

Sociální pedagog v resortu zdravotnictví

Bc. Romana Vedralová

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Romana Vedralová**
Osobní číslo: **H138295**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální pedagog v resortu zdravotnictví**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na koncepci sociální pedagogiky a sociálního pedagoga;
 - na sociálního pedagoga jako profesi;
 - na design služeb a možností sociálního pedagoga ve zdravotnictví (se zaměřením na KPRCH), a následného rozvíjení jeho sociálně pedagogického působení v dané oblasti.
- Součástí práce bude kvalitativní výzkum napomáhající vytvořit profil sociálního pedagoga působícího v resortu zdravotnictví.



Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Bakošová, Z. Sociální pedagogika Vybrané problémy. Bratislava: Univerzita Komenského, 1994.

Beranová, Z. Popáleniny u malých dětí. Praha : Avicenum, 1981.

Ellis, A. Trénink emocí. Praha: Portál, 2002.

Gavora, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000.

Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008.

Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2009.

Laca, S. Sociální pedagogika v kontextu teorie a praxe. Brno: Institut mezioborových studií, 2013.

Lachmanová, K. Vězení s klíčem uvnitř. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Monika Tannenbergerová, Ph.D.

Institut mezioborových studií

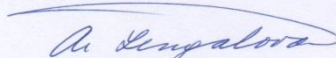
Datum zadání diplomové práce:

4. listopadu 2014

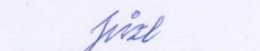
Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2015

V Brně dne 4. listopadu 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 28.3.2015

ROHANA VEDRALOVA *Handwritten signature*
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

V diplomové práci s názvem Sociální pedagog v resortu zdravotnictví jsem se zaměřila na zasazení sociálního pedagoga do resortu zdravotnictví jako člena multiprofesního týmu nemocničního oddělení. Teoretická část shrnuje obecně historie sociální pedagogiky od starověku po současnost a pozvolna přechází k jádru sociální pedagogiky, k osobě sociálního pedagoga.

Praktická část je zpracována na základě schématu „Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení“. Jednotlivé části schématu jsou popsány a doplněny o názory informantů, získaných kvalitativní metodou, rozhovorem. Dále jsou doplněny o úryvky z článků, získaných na základě rešerše.

Klíčová slova: Sociální pedagogika, sociální pedagog, kompetence, prevence, zdravotnictví, multiprofesní, kazuistika, zdravotní gramotnost, poradenství, intervence.

ABSTRACT

In my thesis, titled Social Educator in the Health Care, I focused on placing social educator in the health care system as a member of the multi-professional team of the paramedical department. The theoretical part summarizes the history of social pedagogy from antiquity to the present and gradually comes to the core of the social pedagogy, to the social educator him/herself. The practical part is processed based on the scheme "Integrating the Social Educator in Paramedical Department". Individual parts of the scheme are described and supplemented by the opinion of informants obtained by qualitative method of interview. Furthermore accompanied by excerpts from articles obtained on the basis of research.

Keywords: Social education, social educator, competence, prevention, health care, multiprofessional, casuistry, health literacy, counseling, intervention.



Ráda bych poděkovala Mgr. Monice Tannenbergerové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce. Mé poděkování patří též Bohumilu Hlaváčkovi za gramatickou a stylistickou úpravu. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KOŘENY SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	11
1.1 STAROVĚK.....	14
1.2 STŘEDOVĚK	16
1.3 NOVOVĚK	18
1.4 OD REFORMY PO SOUČASNOST	23
2 POJEM SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	26
2.1 SOCIÁLNÍ	26
2.2 PEDAGOGIKA.....	28
2.3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	28
2.3.1 Definice sociální pedagogiky	31
3 SOCIÁLNÍ PEDAGOG	32
3.1 DEFINICE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA.....	33
3.2 VYMEZENÍ PROFESE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA	34
3.2.1 Charakteristika pracovních činností	35
3.2.2 Kompetence sociálního pedagoga.....	36
3.2.3 Rámec pro funkci sociálního pedagoga v resortu zdravotnictví	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
4 VÝZKUM	46
4.1 METODA SBĚRU DAT	48
4.1.1 Rozhovor	48
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	49
4.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	50
4.3.1 Schéma výzkumného problému: Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení	51
4.3.2 Prevence	52
4.3.3 Sociální pedagog - lékař	55
4.3.4 Sociální pedagog – klinický psycholog.....	57
4.3.5 Sociální pedagog – zdravotnický personál.....	61
4.3.6 Sociální pedagog – klient	64
4.3.7 Následná péče.....	73
4.3 VÝSLEDKY A DISKUSE.....	78
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	86
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	94
SEZNAM OBRÁZKŮ	95

ÚVOD

Albert Camus stvořil mýtického Sisyfose, který musí donekonečna valit do kopce balvan, jenž se pokaždé skutálí zpět dolů. Sisyfos tak musí začínat stále znovu a znovu, a marně svádí boj se svým balvanem. Jeho osud mu patří, balvan je jeho věcí.

Ať už věříme v osud či nikoliv, do budoucnosti nikdo z nás nevidí a minulost změnit nelze. Můžeme však ovlivnit jak se události které se přihodily, budou vyvíjet. Co více, naše zkušenosti a vlastní prožitky mohou pomoci druhým. Můžeme předat jak vlastní pocity, tak zkušenosti a vědomosti získané řešením dané situace. Jak píše profesor Kraus: „*Co člověk sám neprožije, těžko pochopí*“.

Sociální pedagogika patří mezi pomáhající profese. Úlohu sociálního pedagoga spatřuji v pomoci lidem, kteří stejně jako Sisyfos získali svůj „balvan“. Zatímco Sisyfos je odsouzen k ustavičnému koloběhu, sociální pedagogika je tu, aby jedinci s jeho balvanem pomohla. Ukázat, že jeho balvan není jen jeho věcí, kterou si musí vyřešit sám. Balvan se tak s každou intervencí zmenšuje. Postupně z něj odpadávají kousek po kousku, až z něj zbyde jen malý oblázek. Pak už záleží jen na daném jedinci, zda si oblázek uschová jako vzpomínku, nebo se minulosti zbaví navždy a odhodí ho za sebe. Ano, dá se namítnout, že všechny situace nelze vždy definitivně vyřešit. Buďme ale pozitivní, stejně jako by měla být pozitivní celá sociální pedagogika.

Téma sociální pedagogika v resortu zdravotnictví jsem si vybrala ze dvou důvodů. Tím prvním je fakt, že současní autoři jako jedno z odvětví uplatnění sociálního pedagoga uvádějí resort zdravotnictví. Nepodařilo se mi ale dohledat práci, která by se touto problematikou zabývala podrobněji. Druhý důvod je vlastní zkušenost. Jako studentce sociální pedagogiky se mi během hospitalizace ukazovaly mezery, které by bylo potřeba vyplnit, aby péče o klienty byla komplexní. Tyto mezery by podle mého mínění mohl vyplnit sociální pedagog a zajistit tak, aby klienti nepropadávali do neznáma.

Sociální pedagogika se dělí na dva proudy, teoretický a praktický. Profese, kterou vykonávám, nemá nic společného ani se zdravotnictvím, ani s pomáhajícími profesemi. Pokud bych se na základě této práce měla začlenit do jednoho z proudů sociální pedagogiky, zcela jistě bych spadala do toho prvního. Moje práce je spíše vizí, jak bych si představovala fungování sociálního pedagoga v rámci nemocničního oddělení ve vztahu k pacientům i zdravotnickému personálu.

Zamýšlím se nad kompetencemi sociálního pedagoga jako člena multiprofesního týmu. Přesto, že je sociální pedagog nelékařská profese, je zdravotnictví odvětvím, nabízejícím sociálnímu pedagogovi spoustu příležitostí.

Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. První kapitola teoretické části se věnuje historii sociální pedagogiky. Vzhledem k široké historii sociální pedagogiky není popsáno vše, ale odkazuji na literaturu, ve které je možné chybějící informace dohledat. Následuje kapitola věnovaná definování sociální pedagogiky, na niž navazuje kapitola zabývající se sociálním pedagogem, jeho definicí, kompetencemi a zasazením sociálního pedagoga do zdravotnictví jako člena multiprofesního týmu.

Cílem praktické části je vypořádat se s výzkumným problémem „Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení“. Pro sběr dat jsem si zvolila metodu kvalitativní – rozhovor.

Dílním cílem bude analyzování rozhovorů s informantkami k nalezení odpovědí na následující otázky:

„Jak nahlíží na možnost spolupráce se sociálním pedagogem zdravotní sestra?“

„Uvítali by pacienti jako součást nemocničního oddělení/ týmu, sociálního pedagoga?“

V čem spatřuji problém, je literatura, tímto tématem se zabývající. Na základě rešerše bylo dohledáno několik článků. Žádný nepojednával přímo o sociálním pedagogovi jako členu multiprofesního týmu nemocničního oddělení. Vycházím proto z článků, které do multiprofesního týmu začleňují sociální pracovníky. Zmiňované články pocházejí z anglicky mluvících zemí, především pak z USA. Proč tyto články pojednávají pouze o sociálním pracovníkovi a nikoliv o sociálním pedagogovi je pravděpodobně proto, že v těchto zemích nebyla sociální pedagogika jako vědní obor zavedena, na rozdíl od sociální práce (social work), pro tyto země tolik typickou.

Zjištění v této práci nemohou být zobecnována vzhledem k malému počtu informantů. Výzkum s větším množstvím informantů jak z řad odborníků tak laiků by byl zcela jistě zajímavý.

