéza:** Klientka žije s otcem. Matka nežije ve vhodném prostředí pro výchovu klientky a nemá dostatek příjmů. Krom toho niky péči klientky nejevila zájem. Klientce je vyplácen Příspěvek na péči, který pobírá otec. Klientka chodí do Základní školy.

**Sociální diagnóza:** Nedostatečný rodičovský dohled a kontrola, Týrání

**Současná situace:** Klientka se dostavila v doprovodu otce na plánovanou kontrolu. Kontrolu domluvil praktický lékař, poté co se již jednou otec s dcerou na prohlídku nedostavili. Otec se chová velmi arogantně, sebejistě, na otázky neodpovídá (komunikovat bude prý pouze přes právníky), je verbálně agresivní, snaží se vyvolat konflikt a nezdraví. K dceři se před pracovníky chová velmi citlivě, ale nedovolí ji odpovídat na otázky – mluví za ni. Klientka na otcovo chování reaguje třesem a verbálními projevy nervozity, dává verbálně najevo že jí to není příjemné. Při kontrole lékařka zjistila že má klientka po těle velké množství hematomů různého stáří. Otec tvrdí že hematomy vznikají následkem její nemoci a že vznikají samovolně. K tomu ještě dodal že je klientka dítě nemocné po transplantaci, které bere léky a že chodí do družiny kde možná spadla ze schodů nebo se uhodila o nohu od stolu. Klientka netrpí žádným onemocněním, které by způsobovalo vznik hematomů a jejich původ je zjevně vnější. Otec také trpí utkvělou představou, že na něj ošetřující lékařka podala trestní oznámení a je vinna, že vše, co se nyní děje. Trestní oznámení podala sociální pracovníce z OSPODu. Také podala návrh na

předběžné opatření, které však soud zamítl jako neodůvodněné. Otec při kontrole sdělil, že má u sebe monitorovací zařízení a vše co nahrál bude použito. Také vyhrožoval lékařce: „Varuji Vás, nechte toho nebo uvidíte...“ Při odchodu z vyšetření se otec rozloučil se slovy, že z toho všeho ještě vyvodí důsledky. Lékařku kontaktovala lékárna. Otec vyzvedl pouze léky bez doplatku. Tvrdil, že na doplatky nemá peníze. Na klientku pobírá PnP, který by tyto výdaje měl pokrýt. Pro dívku jsou léky životně důležité. V lékárně již dvakrát za léky doplatek neuhradil (8 a 3 Kč). Lékárnice za něj doplatek zaplatila, aby léky dívka měla.

### **Sociální terapie:**

- Telefonát z OSPOD – Otec se na jednání nedostavil, odročil ho. Vyslechli si matku, která by nyní měla zájem si klientku vzít do péče. Momentálně však nemá vhodné bytové a ekonomické podmínky. Uvažují o ústavní výchově.
- Jednání s OSPOD – Zprávu z nemocnice přikládají ke spisu a kdyby situace vygradovala, je nutné podat soudu návrh na předběžné opatření.
- Sociální šetření na oddělení – Klientka přijata k hospitalizaci překladem z jiné nemocnice, kam ji nechal odvézt obvodní lékař (Kontaktován ředitelem školy – klientka kulhala a měla na těle mnohočetné hematomy. Případ ředitel oznámil Policii ČR, jako podezření na týrání.)
- Prostřednictvím lékaře byla kontaktována PCR
- Rozhovor s klientkou – Na otázku, jak se jí to stalo, odpověděla že se jí to stává často a samo od sebe. (Policii tvrdila že neví, jak se jí modřiny staly, nepamatuje si)
- Hovořeno s OSPOD – Předchozí trestní oznámení na otce bylo ukončeno, protože policie si vyžádala znalecký posudek a znalec se vyjádřil že modřiny jsou způsobeny léčbou. Proběhne soudní jednání o případné změně výchovného prostředí dítěte, objevila se matka, která již má zázemí, vhodné bytové podmínky a již je i finančně zajištěná.
- Na OSPOD odeslána zpráva od lékaře o stavu klientky při přijetí k hospitalizaci.
- Podání podnětu k Předběžnému opatření. OSPOD společně s PCR podal návrh k soudu, aby byl otci zakázán styk s dítětem v nemocnici, než bude případ vyřešen. Dále požádaly o nový znalecký posudek.
- Hovořeno se sociální pracovníci OSPOD – Soudkyně nechce otci styk s dítětem úplně zakázat, tak se informuje, zda by bylo možné asistovat otci při styku jedenkrát týdně hodinu na oddělení.
- Soud schválil PO o svěřeni dítěte do péče Nemocnice s určením styku s otcem.
- Hovořeno s OSPOD – Otec na první asistovanou návštěvu nedorazil, přišel však na OSPOD a zajímal se, kdo na něj podal trestní oznámení. Hovořeno o matce klientky. Klientku na