Shrnutí výzkumu je k dispozici v diskusi a závěru, kde se snažím o komplexní zhodnocení celé práce. Nepodařilo se mi dohledat podobný výzkum, z toho důvodu nemohu svá zjištění porovnat s jiným výzkumem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOŘENY SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Sociální pedagogika jako vědní obor se začíná formovat v 19. století. Její kořeny však sahají až do starověku a možná i dále. Jako pro všechny vědní disciplíny je i pro sociální pedagogiku obecným východiskem filozofie. Termín *filozofie* pochází z řečtiny (filen – miluji; sofía – moudrost). Pojmenovává tedy toho, kdo „*miluje moudrost*“. „S termínem filozofie se poprvé setkáváme u Pýthagora; jako zvláštní vědu ji poprvé určil Platón“ (Filozofický slovník, 1976, s. 139). Filozofie není systém pravd, ale věčného hledání. Pochybování o všem, co vzbuzuje byt' jen náznak pochybnosti. Měla by zprostředkovávat vzdělanost. Vzdělaný člověk umí překročit svůj stín, překročit hranice své odbornosti a dokáže kriticky myslet. Měl by být ochoten vnímat i názory nové, narážející na bariéru „věčných pravd“ (Radvan, 2011; s. 7). Podle Descarta by mělo každé vědecké poznání začít skepsí, nepřijmout žádnou věc jako pravdivou. Poté by měla následovat analýza, rozdělení problému na několik podotázek. Skepse a myšlenková analýza (dedukce) je pro Descarta východiskem jakéhokoliv poznání. Nietzsche zase vidí ve filozofovi „hledáče“ a filozofovat je třeba „kladivem“. Podle Bacona brání základnímu poznání předsudky. O „*idolech*“, jak předsudky nazýval, bude více pojednáno později.

Každá z věd používá tzv. kategorie, což jsou základní pojmy, které člověku umožňují poznávat skutečnost, třídit a systematizovat poznatky. Například Aristoteles používal kategorií deset. Sociální pedagogika přikládá zvláštní význam kategoriím, jako jsou dobro, tolerance, spravedlnost, důvěra, porozumění, pravda, zdraví, právo, humanita.

Stejně jako filozof, tak i sociální pedagog by měl být hledáčem. Nenahlízet na věci jako na hotové, ale snažit se dobrat jejich podstaty a počítat s tím, že i pravda, kterou našel, nemusí být tou konečnou. Poctivé poznání skutečnosti, diagnostování ohrožení a popularizace pravdy ač se může jevit jakkoliv nepříjemná, to je povinností sociálního pedagoga. Poláčková (2000) zdůrazňuje pojem „*porozumění*“, o němž hovoří jako o „*sociálně - pedagogické cestě*“. Nevyzdvihuje pouze porozumění citům, tužbám, nadějím či postojům druhého člověka. Porozumění je především setkání se s druhým u společné věci. Odtud se dostáváme k hermeneutice, jež se podle Poláčkové může stát „*královskou*“ metodou sociální pedagogiky.

Podle Radvana (2006) je poznání záležitostí moudrosti, hermeneutického způsobu myšlení. Zahrnuje v sobě nejen odbornost, ale i vzdělanost založenou na komunikačních procesech. Vzdělaný člověk za základní politickou a mravní normu považuje možnost každého člověka vytvořit si vlastní názory, postoje, ideje. Je vstřícný i k lidem, s nimiž má jen málo společného.

„*Hermeneutika*“ se snaží o interpretaci textu, porozumění smyslu a významu slov, zvyků, tradic, sociálních norem chování, kultury. Význam dostává text až jeho interpretací. Každý text může mít celou řadu významů a žádná z jeho interpretací není definitivní. Každý jedinec vyrostl v určitém prostředí, dosáhl určitého vzdělání, byl k něčemu veden a tak interpret vnáší do své práce nejen vlastní zkušenost, ale i společné dějinné situace a tradice. Pokud mluvíme o porozumění, nesmíme zapomenout zmínit „*předporozumění*“. Chceme-li textu porozumět, musíme vycházet z jistých znalostí, které pochopení podmiňují. Pro hermeneutiku je samozřejmostí, že si různé interpretace jednoho textu odporují. Toto soutěžení je pobídkou k úsilí o originalitu a snahou o vzájemné porozumění, které patří jak k životu vědeckému, tak i sociálnímu. Hermeneutika oceňuje jak dobré, tak i špatné interpretace (předsudky), které považuje je za odrazový můstek. „*Hermeneutický kruh*“ - celek lze poznat jen poznáním jeho částí a výsledky analýzy části zpětně pomáhají pochopit celek (Radvan, 2012).

Hermeneutika odmítá objektivní pravdu, tudíž nárok na pravdu mají všechny výroky. Klade důraz na interpretaci textu, odkrývání všech vrstev, práci interpreta s textem, umění ptát se. Pro sociálního pedagoga může být textem „sociální situace“, pro jejíž porozumění je důležité disponovat uměním naslouchat klientovi, klást správné otázky, odkrýt postupně všechny vrstvy a hledat odpovědi v „polemice s kontextem“. Pro porozumění je důležité „*předporozumění*“, vědomosti, životní prožitky, předsudky.

Pro sociální pedagogiku je hermeneutika velkým vzorem, jelikož je zastáncem dialogu a požadavku zprostředkovat a respektovat názory druhých. Nejde až tak o hledání pravdy ale o podporu diskursu.

„*Chceme-li člověku porozumět, musíme se jeho sdělením nechat oslovit, ocitnout se ve stejné oblasti, nalézt „společný svět“.* To ovšem má určité předpoklady: musíme reflektovat svá vlastní východiska „*půdorys*“ a zároveň *půdorys*, na kterém se pohybuje druhý. Tyto *půdorysy* se liší generačně, situačně, osobnostně atd. Pro sociální pedagogy je důležité brát v úvahu, že vidíme jen určité horizonty, ale existuje jich mnoho a my se je

můžeme učit poznávat. Je to nezbytné, neboť jsme nuceni zabývat se „jiným světem“, než známe, světem našich klientů“ (Kraus a kol., 2001, s. 19). Jedině potom je sociální pedagog schopen vystupovat jako profesionální pracovník, organizující a řídicí výchovný proces správným směrem a působící na jedince nebo skupinu ve směru jejich optimálního rozvoje. Podle Poláčkové (2000) má sociální pedagog vést klienta k tomu, aby porozuměl vlastní životní situaci v kontextu jeho života. Sociální pedagog by měl být především člověkem moudrým. Člověkem, který je schopen svobodně myslet a být kritický. Křivohlavý považuje za moudrost schopnost odlišovat věci podstatné od nepodstatných, jedinečné a zvláštní od obecného, dívat se na svět s nadhledem (Křivohlavý, 2009, s. 11). Moudré jednání je podle Křivohlavého determinováno třemi faktory a to prostředím, zkušenostmi a osobnostními charakteristikami. Profesor Křivohlavý mimo jiné uvádí silné stránky moudrosti: *tvorivost, zvědavost, kritické myšlení, milování učení, perspektivní nadhled* (Křivohlavý, 2009, s. 73).

Je pravdou, že historie sociální pedagogiky byla již dostatečně v literatuře popsána. Přesto si myslím, že vynechat ji zcela by nebylo dobré. Nebudu uvádět všechny osobnosti s historií sociální pedagogiky spojené, zmíníme se pouze o některých. Podrobněji zpracovanou historii sociální pedagogiky je možné nalézt u Hroncové nebo Procházky, dále bych doporučila knihu „*Stručné dějiny pedagogiky*“ od Štveráka.

Referát „*K dějinám české sociální pedagogiky*“, jehož autorem je Jůzl (2014), by při studiu dějin sociální pedagogiky určitě neměl chybět. V referátu zmiňuje plejádu českých učitelů, kněží, spisovatelů a buditelů, kteří svými názory a hlavně činy ovlivňovali a tvořili dějiny české sociální pedagogiky. Výčet osobností však není kompletní, přičemž autor referátu slibuje, že pokračování se určitě brzy dočkáme. Referát tak začíná osobnostmi Konstantina a Metoděje a končí F. J. Řezáčem.

Periodizace dějin podle Jůzla (2014, s. 32).

1. Prehistorické období dějin sociální pedagogiky (9. století – 15. století)
2. Rané období dějin sociální pedagogiky (16. století – české národní obrození)
3. Doba moderní (19. století – 20. století)
4. Doba postmoderní – (21. století)

1.1 STAROVĚK

Filozofie nahlíží na osud jako na náboženskou idealistickou představu o nadpřirozené síle, která řídí všechny události v životě člověka. V antické filozofii měl kosmos svůj řád. Cosi daného, co vytvářelo pevný rámec všemu dění, tedy i lidské existenci. Role osudu je zde značně posílena bohy osudu. Například v Řecku byly nazývány „*Moiry*“¹ Osud byl interpretován jako nejvyšší spravedlnost. Údělem člověka bylo rozpoznat logos v kosmu a podřídit se mu. Osud člověka byl předem určen, o čemž svědčí i drama Oidipus.

Předmětem sociální pedagogiky je mimo jiné výchova a rozvoj osobnosti. Na proces výchovy je vždy třeba nahlížet v kontextu prostředí, společnosti a kultury dané doby. Ač se jednotlivá odvětví společenské aktivity odvíjejí samostatně a podle svých zákonů, není možné dějiny těchto odvětví pochopit bez studia vztahů k jiným odvětvím. Na společnost, její strukturu, procesy v ní probíhající a danou kulturu je nutno nahlížet jako na celek.

Lidský jedinec je situován v určitém konkrétním společensko-kulturním systému, do něhož se rodí, skrze něj a v něm se stává osobností. Co je to však společensko-kulturní systém?

Helus (1973, s. 10) sem řadí:

- a) *složky hodnotově normativní* (sociální hodnoty, normy, přesvědčení, ideologie),
- b) *složky mezilidsky vztahové* (sociální interakce, komunikace),
- c) *složky rezultativní* (materiální, duchovní produkty),
- d) *složky osobnostní* (subjekty systém aktualizující, rozvíjející).

Už filozofové starověkého Řecka věnovali výchově značnou pozornost, zabývali se souvislostmi výchovy a společnosti. Platónův požadavek vzdělání pro všechny svobodné občany, tedy chlapce i dívky, je úctyhodný. Zvážíme-li, že mnoho jeho nástupců tento názor neuznávalo a po mnoho let bylo vzdělání privilegiem pouze chlapců. Patří k nim i Platónův žák Aristoteles, nejproslulejší filozof a učenec starého Řecka. Aristoteles

¹ Tři sestry Klóthó, Lachesis a Atropos vystupují jako přadleny zlaté, stříbrné nebo vlněné niti. Nejmladší Klathó nit načíná, Lachesis ji dále rozpřádá a nejstarší Atropos ji ukončuje, když má člověk zemřít.

zastával především výchovu mravní, rozumovou a tělesnou², přičemž mravnost jak jednotlivce, tak společnosti není dosažitelná bez přímého spolupůsobení. Obě kategorie jsou na sobě vzájemně závislé. Vztahem společnosti a výchovy se Aristoteles zabývá v díle „Politika“. Aristoteles dělil společnost na třídy vládnoucích a třídy poddané, přičemž tyto rozdíly byly přirozené „od přírody“. Mravních ctností má každý jiné množství a to dle potřeby pro plnění svých úloh. Otrok nemá žádné, žena v malé míře a dítě žádné. „*Ježto totiž každá rodina jest částí obce a vyjmenované osoby jsou zase částí rodiny a ctnost částí se musí řídit ctností celku, I jest nutno děti a ženy vychovávat se zřením k zavedené ústavě, jestliže opravdu záleží na tom, aby i děti i ženy byly řádné a ctnostné, má-li obec býti řádná*“ (Aristoteles, s. 64). Úkolem všech občanů obce, ač si nejsou rovni, je dosažení blaha společnosti. Proto musí být vytyčeny správné cíle a nalezeny prostředky pro jejich dosažení. „*Ale aby obec byla ctnostná, není dílem štěstí, nýbrž vědění a vůle. Obec jest však ctnostná tím, že ctnostní jsou občané, kteří mají účast v její správě*“ (Aristoteles, s. 275). Proto, aby se stal člověk ctnostným, jsou podle Aristotela potřeba přirozenost, zvyk a rozum. Ostatní je úkol výchovy, která se uskutečňuje „*nasloucháním*“. Jak by měla výchova vypadat, popisuje Aristoteles v díle Politika v knihách sedmé a osmé. Výchova je zajišťována dozorcí (*paidonomoi*). Když porovnáme pojetí „*moudrosti*“ profesorem Křivohlavým a pojetí „*ctnosti*“ Aristotelem, nalzáme zde hodně podobného. Výchova je většinou definována jako záměrné a cílevědomé působení na jedince za účelem dosažení pozitivních změn v jeho vývoji. Cíle výchovy nejsou a ani nemohou být v dějinách lidstva stejné. Mění se společně s vývojem společnosti. Cílem výchovy u Aristotela byl jedinec rozumově rozvinutý s autonomní morálkou.

V řecké antice se poprvé v historii lidstva objevují snahy o výchovu člověka ve svobodného a mravného občana. Co zde však postrádáme je sociální citění.

Někteří sociální pedagogové (Kraus, Hroncová, Emmerová) ve svých dílech zmiňují římského filozofa Senecu, který se jako jediný zabývá otázkou pomoci bližnímu, sociální stránkou. Podobně jako Platónovi, i Aristotelovi je cizí pochopení pro ty, kteří se ocitli v těžké životní situaci, v níž si člověk musí umět pomoci sám (Hroncová a kol., 2008).

² Třem rozličným částem duše odpovídají podle Aristotela tři stránky výchovy. Duše rostlinná (výchova tělesná), duše živočišná (výchova mravní), duše rozumová (výchova rozumová), (Štverák, 1983).

Sociolog Zygmunt Bauman (2005, s. 19) vidí dnešní společnost, dovolím si ji nazvat jako „platónovskou“ či „aristotelovskou“. *„V naší společnosti se předpokládá, že všechny bryndy, do kterých člověk může spadnout, napršely z nešťastných chyb, které napáchal. Za všechno dobré i zlé, co se člověku v životě přihodí, může děkovat nebo spílat jen sobě samému.“*

Sociální pedagogika však ví, že člověk není bytostí pouze biologickou a psychologickou, nýbrž je součástí společenského prostředí, společnosti, které se mnohdy svým uspořádáním a fungováním podílí na vzniku sociálních situací.

1.2 STŘEDOVĚK

Ve středověku dochází ke změně paradigmatu vnímání člověka. Křesťanství chápalo člověka jako obraz boží „imago dei“. Člověk se rozhoduje svobodně a nese za své rozhodnutí následky, odpovědnost, stále však není brán jako subjekt. Podobnost bohu se shledává v různých vlastnostech, nejčastěji v rozumu a svobodě vůle. Hříchem se imago dei zatemňuje a ztrácí. Fatalismus (z lat. fatalis – osudový) je filozofická koncepce, podle níž je lidský život předurčen osudem. Člověk je pojímán jako bezmocná hračka boha nebo přírody, která není schopna změnit předurčený vývoj událostí.

V protikladu k fatalismu vystupuje jiný extrém – voluntarismus (lat. voluntas – vůle). Ten chápe náhodu a svobodu člověka jako nástroj a předpoklad osudu. Člověk je zde tedy chápán jako strůjce svého osudu. Představitelem tohoto směru je například německý filozof Nietzsche. Kritizoval zřizování říše pravd a dober, tedy Platóna a především křesťanství. Svět, ve kterém je o všem předem rozhodnuto. Podle Nietzscheho patří k jednání neomezená vůle, která musí mít plné právo chtít jednat, řídit se svým rozhodováním. *„Vůle si žádá, aby jí bylo všechno dovoleno. Sama sobě klade měřítko hodnot, dobré je to, co chce ona“* (Blecha, 2004, s. 190). Nietzsche nabádá člověka, aby se zřekl všeho, co ho brzdí, především vnucovaná pokora, poslušnost a stal se tak nadčlověkem. Nietzsche chápe filozofa jako hledače. Pokud odstraníme všechny závoje pravdy, nezůstane pravda pravdou. *„Bůh je mrtev“* – není provokativní heslo, ale výzva pro člověka, aby nespolehal na pseudojistoty.

Zde narážíme na sociální výchovu, která je jednou za složek sociální pedagogiky. *„Rozhodující součástí sociální výchovy je naučit mladé lidi převzít osobní odpovědnost za vlastní jednání“* (Kraus, 2008, s. 184). Tato úloha není nikterak jednoduchá, vezmeme-li v úvahu společenské vzorce myšlení, které jsou mnohdy viníky, že se člověk (ať už dítě

či dospělý) vzdá svých autonomních zájmů, své vlastní vůle. Společnost tak mnohdy s jedincem manipuluje a tím se dopouští jeho proměny v bytost ne s autonomní, ale heteronomní vůlí a morálkou.

Vraťme se však k sociálně-pedagogickému myšlení ve středověku. Ideál člověka je spojován s církví a její snahou prosazovat lásku k bližnímu, soucit s bezmocnými a trpícími. To, co chybělo celému období starověku, tj. sociální cítění, pomoc druhému apod., to se snažilo vynahradiť křesťanství ve středověku. Křesťanská láska a pomoc bližnímu, soucit s nemocnými a trpícími (Hroncová a kol., 2008). Na základech bohaté historie péče křesťanů a katolické církve o chudé vyrůstá charita.

Jako největší myslitelé středověku a představitelé scholastiky jsou uváděni Augustinus Aurelius (raný středověk) a Tomáš Akvinský (vrcholný středověk), ovlivněný myšlenkami Aristotela. Akvinskému se podařilo smířit víru s rozumem. Znovuobjevené Aristotelovy spisy jsou ve středověku vykládány tak, že hlavním nástrojem poznání je filozofie a náboženství je pouze zprostředkovatel filozofických pravd. To bylo pro tehdejší západoevropskou církev nepřijatelné a tak byly Aristotelovi spisy ničeny. Proti pojetí, že filozofie je nadřazena náboženství, vystoupil právě Akvinský a hájil myšlenku, že jsou dva prameny poznání (pravdy) a to „*lidský rozum*“ a „*víra*“. Tím vyhověl potřebám katolického křesťanství, a tak jeho způsob filozofického vymezení bytí a boha byl uznán. Vzniká tomismus, oficiální učení katolické církve (Blecha, 2004, s. 55). Hroncová nazývá počín Akvinského jako „*syntézu Svätého písma a Aristotelovej filozofie*“.