oddělení navštěvuje a projevila zájem požádat o svěšení dítěte do péče. OSPOD u matky udělal sociální šetření, zatím není dostatečně důvěryhodná, že péči zvládne.

- Rozhovor s psychologkou – Sdělila, že se jí klientka svěřila, že ji otec bije, hází s ní o zem a o zeď a křičí na ni.
- Hovořeno s OSPOD – bylo jim odesláno Psychologické vyšetření a zpráva o spolupráci rodičů jako materiály pro soud jednající o výchově klientky. Soud ale jednání odročil.
- Asistence při návštěvě otce klientky: Otec si s sebou k návštěvě přizval známého, prý jako svědka. Zahrnoval dceru spoustou dárků a sladkostí. Neustále ji líbal a hladil po vlasech a četl pohádku. Klientka byla z jeho jednání v euforii a smála se.
- Hovořeno se staniční sestrou oddělení – Volal jí otec klientky, řval na ni a vyhrožoval. Tvrdil, že se s klientkou manipuluje a že toto chování bude nemocnici mrzet. Primář požádal, jestli by PO nemuselo nadále být prodlužováno na Nemocnici, ale na nějaké jiné zařízení. Klientka je již po zdravotní stránce v pořádku a může být propuštěna. Tlak, ataky a konflikty otce jsou pro zdravotnický personál velmi zatěžující a personál je opakovaně napadán.
- Hovořeno se sociální pracovníci OSPODu – Zahájí jednání s Diagnostickým ústavem.
- Podáno nové PO na umístění klientky do Diagnostického ústavu. Soud PO schválil. Klientka za byla propuštěna a za doprovodu psychologa odjela do DÚ.
- Intervence ukončena.



## Závěr

Zdravotně – sociální práce je velice náročná ať už propojením lékařství a sociální práce, tak i různorodostí klientů/pacientů a jejich problémů. Práce s dětskými a mladistvými klienty je ještě o to náročnější, že nemohou jednat sami za sebe a je za potřebí spolupráce rodiny. Sociální pracovníci mnohdy řeší a snaží se pomoci zvládnout nelehké a náhle vzniklé nepříznivé sociální situace pacientů. Asi nejčastější činností zdravotně – sociálního pracovníka jehož cílovou skupinou jsou děti a mládež je kontaktování, hlášení, komunikace a řešení případů s odborem sociálně právní ochrany dětí. Situace, které nejčastěji řeší jsou týrání dětí, syndrom CAN či nedostatečný rodičovský dohled se kterým se pojí ať už poranění s nejasnou příčinou, tak i zneužívání návykových látek nezletilou osobou, nezletilé osoby s poruchou příjmu potravy nebo se známkami sebepoškozování. Dále potom situace spojené s náhradní rodinnou péčí, které mohou vzniknout, jak u dětí, o které se rodiče nemohou, nechtějí či neumějí postarat, ale také v případě nezletilé těhotné dívky, která se rodičem stát nemůže. V neposlední řadě je nedílnou součástí zdravotně – sociální práce poradenství, podpora a pomoc rodině, při řešení situací spojených s hospitalizací dítěte (příspěvky, dávky, služby, organizace, nadace...)