Mezi významné osobnosti této doby, angažující se ve společenské oblasti a péči o druhé, patří i sv. Anežka Přemyslovna, která ve 30. letech 13. století zakládá špitál a klášter. Špitál v té době nesloužil pouze nemocným, ale také starým lidem a pocestným. Útočiště v něm našli chudí lidé, vdovy i sirotci. Anežka byla tvůrkyní velkých snů o porozumění, pochopení a ochotě pomoci. Akcentovala stejné kategorie jako sociální pedagogika. Historik Jaroslav Šebek nachází u Anežky dva rozměry. Prvním rozměrem její osobnosti je altruistický, který spatřuje v péči o chudé a nemocné. Kořeny altruismu v ní zanechala zřejmě výchova. Filozofie výchovy má z filozofických disciplín k sociální pedagogice nejbližší (Kraus 2008, s. 54). Filozofie poskytuje odpovědi na nejobecnější otázky vztahu člověka k přírodě, k druhým lidem, ke společnosti a k sobě samému. Výchova jako jedno z paradigmat pedagogiky bývá definována jako záměrné a cílevědomé působení na jedince. Filozofii výchovy můžeme tedy definovat jako vědeckou disciplínu, která řeší nejobecnější otázky výchovy a hledá odpovědi, jak výchovu realizovat, aby byla účinná a přínosná jak

pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Podle historiků byla Anežka do věku šesti let vychovávána v prostředí harmonickém a pozitivním. Druhý rozměr je veřejná angažovanost, kdy Anežka vstupovala i do politických otázek. Například napomohla ke smíru Václava I. a Otakara Přemysla II. Je tedy velkým vzorem i pro dnešní společnost a překonávání krizí prostřednictvím dialogu. Její rozhodnutí, inspirované Františkem a Klárou z Assisi, vzdát se majetku ve prospěch potřebných „*být je víc než mít*“. Od narození Anežky Přemyslovny uběhlo už více než 800 roků, přesto je její odkaz věnovat se druhému člověku stále aktuální. Svědčí o tom např. domovy sv. Anežky, které najdeme v Brně, ve Velkém Újezdě a v Týnu nad Vltavou.

O způsobu existence neboli modu bytí a vlastnění pojednává rozsáhleji E. Fromm v díle „*Mít, nebo být?*“. „*Ve vlastnickém modu štěstí člověka spočívá v nadřazenosti nad ostatními, ve vlastnictví moci a v neposlední řadě ve schopnosti dobývat, loupit a zabíjet. V modu bytí spočívá štěstí v lásce, sdílení a dávání*“ (Fromm, 2001, s. 100). Pro přežití člověk potřebuje mít, držet, používat určité věci. Tuto formu vlastnění nazývá Fromm „*existenční vlastnění*“, protože pochází z lidské existence. Opakem je „*vlastnění charakterologické*“, které je v konfliktu s bytím. Je zaměřeno na vlastnění a hromadění. Obrat od modu vlastnění k modu bytí byl a je vlastní více osobnostem.

Dále můžeme zmínit Zdislavu z Lemberka, která vyrůstala nejen na křižanovském hradě, ale i v Brně. O Zdislavě existují pouze dvě psané a zachované zprávy „*Kronika žďárská*“ a „*Kronika Dalimilova*“. Vzorem jí byla princezna Anežka, která dobrovolně vstoupila do stavu životní chudoby a řeholní odloučenosti. Nebyla však princeznou a rodina s ní měla zcela jiné plány. Podle dochovaných informací založila Zdislava špitály, ve kterých se starala o chudé a nemocné, čímž se aktivně zapojila do sociální práce.

V období vrcholného středověku se mezi mnichy a kněžími rozmáhá požívačnost oproti období ranému, kdy ostře kritizovali a odsuzovali bohaté a mocné a byli prodchnuti solidaritou. Rozvoj řemesel, obchodu, růst bohatství šlechty i církve a na druhé straně chudina, žijící ve stále větší bídě. Nejen tato skutečnost, ale i mnoho dalších přispívají ke změně postavení církve, vědy a člověka v dějinách lidstva.

1.3 NOVOVĚK

„Rozvoj řemesel a obchodu přiměl přemýšlivé hlavy, aby pátraly po reálnějším vědění, než předávaly klášterní školy. Kupecké počty, měření, vážení, kubatury, doprava, rozvoj stavitelské techniky jim kladly otázky, při jejichž řešení jim byly užitečné výsledky starých

Řeků a Arabů. Tato orientace se výrazně projevila ve volbě překládaných prací“ (Jurek, 1991, s. 6). Aristotelská nauka způsobuje návrat k antice. Nové vědění si vyžádalo nové školy a ukončuje období monopolu na vzdělání z rukou kněží. Jak je uváděno v literatuře, pro novověk je typický odklon od boha k člověku. Společnost se snaží o rozumové obrození člověka a odvrací se od asketických křesťanských názorů. Podle Štveráka (1993) se toto obrození evropského člověka označuje jako období renesance (lat. renascor = znovu se rodím) a humanismu (lat. humanus = lidský).

S obdobím renesance a humanismu jsou autory sociální pedagogiky spojování utopičtí socialisté T. More, anglický humanista a T. Campanella, italský filozof. Pro sociální pedagogiku má význam Morovo dílo „Utopie“. Ve druhém díle pojednává o dokonalém ostrově „Utopii“. Udržení pořádku na ostrově bylo úkolem výchovy a vzdělávání. Význam výchovy a vzdělání vyzvedá i T. Campanella v díle „Sluneční stát“.

Ve filozofii se objevují dvě roviny poznání a vede se spor, která ze dvou základních rovin poznání je významnější. O novověké vědě se mluví jako o vědě empirické. Empirismus (řec. empeiria – zkušenost), učení v teorii poznání, považuje za jediný pramen poznání smyslovou zkušenost. K významným představitelům tohoto proudu patří Francis Bacon, považovaný za předchůdce empirismu. „Bacon byl velkým bojovníkem proti předsudkům, které ovlivňují naše základní poznání. Rozdělil tyto matoucí předsudky, jimž říkal „idoly“, na čtyři třídy: idoly rodu, idoly jeskyně, idoly trhu a idoly divadla“.³ Tyto idoly popisuje v díle „*Novum Organon*“. Omyly a předsudky brání přístupu k pravdě. Proto naše myšlení musí být nejprve očištěno a osvobozeno (Blecha, 2004, s. 103).

Předsudky neboli předpojatost, názorová strnulost, emočně nabitě, kriticky nezhodnocené úsudky a z nich plynoucí postoje (Hartl, Hartlová, 2009), jsou součástí našich životů stále. Předsudky jakožto součást studia oboru sociální pedagogika by neměly při výkonu této profese bránit poznání skutečnosti.

„V pedagogickém ohledu Bacon žádá přizpůsobit vyučování individualitě žáků, zavést soustavný postup od známého a snadného k neznámému a nesnadnému a vůbec postavit vyučování na věcný základ. Proti staré výkladové dogmatické metodě učitelově klade

³ Idol jeskyně – předsudky způsobené osobním omezením. Idol rodu – předsudky způsobené omezením lidstva jako takového. Idol tržiště – předsudky způsobené nedorozuměním v komunikaci. Idol divadla – předsudky způsobené přehnanou úctou k tradici, autoritě a jejím nekritickým přebíráním.

Bacon metodu iniciativní, vycházející ze samostatného přemýšlení žáků“ (Štverák, 1988, s. 308). Bacon se mimo jiné zabývá i otázkou dokonalé společnosti.

Za nejvýznamnějšího empirika je považován John Locke, jenž proslul tvrzením: „*Nic není v rozumu, co nebylo dříve ve smyslech*“. Podle Locka je naše duše „*tabula rasa*“, na které jedině empirie píše všechna svá díla“ (Jůzl, 2010, s. 110).

Tento výrok boří myšlenky Deweye, který v dítěti vidí bytost aktivní. To do školy nevstupuje jako prázdný list papíru, ale má už jisté zkušenosti, zájmy a schopnosti. O tomto americkém filozofovi, pedagogovi, psychologovi a především reformátorovi bude pojednáno později.

Locke jako zakladatel senzualismu (z lat. sensus – počitek, cit, smysl) neřešil pouze otázku poznání, ale i výchovy a to ve spisu „*Úvahy o výchově*“. Toto dílo obsahuje písemné rady, jež Locke poskytoval svému příteli Edvardu Clarkovi ohledně otázek výchovy jeho syna. Na žádost nejen Clarka, vydává Locke tyto písemnosti jako knihu. Locke zastával individuální výchovu a to příkladem a působením prostředí. Výchovné názory opíral o bohatou empirickou základnu, vytvořenou vlastními výchovnými zkušenostmi (Singule, 1984).

Locke se zabýval výchovou mladého gentlemana, kde hlavní úlohu sehrává vychovatel. Ten by měl být vzdělaný a moudrý, znát dobré způsoby, být oblíbený ve společnosti a to především pro svoji taktnost, zdvořilost, čestnost a poctivost. Děti z nižších společenských vrstev mají být vychovávány k mravnosti a náboženství a vzdělávány ve školách pracovních. Locke a Rousseau jsou považováni za reformátory individuální výchovy.

Locke změnil pohled na mravní výchovu. Ta se již nemá opírat o náboženství, ale o empirii, tzv. empirické pojetí morálky, vyvozené z principu užitku a zájmů jedince. Dále se Locke zabýval teorií tělesné výchovy

Proti empirismu se staví racionalismus, jakožto učení v teorii poznání, hlásající, že smyslové poznání není dokonalé ke smyslovým klamům. do popředí staví rozum (latinsky ration) – racionalismus. René Descartes, další z největších myslitelů novověku a představitel racionalismu je znám výrokem: „*Myslím, tedy jsem*“ – „*Cogito, ergo sum*“. „*A protože pochybování je myšlení, je člověk subjektem („Já“): „věci“, která se realizuje myšlením („myslící věci“). Zatímco Descartes definuje člověka jako subjekt důrazem na jeho aktivitu poznávací, jeho pozdější pokračovatelé a kritici charakterizují subjektivitu (člověka) také skrze činnost praktickou*“ (Radvan, 2011, s. 88).

Po období humanismu a renesance (14. – 17. století) nastává období nové, nazývané osvícenství. Ve Všeobecné encyklopedii je nazváno jako boj „světla rozumu“ s tmou nevědomostí a předsudků. Hlavní myšlenkou této doby je idea dobra a spravedlnosti. V souvislosti s touto myšlenkou je autory sociální pedagogiky zmiňován J. A. Komenský, nazývaný „učitelem národů“, zakladatel pedagogického systému. Pro sociální pedagogiku je bezpochyby neopomenutelnou osobností. Jeho myšlenky, směřující k výchově jako prostředku nápravy společnosti, jsou celosvětově proslulé. Velký humanista a optimista, věřící ve všemoc vzdělání jako zprostředkovatele lidské dokonalosti. Dokonalý jedinec rovná se zdravá společnost, z čehož plyne harmonický svět. Komenský požaduje, aby byli učení všichni, všemu a všestranně, což je uvedeno v přehledu Pampaedie (Vševýchova), jedné ze sedmi částí rozsáhlého díla *„Obecná porada o nápravě věcí lidských“*, inspirativním dílem pro sociální pedagogiku. *„Zo sociálno-pedagogického hladiska sú zaujímavé najmä diela Vševýchova a Všenáprava.“* (Hroncová a kol., 2008, s. 33). Dále uvádí, že v teoretické rovině není sociálně pedagogický odkaz Komenského řádně rozpracován, ani náležitě doceněn.

V referátu *„K dějinám české sociální pedagogiky“* uvádí Jůzl (2014, s. 35) alespoň některá díla, v nichž lze vystopovat atributy sociální pedagogiky.

„Informatorium školy mateřské – rodinné prostředí a socializace dítěte v rodině, především v klíně mateřském,

Velká didaktika – socializace a vzdělávání jedince ve školním prostředí od šesti let ve škole obecné až po školu latinskou (gymnázium), či dokonce školu vysokou a cestování, a to všechny, ve všem všestranně (hochy i dívky, bohaté i chudé, bystré i tupé), vyjma vysoké školy a cestování, tu přisuzuje již jen chlapcům.

Brána jazyků otevřená – což tato brána nám neotevívá přístup k cizím jazykům a tím pádem i do celého světa, ovládám-li jazyk, latinu obzvláště?

Pansofická škola – škola vševědná

Orbis pictus (Svět v obrazech) – vždyť tato geniální „Dětská encyklopedie“ seznamuje jedince se základními pojmy, jež jej obklopují, a to názorně, podle zlatého pravidla vyučování.

A tak bychom snad v každém pedagogickém díle Komenského odhalili znaky sociální pedagogiky.“

O Komenském toho bylo napsáno a řečeno mnoho. Není tedy možné věnovat se tomuto velikánovi podrobněji. Souhlasím však zcela s myšlenkou Komenského, že díky výchově a vzdělání⁴ se člověk stane dobrým ze své podstaty, čímž dojde k nápravě nejen jednotlivce, ale celé společnosti a snad i celého světa. Jedině „zdravá“ společnost může vychovávat „zdravé“ jedince. Komenského myšlenky jsou zajisté velkou inspirací nejen pro sociální pedagogiku.

Novověká doba začíná tedy člověka chápat jako subjekt. První náznaky člověka jako subjektu můžeme nalézt už ve středověku a to u Tomáše Akvinského. Podle něho je člověk schopen „mít boha“, což znamená mít možnost myslet a svobodně se rozhodovat. Podle novověké filozofie být subjektem však znamená být člověkem popisujícím, vysvětlujícím, reflektujícím, jednajícím, ekonomicky aktivním, starajícím se.

Novověk nepřináší změnu jen ve filozofii, ale i ve společenském dění. Odklon od boha k člověku přináší změnu v pojetí výchovy. Jak už bylo zmíněno u Johna Locka, člověk je brán jako subjekt výchovného procesu a do popředí se posouvá myšlenka přirozeného rozvoje lidské individuality (Kraus, 2008, s. 10). Za průkopníka přirozené, svobodné výchovy můžeme považovat J. J. Rousseaua, který zasáhl do utváření novodobých názorů na výchovu a vzdělání. Jeho myšlenky o výchově a vzdělání nalezneme v třetí kapitole díla „*J. J. Rousseau a jeho pedagogický odkaz*“. Podle Rousseaua přicházíme na svět nerozumní, proto potřebujeme výchovu, kterou nám poskytují příroda, druzí lidé a věci. Tito tři učitelé musí být v souladu a sledovat jeden cíl, dobře vychovaného člověka. Byl zastáncem výchovy mravní a citové, na kterou měla navazovat sebevýchova (Cach, 1967). Rousseauovo dílo „*Emil aneb o výchově*“ bylo inspirací nejen pro tehdejší mládež ale i pro švýcarského pedagoga J. H. Pestalozziho, další významnou osobnost v historii sociální pedagogiky.

„*Už dlouho od jinošských let, dralo se mé srdce jako mocný proud za jediným cílem: ucpat pramen bídy, v které jsem viděl topit se lid všude kolem sebe*“ (Pestalozzi, 1956, s. 9). Stejně jako Rousseau byl i Pestalozzi zastáncem přirozené výchovy, což je patrné v jeho nemalém díle, které nám zanechal. V učení upřednostňoval metodu pozorování

⁴ „Vskutku vzdělaný člověk je ten, který rozumem chápe všechno, řečí vyjadřuje všechno a skutky znázorňuje všechno. Toto všechno umět je pravé vybroušení člověka, pravé vzdělání. Komenský, J. A. Obecná porada o nápravě věcí lidských. Praha: Svoboda, 1992, s. 79

a názornosti, nazírání samé přírody jako jediného základu lidského poznání. „*Děti! Svatě ctíme vaši božskou přirozenost. Nepoužijeme zlého násilí proti vašim vlohám a náklonostem. Nepřekážíme jim, ale rozvíjíme je. Nevkládáme do vás, co je v nás samých zkaženo, rozvíjíme ve vás to, co je ve vás nezkaženého*“ (Pestalozzi, 1956, s. 144).

J. H. Pestalozzi je významnou osobností jak teoretického proudu sociální pedagogiky (dílo „*Linhart a Gertruda*“, „*Jak Gertruda učí své děti*“), tak i praktického proudu sociální pedagogiky. Zřizoval ústavy pro bezprizorní děti⁵, které měly sloužit jako domov a škola zároveň. „*Chci žáka vyučit k povolání žít. Až vyjde z mých rukou, nebude pravda, ani soudcem, ani vojákem, ani knězem, ale bude především člověkem*“ (Pestalozzi, 1956, s. 57).

1.4 OD REFORMY PO SOUČASNOST

Stejně jako Rousseau tak i Pestalozzi patří k osobnostem reformní pedagogiky, mezi jejíž hlavní rysy patří mimo jiné pedocentrismus, jedna z koncepcí výchovy a vzdělávání. Jedním z hlavních představitelů pedocentrismu je americký filosof, psycholog a pedagog John Dewey.

Mezi pedagogické reformátory patří i E. Keyová, švédská spisovatelka, která vystupovala proti veřejné předškolní výchově, v níž spatřovala „továrny“ vychovávající děti bez ohledu na jejich individualitu ke „stádnosti“. Přikláněla se k filozofii Nietzscheho, což ji vedlo k pedagogickému anarchismu. Proslavila se především dílem „*Století dítěte*“. (Štverák, 1983, s. 234).

Definice reformy v Novém akademickém slovníku cizích slov zní následovně: „*úprava, změna, přeměna směřující k zlepšení nějakého stavu, veřejného zařízení a podobně*“.

Okrajově můžeme zmínit reformátory jako J. Husa, M. Luthera, M. Terrezii a jejího syna Josefa II., F. Kindermanna, J. Úlehlu, T. G. Masaryka.

„*Vývoj pedagogického myšlení a vyučovacích koncepcí procházel a dosud prochází etapami, z nichž některé byly více a jiné méně významné. V naší novodobé historii patřilo k těm nejvýznamnějším, období let 1918 až 1939. Bylo poznamenáno pedocentrickými vlivy a úsilím o školskou reformu. Doba, o níž jsme hovořily, přinesla do pedagogiky*

⁵ „Mějte dítě v úctě a neposuzujte je ukvapeně, ať už v dobrém, či ve zlém“

ušlechtilé myšlenky o úspěšnosti výchovy na základě pozitivních vztahů mezi vychovatelem a vychovávanými, upřednostňovala praktické poznávání nad teoretickým, byla zaměřena na osobnost jedince a jeho možnosti a meze. Nejen pro tyto z dnešního pohledu „moderní“ přístupy bychom měli o nedávné historii vzdělávání vědět a nechat se jimi přinejmenším inspirovat v našem každodenním pedagogickém působení, ať působíme v roli „řadového“ učitele, nebo mentora v sociálních či zdravotnických zařízeních“ (Svatoš, 2012, s. 75).

Moderní, sociálně akcentovanou pedagogiku, lze nalézt u již zmiňovaného Deweye, který pro svoji vědeckou práci čerpal látku z filozofie, etiky, psychologie a pedagogiky. Zastával názor, že vedoucím činitelem v pedagogickém procesu už není učitel, ale dítě. To v pedagogice představuje „slunce“, okolo kterého se má soustřeďovat celý pedagogický proces (pedocentrismus). Dewey považuje školu za pokračování domácího života dítěte, a proto v areálu školy zřizuje muzeum, knihovnu, laboratoře, školní pozemek a dílnu. V průběhu tvoření ve zmiňovaných zařízeních si dítě uvědomuje nedostatek vědomostí a tak je nuceno hledat poučení. J. Dewey zdůrazňoval, že ve výchovatelství teorii i praxi je nutno vycházet z daných společenských jevů, z daného společenského prostředí, které představuje nejmocnějšího činitele výchovy člověka (Štverák, 1983, s. 231).