Navzdory vysokým nárokům a pracovní fyzické i psychické námaze mohou vztahy, které dětští zdravotně sociální pracovníci navazují se svými kolegy a klienty, hluboce naplňovat. Odměňujícím aspektem této práce je to, že někdy sledují, jak se pacienti zlepšují a jdou domů, už se nikdy nevrátí. Jindy vidí pacienty při každém přijetí, když přecházejí z „intenzivní péče“ na „akutní“ a poté odcházejí domů, jen aby se v budoucnu vrátili.

Dětská zdravotně – sociální práce je obor, který vyžaduje velkou přípravu, soucit, dovednosti a odolnost. Není to zaměstnání pro slabé povahy, protože zahrnuje práci s dětmi a jejich rodinami během těch nejnáročnějších a potenciálně nejtragičtějších okamžiků v jejich životě. Sociální pracovník se ale může setkat i se situacemi nepochopitelnými, zničujícími a nespravedlivými. Situace kdy otec pravděpodobně týrá svou šestiletou dceru a předběžné opatření je zamítnuto jako neodůvodněné i přes zjevné známky týrání, matka může mít v péči sedmiměsíční holčičku, kterou opakovaně bije, nebo dvanáctiletá dívka užije alkohol a drogy v takové míře že lékaři musí provádět resuscitaci, aby jí vrátili život, jsou velmi často těžko pochopitelné. S přísností a obtížemi této profese však přicházejí hluboce odměňující vztahy s klienty a kolegy a poznání, že práce má pozitivní dopad na kvalitu lékařské péče u pediatrických pacientů.

Dětské zdravotně – sociální pracovníci se mohou setkat s frustrací ze zdravotnického systému a neschopností důkladně řešit problémy svých klientů. Nejnáročnějším aspektem této práce bývá neschopnost uspokojit potřeby každé rodiny. Zdravotnictví totiž na všechny nemoci nestačí. Při řešení této výzvy může být nutné, aby dětské sociální pracovníci stanovili priority svých úkolů podle závažnosti a naléhavosti potřeb svých pacientů a akceptovali omezení svých vlastních schopností, zdrojů a harmonogramů.

Při své praxi jsem měla možnost vyzkoušet si nejen nemocnice velké, fakultní, ale také ty menší oblastní. Zde je práce zdravotně sociálních pracovníků často velmi nedoceněná a agendu kterou ve velké nemocnici dělá pracovníků několik, v té oblastní má na starosti pracovník jen jeden. Měla jsem možnost si vyzkoušet i jak se pracuje pod skvělou vedoucí sociálního oddělení v nemocnici, která je ženou na pravém místě. Také jsem si mohla vyzkoušet jaké je to účastnit se vizity, kdy mě rýpavý lékař zkoušel jako kdybych byla medik. Setkala jsem se s mnoha případy, které zasáhli do mého náhledu na tuto práci. Ať už byli smutné, veselé, nepochopitelné ale i třeba vyvolávající smíšené pocity nebo naštvání, každý z nich byl jedinečný.

Zdravotně sociální práce je pro mě tolik zajímavá právě pro to, jak je různorodá. Přesto, že jsem si pro svou Bakalářskou práci zvolila cílovou skupinu dětí a mladistvých, klientela SP v nemocnici je daleko širší. Krom toho že klientem může být kdokoliv od malého dítěte až po starého člověka je tato práce různorodá i tím co vše pracovník dělá. Baví mě i to propojení sociální a zdravotní sféry, protože daleko lépe poznáte, co přesně klient potřebuje, když znáte jeho přesný zdravotní stav.