Důraz na sociální dimenzi pedagogiky se objevuje na přelomu 19. a 20. století. Ona dimenze zdůraznila postavení dítěte a snažila se nalézt nové prostředky, formy a metody výchovy a vzdělávání.

V 19. století vzniká sociologie, jako samostatná věda o společnosti, jež ovlivnila pedagogiku. Dosavadní psychologizující pojetí pedagogiky a tvrzení, že vývoj dítěte je určován především vrozenými faktory, nahrazuje pedagogika sociální. Ta tvrdí, že na utváření osobnosti má vliv také prostředí a výchova. Sociální pedagogika se tedy začíná formovat koncem 19. století jako speciální pedagogický směr a svůj název získala podle označení A. Diesterwega (Klapilová, 1996). Podle J. Schillinga pojem sociální pedagogika poprvé použil K. Mager roku 1844, ale i A. Diesterweg roku 1850 (Hroncová, 2009, s. 36).

A. Diesterweg proslul didaktickým uměním, prosazoval školu emancipovanou od církevního dozoru. Jeho vyučování bylo živé, zajímavé a poučné. Jeho snahou bylo, aby žáci dosahovali jednoty „hlavy, srdce a ruky“. Věřil v moc výchovy a vzdělání. Snažil se doplnit a rozvinout odkaz Komenského, Rousseaua a Pestalozziho (Štverák, 1983, s. 144 - 146).

G. A. Lindner je podle Šveráka (1983) mnohými autory považován za největšího českého pedagoga po Komenském a patří k prvním protagonistům sociální pedagogiky. Postupně se Lindner odklání od herbatismu a ovlivněn Comtem se snaží vybudovat pedagogiku přirozenou a sociální. Z hlediska sociologie zastával myšlenku, že zlepšení hospodářských poměrů bude možné dosáhnout pouze výchovou. Ta musí spoléhat na dva činitele – na přírodu a na společnost. Pojem sociální pedagogika použil v díle *„Pedagogika na základě nauky o vývoji přirozeném, kulturním a mravním“*. Pro sociální pedagogiku mají význam především myšlenky zabývající se sociální funkcí výchovy. Lindner je řazen k teoretickému proudu sociální pedagogiky, stejně jako německý profesor pedagogiky a filozofie P. Natorp, považovaný za zakladatele teoretického proudu. Lindnerovo dílo bylo vydáno až po smrti, jeho žákem Klikou.

Natorp je autorem prvních teoretických prací o sociální pedagogice. V knize *„Sociální pedagogika“* jako první objasňuje její zaměření, úkoly a vztah k jiným vědám (Hroncová, 2009, s. 37).

Mezi české pedagogy, kteří měli vliv na rozvoj sociální pedagogiky, patří: O. Chlup, O. Kádner, J. Uher, A. I. Bláha a mnozí další.

Jako současné představitele české sociální pedagogiky uvádí Hroncová (2009) J. Semráda, S. Klapilovou, P. Klímu, D. Knotovou, J. Dočkala a další. Nejvýznamnějším představitelem současné české sociální pedagogiky je profesor Blahoslav Kraus. *„Blahoslav Kraus vystudoval Střední pedagogickou školu pro vzdělávání učitelů národních škol v Hradci Králové, následně Přírodovědeckou fakultu UP v Olomouci (1972), v roce 1981 ukončil aspiranturu na FF UK Praha v oboru sociologie výchovy, od roku 1983 jmenován docentem, v roce 1996 habilitace v oboru pedagogika na PdF UP v Olomouci a v roce 2001 profesorské řízení v oboru pedagogika na PdF UMB v Bánské Bystrici. Na Pedagogické fakultě, později Vysoké škole pedagogické v Hradci Králové a nyní na Univerzitě Hradec Králové působí od roku 1972, kde se věnuje především sociologii výchovy, sociální pedagogice, sociální patologii, ale i základům pedagogiky a metodologii pedagogiky. Byl hostujícím profesorem na UMB v Banské Bystrici a na Vysoké škole pedagogické ve Varšavě. V průběhu 40 let vysokoškolské práce publikoval více než 200 odborných statí a článků doma i v zahraničí.“* (Žumárová, 2013, s. 111).

2 POJEM SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Kde a kdy vznikl pojem „sociální pedagogika“? Odpověď na tuto otázku není jednoznačná. Někteří autoři (J.Schilling; Wroczynski) pokládají za zakladatele sociální pedagogiky J. H. Pestalozziho i přesto, že pojem sociální pedagogika nepoužíval (Hroncová; 2006).

Samotný pojem „sociální pedagogika“ bývá spojován s dvěma osobnostmi. K. Mager a A. Diesterweg jako první použili tento termín ve čtyřicátých letech devatenáctého století. Oba vycházeli z myšlenek a praxe Pestalozziho. Vzhledem k tomu, že žili ve stejných letech, mohli i spolupracovat. Jde pouze o moji domněnku, a zda je pravdivá není jednoduché potvrdit. Nepodařilo se mi dohledat jedinou zmínku, zda se někdo o možnosti spolupráce Magera a Diesterwega zajímal. Každopádně většina autorů uvádí, že pojem „sociální pedagogika“ – „Social-pädagogik“ byl poprvé použit v Německu.

Sociální pedagogika jako vědní obor se tedy začíná formovat v 19. století a hovoří se o dvou proudech, praktickém a teoretickém. Výše zmíněný Pestalozzi je považován za zakladatele proudu praktického a P. Natorp za zakladatele proudu teoretického.

Kdo a kdy poprvé užil pojem sociální pedagogika, není až tak důležité. Velkým přínosem a především úkolem pro sociální pedagogy dnešní doby je šíření informací o sociální pedagogice ve společnosti. Rozvíjení sociálně pedagogické práce, vytváření strategií, vizí.

Důležité je umět sociální pedagogiku definovat. Proto se nejprve podíváme na samotný pojem „sociální pedagogika“, z něhož lze následně vytvořit definici. *„Definuj, jinak budeš definován“.*

2.1 SOCIÁLNÍ

Pojem „sociální“ (z lat. socialis = společenský, společenství, družný) je v literatuře definován mnohokrát. Stěžejním pro všechny definice je širší a užší pojetí.

Velký sociologický slovník (1996, s. 1014) nepopisuje pouze pojem „sociální“ nýbrž pojmy „sociální a společenské“. *„Termíny sociální a společenské jsou používány často jako synonyma. Oba označují jevy vyskytující se ve společnosti, které jsou vázány na interakci mezi lidmi, jejich společnou činnost, na procesy sdružování a z toho vyplývající způsob života a formy organizace.“* Dále je zde pojednáno o „společenském“ jako o substantivu obsahově velmi širokém, zahrnujícím v sobě oblast ekonomickou, politickou, duchovní a jiné. Kdežto „sociální“ označuje oblast, v níž dominují problémy vztahu společnosti k individu, k jeho potřebám a problémům. Z tohoto dělení vychází použití slov

„společenské“ a „sociální“ jako adjektiv. Jako příklad je zde uvedeno: sociální politika, sociální inženýrství a jiné.

Podobně definuje pojem „sociální“ Klapilová (1996). Hovoří o dvou významech, přičemž první odpovídá anglickému nebo francouzskému „social“ a znamená společenský. Jde tedy o širší pojetí. Druhý, užší význam označuje jevy vyžadující nějaké řešení.

Hartlovi (2009, s. 548) definují „sociální“ následovně: *„Týkající se společenských vztahů, to, co je společné všem lidem, určitému společenství, též co se odtud vztahuje k jedinci.“*

Masarykův slovník naučný z roku 1932 uvádí dvojí pojetí termínu „společenský“. Širší pojednává o člověku jako bytosti sociální, společenské. V tomto smyslu se mluví o ideách, teoriích, naukách a vědách. Především pak o filozofii a sociologii. V užším pojetí se pojem „sociální“ týká „sociálně“ slabých, závislých, vykořisťovaných a jejich osvobození. V tomto užším pojetí není užíváno adjektivum „společenský“. Stejně jako je tomu ve Velkém sociologickém slovníku.

Na základě výše uvedených definic je možné zamyšlení, proč Mager a Diesterweg vybrali spojení „sociální pedagogika“ nikoliv „společenská pedagogika“. Také nad pojetím sociální pedagogiky. Zda by se měla zabývat pouze jednotlivcem nebo naopak celou společností. Tyto definice, stejně jako spousta jiných, v sobě skrývají původ dvou funkcí sociální pedagogiky. Preventivní (profylaktická), jež by měla směřovat k celé společnosti, a terapeutická (kompenzační), zaměřená už na daný problém, tudíž jednotlivce, popřípadě skupinu.

Ve filozofickém a pedagogickém slovníku se mi pojem „sociální“ nepodařilo dohledat.

Vymezení pojmu „sociální“ od více autorů obsahuje publikace Hroncové a Emmerové *„Sociálna pedagogika – vývoj a súčasný stav“*.

2.2 PEDAGOGIKA

Pojem „pedagogika“ vychází z řeckého Paidagogein = vést chlapce, vychovávat. Velký sociologický slovník (1996, s. 761) definuje pedagogiku jako vědu o výchově a vzdělávání, definující její procesy, cíle, předmět, prostředky a organizace. Do procesu výchovy a vzdělávání jsou zapojeni děti, mládež i dospělí. *„Člověk je „animal educandum“ a výchova je mechanismem jeho zespolečňování a přenášení kultury, které zprostředkuje, a je podmínkou existence a trvání společnosti.“*

Podobně definuje „pedagogiku“ i Průcha (2013, s. 198). *„V odborném významu věda (teorie a výzkum) zabývající se vzděláváním a výchovou v nejrůznějších sférách života společnosti. Není tedy vázána pouze na vzdělávání ve školských institucích a na populaci dětí a mládeže.“*

Nijak podstatně se od dvou výše uvedených definic pedagogiky neliší definice manželů Hartlových. Navíc přidávají hodnotu podstatě a zákonitostem výchovy, usměrňující utváření psychických procesů, schopností a vlastností člověka.

2.3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Sociální pedagogika obsahuje adjektivum „sociální“ a substantivum „pedagogika“. Zjednodušeně lze tedy sociální pedagogiku definovat jako vědu, která klade důraz na sociální, společenské souvislosti výchovy. Zde se vracíme k samotným kořenům sociální pedagogiky do starověkého Řecka.

Někdy se může zdát, že samotná pedagogika vzhledem k jejím cílům a subjektům je sociální. Kraus (2008) uvádí autora Gallu, který v díle „Úvod do sociologie výchovy“ hovoří o tom, že veškerá pedagogika je sociální. Sociální pedagogika je velmi významnou disciplínou pedagogiky. Zajímá se velmi rozsáhlým okruhem problémů, spjatých s výchovným působením. Ať už se jedná o poruchy funkce rodiny, delikvenci a agresi ve školním prostředí, osoby ohrožené drogami, postpenitenciární péči, sociálně vyloučené, bezdomovství apod. V tom případě hovoříme o funkci terapeutické neboli kompenzační.

Hroncová (2009) zdůrazňuje potřebu výše zmíněným sociálním problémů předcházet, než je pouze řešit. Vyzdvihuje tak druhou důležitou funkci sociální pedagogiky a tou je prevence neboli profylaxe.

Sociální pedagogika je disciplínou jak sociální tak pedagogickou. Můžeme tedy hovořit o dvou pilířích, sociálním a pedagogickém. Přičemž druhý zmiňovaný je stěžejní, jelikož sociální pedagogika je disciplína pedagogická, jak už bylo výše zmiňováno.

Jak tedy obhájit sociální pedagogiku jako samostatnou vědní disciplínu? Začněme třeba u výchozích pozic obou disciplín. Ta je na rozdíl od pedagogiky u sociální pedagogiky vždy jiná a to vlivem prostředí. Pedagog má předem danou didaktiku, tedy cíle, obsah, metody a organizační formy, kterých by se měl držet, a zároveň je jimi veden. Sociální pedagog musí nejprve poznat prostředí, ve kterém působí nebo bude působit. Sociální pedagog plánuje a organizuje svoji činnost přímo v terénu a to vždy s ohledem na konkrétní situaci a prostředí. Kraus (2001) definuje „situaci“ jako souhrn okolností, podmínek vztahujících se k někomu, k něčemu v určité době. O prostředí a jeho vlivu na jedince blíže pojednává například publikace „Člověk, prostředí, výchova“. Zde je životní prostředí člověka definováno jako prostor zahrnující vztahy, materiální a duchovní systémy, s nímž je člověk ve vzájemném působení, tj. působí na člověka a ovlivňuje jeho vývoj. Naopak, člověk na tyto podněty vždy nějakým způsobem reaguje, přizpůsobuje se jim a zároveň je svojí aktivitou mění.

Kraus (2000, s. 71) vidí specifika sociální pedagogiky ve srovnání s tradiční pedagogikou v objektech výchovy, cílech výchovy, v metodách a prostředcích výchovy.

- a) *Objekty výchovy* – akcent je kladen ne na jedince, ale na sociální skupiny, a to různého charakteru (profesní, různé komunity, minority, vrstevnické skupiny apod.). Jedince jako objekt výchovného ovlivňování je pojímán v širších souvislostech prostředí, ve kterém žije.
- b) *Cíle výchovy* – je preferována orientace na altruistické jednání, filantropistické cítění, spolupráci a vzájemnou pomoc, především pomoc „slabším“, tendence demokratizace a humanismu.
- c) *Metody a prostředky* – jsou upřednostňovány postupy, které vychovávaného neovlivňují přímo, ale prostřednictvím podmínek, prostředí, využívání interpersonálních vazeb, režimu apod.

Tradiční pedagogika je někdy pojímána jako výchovný proces odtržený od života. Sociální pedagogika je oproti pedagogice věda mnohem dynamičtější. Jelikož klade důraz na společenskou souvislost výchovy, nemůže zde být o dynamice pochyb. Dynamika je charakteristická jak pro sociální pedagogiku, tak i pro dnešní společnost. Definicí

společnosti nalezneme nepřeborné množství. Pro tuto chvíli se mi však jeví výstižné pojetí společnosti tak, jak ji vystihl náš současný sociolog Jan Keller. Podle něj společnost ve skutečnosti neexistuje a empiricky se vyskytují pouze jednotlivci (Keller, 2010). Jestliže tedy hovoříme o vzrůstající dynamice společnosti, nehovoříme o ničem jiném, než o dynamice jednotlivce. Dynamika vědy a techniky strhává ke stále větší dynamice ne společnost, ale jak uvádí Keller, jednotlivce. Ten prudkému rozvoji vědy a techniky přestává stačit a tak se mu věda místo oporou stává ohrožením.

Špánik hovoří o procesu narušování tradic ve všech sférách života, tudíž i proces výchovy a vzdělávání nových generací je narušen. Od školy a učitele se tak očekává, že si s problémy, které sebou dnešní doba přináší, dokáže poradit v celé jejich šíři. Škola se tak může účastnit na společenské spoluzodpovědnosti, sociální angažovanosti a spoluúčastní žáků na utváření vlastního života. Tyto požadavky může podle Špánika učitel plnit pouze s aktivní pomocí sociálního pedagoga, který zajišťuje jak sociální poradenství, tak sociálně-pedagogickou péči o žáky.

„Nejde však jen o masovost výskytu sociálně patologických jevů, jako o důvod účinkování sociálních pedagogů na tomto poli. Sociální pedagogové jsou schopni z imanence svých profesních profilů velmi účinně pracovat na této ožehavé půdě. Komplexní profesní způsobilost a způsob jejího ovládnutí nepochybně postupem doby rozhodnou, zda sociální pedagogové jsou vhodným a účinným typem pracovníků.“ (Hřebíček, 2000, s. 14)

Podle Krause (2014) jedním z úkolů současné sociální pedagogiky je pomoc při hledání identity, vnitřního zakotvení v této rychle se měnící době. Sociální pedagogika by měla pomáhat těm, kteří tomuto tempu nestačí. Kraus také zmiňuje pojem „resilience“, který lze podporovat u všech věkových skupin. Jedná se jak o dispozice jedince, tak i faktory prostředí, mezi něž můžeme zařadit sociální oporu, kterou nabízí nejen rodina ale i profesionálové, tedy i sociální pedagogové.

Sociální pedagogika je vědní disciplína praktická i teoretická. Podle Haškovce (2000) by mohla pokrýt prostor mezi sociologií a pedagogikou, výchovou a životem.

Pro současnou sociální pedagogiku je tedy příznačné, že se zabývá nejen jedinci, ale celou populací. Do popředí se dostává funkce preventivní. Prevence může buď podporovat pozitivní činnost, nebo naopak tlumit a to negativní vlivy. Sociální pedagogika chápe člověka jako subjekt a tudíž aktéra daného procesu. Podle Bakošové (2009) je novým paradigmatem sociální pedagogiky **pomoc – svépomoc – sebevýchova**.

Tuto kapitolu bych uzavřela slovy Václava Bělohradského, že člověk by měl využít všechny své možnosti, které nám doba dává, aby i jiní lidé měli více možností. Žít ve světě, který si definujeme sami, který nám není definován druhými. Usilovat o to, abychom se mohli podílet jak na definici svého světa, tak i sebe sama.

2.3.1 Definice sociální pedagogiky

Sociální pedagogika má velmi široký předmět zájmu, z toho důvodu je definicí „*sociální pedagogiky*“ jako multidisciplinárního, společenskovědního oboru několik. Definice v sobě odráží proudy a směry, kterými se jednotliví autoři zabývají. Uvádím zde pouze dvě definice, Krause a Bakošové.

„Krausova sociální pedagogika se zaměřuje nejen na problémy patologického charakteru, marginálních skupin, částí populace ohrožených ve svém rozvoji a potencionálně deviantně jednajících, ale především na celou populaci ve smyslu vytváření souladu mezi potřebami jedince a společnosti, na utváření optimálního způsobu života v dané společnosti.“ (Kraus, 2001, s. 12)

„Sociální pedagogiku Bakošové lze vymezit jako sociální pomoc a do jejího předmětu lze zahrnout také problematiku sociálně-patologických jevů, romskou problematiku, problematiku sociálně i mravně narušených dětí a mládeže a i jiné problémy. Důraz by měl být kladen zejména na preventivní rozměr sociální pedagogiky“ (Bakošová in: Hroncová 2005, s. 112).

Definici Krause lze zařadit mezi tzv. širší pojetí sociální pedagogiky, které se orientuje na celou populaci, na rozdíl od definice Bakošové, kdy se jedná a užší pojetí. To váže sociální pedagogiku na problematiku rizikového chování, vyskytujícího se u jedinců či skupin.