## Seznam použité literatury

- BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. 3.vyd. Bratislava: Public promotion, s.r.o., 2008. 250 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
- ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2001. ISBN: 880-7178-463
- ČASOPIS Sociální práce, Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník, 2020. (online) <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>
- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. a ROZSYPALOVÁ, M. Speciální psychologie. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
- DJAKOW, J. Specifika následné intenzivní péče pro děti. (online), <https://www.akutne.cz/res/publikace/2-specifika-nip-pro-deti.pdf>.
- DRAGANOVÁ, Helena a kol. 2006. Sociálna starostlivosť. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3
- DUNOVSKÝ, J. a kol. 1999. Sociální pediatrie, vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, 279 s. ISBN 80-7169-254-9
- HAMANOVÁ J., HELLEROVÁ P. (2000) Syndrom rizikového chování a dospívání (1. část). *Čes.-slov. Pediant.*, 55, No. 6. s. 380-387.
- HAVRDOVÁ, Z. 1999. Kompetence v praxi sociální práce. Praha: Osmium, 167 s. ISBN 80-902081-8-5
- CHARVÁTOVÁ, D. 1990. Metody sociální práce. Praha: SPN, ISBN 80-04-23992-7
- JANKOVSKÝ, J. Etická dilemata v sociální práci ve vztahu k rodině. In: Šrajer, J., Musil, L. a kol. Etické kontexty sociální práce s rodinou. 1. vyd. Olomučany: Albert, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0
- KAČÁNIOVÁ, Jarmila. Primárna prevencia drogových závislosti: Pedagogicko-psychologická analýza. 1. vyd. Bratislava: Ekonóm, 2005. 120 s. ISBN 80-225-1973-1.
- KNÁPKOVÁ, Danka – TÓTHOVÁ, Marcela: Obete domáceho násilia. - In: Obete kriminality: zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie konanej 25. novembra 2010 na Paneurópskej vysokej škole v Bratislave.- Bratislava: Paneurópska vysoká škola; Žilina: Eurokódex, 2010.- ISBN 9788089447367
- KRÁK, E., ŠTÚR, I. a ZLÁMALOVÁ, V. Psychológia v práci detskej sestry. 2. vyd. Martin: Osveta, 1991. 79 s. ISBN 80-217-0423-3.
- KREJČÍŘOVÁ, D., ŘÍČAN, P. a kol. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

- KRIEGELOVÁ, M. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing 2008; 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4
- KUTNOHORSKÁ Jana, Cichá Martina, Goldmann Radoslav, Etika pro zdravotně sociální pracovníky, Grada, 2012, ISBN: 978-80-247-3843-7
- KUZNÍKOVÁ, Iva et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. 1. vydání, 212 stran, ISBN 978-80-247-3676-1.
- MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Z. a DYTRYCH, Z. Krizové situace v rodině očima dítěte. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 1. vyd. 128 s. ISBN 80-247-0332-7.
- MATOUŠEK, O., Pazlarová, H. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. Praha: Portál, 2010, 184 stran, ISBN 978-80-7367-739-8
- MATOUŠEK Oldřich, Pavla Kodymová, Jana Koláčková, Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi, Portál 2012, ISBN 80262-02341, 9788026202349
- MATOUŠEK, O. 2003 a. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- MERCER Ramona Thieme, Becoming a mother : research on maternal identity from Rubin to the present (Stát se matkou: Výzkum mateřské identity od Rubina po současnost), New York : Springer Pub. Co., ©1995.
- MZČR, Akreditovaný kvalifikační kurz. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (online) <https://www.mzcr.cz/akreditovany-kvalifikacni-kurz/>
- NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 4.vyd. Praha: Portál, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NOVÁKOVÁ, Iva. 2011. Zdravotní nauka 2.díl – učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6
- PEŠOVÁ, I.; ŠAMALÍK, M. Poradenská psychologie pro děti a mládež. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1216-4.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6.
- PLEVOVÁ, I. a SLOWIK, R. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr et al. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2

ROB, Lukáš, MARTAN, Alois, CITTERBART Karel, et al. (2008). *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7492-426-2, 356 s.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SMĚRNICE FNM Postup identifikace sledování a zajišťování zdravotně sociálních potřeb pacientů, 2007

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikovatelné v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-259-3

ŠEVČÍK, D. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*, 2011, ISBN 978-80-7367-690-2

ÚMLUVA o právech dítěte (online) 1989. <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.

VALENTA, Milan a Oldřich MULLER. *O Psychopedii: Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZÁKON č. 89/2012 Sb., *Občanský zákoník*, v platném znění

ZÁKON č.108/2006 Sb., *O sociálních službách*, v platném znění

ZÁKON č. 359/1999 Sb., *O sociálně-právní ochraně dětí*, v platném znění