Současní čeští a slovenští autoři zastávají širší pojetí sociální pedagogiky. Sociální pedagogika se tak zaměřuje nejen na problémy patologického charakteru, ale na celou populaci ve smyslu vytváření souladu mezi potřebami jedince a společnosti.

3 SOCIÁLNÍ PEDAGOG

Sociální pedagogiku ať už jako praktickou či teoretickou disciplínu vytváří, formuje a definuje sociální pedagog. Kdo je sociální pedagog? Absolvent bakalářského nebo magisterského studia oboru sociální pedagogika.

Pedagogická fakulta Masarykovi univerzity v Brně nabízí studium na katedře sociální pedagogiky a filozofické fakultě. Studium je zaměřeno na rozvoj sociálních a volnočasových kompetencí studentů pro práci s nejrůznějšími skupinami v rámci primární, sekundární i terciární prevence a intervence.

Institut mezioborových studií v Brně na základě společné akreditace s Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nabízí rovněž studium v programu Specializace v pedagogice, obor Sociální pedagogika. Zde je studijní obor sociální pedagogika definována jako mezioborová vědní disciplína, která je průnikem několika společensko vědních oborů, jako je sociologie, pedagogika, psychologie, filozofie a právo. Cílem studia není pouze umění orientovat se ve všech disciplínách, jež obor nabízí. Jde také o celkovou kultivaci osobnosti studenta.

Sociální pedagogiku je možné studovat také v Praze. Univerzita Karlova nabízí tento obor na filozofické fakultě a husitské teologické fakultě. Absolventi jsou po ukončení studia tohoto oboru schopni sociální práce, sociálně výchovného působení a sociálně pedagogické práce. Dokáží řešit různé sociální a sociálně zdravotní problémy klientů, podílí se na poskytování výchovného a sociálně právního poradenství, výchovné činnosti zaměřené na vytváření a rozšiřování žádoucích dovedností a návyků.

Obor „Sociální pedagogika“ lze tedy v ČR studovat na několika vysokých školách. Výše jsou uvedeny pouze tři, nejedná se tedy o celkový výčet. Institucionální zajištění sociální pedagogiky popisuje podrobněji Pedagogická encyklopedie. S uplatněním sociálního pedagoga v praxi je situace poněkud složitější.

Se studiem sociální pedagogiky v ČR není problém. Ten nastává až s výkonem profese „Sociální pedagog“. NSP (národní soustava povolání) v katalogu povolání profesi „Sociální pedagog“ neobsahuje. Stejně tak tuto profesi nenajdeme v nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě nebo v zákonu č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. Podle tohoto zákona lze s vysokoškolským vzděláním v oboru sociální pedagogika vykonávat profesi

„vychovatel“. Podle Krause bylo vynaloženo velké úsilí o zařazení sociálního pedagoga do katalogu profesí, přesto ho v něm stále nenajdeme.

Německý sociální pedagog Schilling (in Bakošová, 2005, s. 180) v souvislosti so sociálním pedagogem uvádí: „Sociální pedagogika se dotýká všech, začíná u problémů, zasazuje se o lepší kvalitu života, podporuje lidskost, zahrnuje všechny věkové skupiny, vytváří společnost. Všichni potřebujeme sociální pedagogy!“

3.1 DEFINICE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA

Definovat sociálního pedagoga není tedy jednoduché. Jak definovat profesi, která vlastně neexistuje? I přesto, že „sociální pedagog“ není jako profese zakotven, jeho definice existují.

Absolvent magisterského studia oboru sociální pedagogika, také oboru pedagogika, specializace sociální pedagogika. Je to odborník, kterého všeobecné kompetence spočívají v pomoci dětem, mládeži, rodičům, dospělým v situacích narovnání deficitu socializace a hledání možnosti zlepšení kvality života dětí, mládeže a rodin prostřednictvím výchovy, vzdělávání, prevence, poradenství (Bakošová, 2006, s. 24).

Pracovník na profesionální úrovni řídí a organizuje výchovný proces a působí na subjekty ve dvou rovinách:

1. **Integrační** – sociální pedagog se zaměřuje na osoby (klienty), jež potřebují odbornou pomoc a podporu (lidé v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení, kteří se stávají pro okolí překážkou).
2. **Rozvojová** – sociální pedagog podporuje a upevňuje žádoucí rozvoj osobnosti, který by měl směřovat ke správnému životnímu stylu a hodnotnému a užitečnému naplňování volného času; pak jde vlastně o sociální prevenci, která se týká celé populace, zejména však dětí a mládeže (Kraus, 2008, s. 199).

Pojmy „profylaxe“ a „kompenzace“ pocházející od polských autorů Wroczynského a Radlinské se staly mimo jiné (korekční, tutoriální, distributivní) hlavními funkcemi sociální pedagogiky. Vycházíme-li ze dvou základních funkcí sociální pedagogiky, pak nalezneme dvě základní funkce sociálního pedagoga – integrační a rozvojovou. Tyto dvě funkce nalezneme v Krausově definici sociálního pedagoga uvedené na předcházející straně.

3.2 VYMEZENÍ PROFESE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA

Definice „sociálního pedagoga“ podle Bakošové a Krause jsou uvedena výše. Nyní je tedy třeba pokusit se o vymezení samotné profese sociálního pedagoga. Nejdříve se podívejme na samotný pojem „profese“.

Profese – (z lat. *professio* = přiznání k povolání, k řemeslu) – česky **povolání**, také ale **odbornost**, **respektive odborností**, **odbornou přípravou podložené povolání**. Pojem profese se vztahuje k **pracovním rolím** (Velký sociologický slovník, 1996, s. 852).

Profese - druh pracovní činnosti vykonávané jako základní povolání je Hartlovými definována jako určující faktor sociálního statusu člověka. Dospělý člověk je posuzován podle profese, kterou vykonává. Mladý člověk dle profese, na kterou se připravuje (Hartl, Hartlová, 2009).

„Profese je určitý druh pracovní činnosti vyčleněný na základě dělby práce. Jde o relativně stabilizovaný soubor činností, které vyžadují specifické schopnosti jedince a jejichž výkon je podmíněn odbornou přípravou“ (Nový, 2006, s. 222).

Podle Nového lze profesi charakterizovat z několika hledisek:

- technické hledisko (využití technických prostředků a nástrojů),
- ekonomické hledisko (úspěšnost profese na trhu práce),
- právní hledisko (zda je příprava a výkon profese upravena právními normami),
- psychologické hledisko (důležitost osobnostního vývoje jedince),
- sociologické hledisko.

Podle Krause jsou pro sociální pedagogiku stěžejní hlediska psychologické a sociologické.

Psychologický aspekt – individuální charakteristiky a osobnostní předpoklady sociálního pedagoga.

Sociologický aspekt – společensko-ekonomické, kulturní a politické podmíněnosti vzniku, významu, působení a zániku profese (Kraus, 2008).

Z uvedených definic „profese“ vyplývá, že profesi sociálního pedagoga může vykonávat odborně připravený jedinec, v našem případě se jedná o absolventa bakalářského nebo magisterského vysokoškolského studijního oboru „sociální pedagogika“. Profesi lze také vidět jako společenskou prestiž neboli společenský význam povolání. Pro vymezení pojmu

profese sociálního pedagoga je ale důležitý obsah dané profese, *charakteristika pracovních činností a kompetencí*, a v neposlední řadě *funkce neboli úkoly profese sociálního pedagoga*.

3.2.1 Charakteristika pracovních činností

Definice Nového (2006) hovoří o tom, že profese je relativně stabilizovaný soubor činností. Profese sociálního pedagoga je však pestrou paletou činností. Jak už bylo zmíněno v kapitole „*Sociální pedagogika*“, sociální pedagog plánuje a organizuje svoji činnost většinou přímo v terénu. Přičemž každá situace neboli souhrn okolností, osob a vztahů mezi nimi jsou vždy originální, jedinečné, neopakovatelné.

Tvořivost (kreativita) proto patří k vlastnostem sociálního pedagoga, projevující se duševními procesy, vedoucími k nápadům, řešením, kompetencím, teoriím či výrobkům (Hartl, Hartlová, 2009).

Kraus (2008) shrnuje pracovní činnosti sociálního pedagoga do tří základních skupin:

1. výchovné působení ve volném čase,
2. poradenská činnost vykonávaná na základě diagnostiky problému či životního problému,
3. reedukační a resocializační péče, práce v terénu.

Dále hovoří o činnostech zaměřených na různé věkové kategorie (děti, mládež, dospělí, senioři), organizační, manažerské, koncepční a výzkumné činnosti.

Osobně bych k výše uvedeným činnostem přidala aktivitu spojenou se *zvyšováním kvalifikace*. K širokým možnostem uplatnění profese sociálního pedagoga pokládám zvyšování kvalifikace za nutnost.

Autoři sociální pedagogiky stále více kladou důraz na preventivní funkci sociální pedagogiky. Například Schilling (in: Bakošová, s. 36) zdůrazňuje, že sociální pedagogika by měla být pedagogikou „*pozitivní*“. Neměla by se zabývat pouze sekundární a terciální prevencí. Pozornost by měla být věnována především prevenci primární. Důležitou činností sociálního pedagoga je tedy i *vytváření preventivních programů*. Současná sociální pedagogika tak zdůrazňuje potřebu předcházet vzniku negativních jevů ve společnosti a ne je pouze řešit. Při řešení už vzniklých sociálních problémů by se sociální pedagogika měla zaměřit na vytváření programů vedoucích ke svépomoci.

Pro výkon výše uvedených činností by měl sociální pedagog disponovat určitými kompetencemi.

3.2.2 Kompetence sociálního pedagoga

Nejprve k samotnému pojmu „kompetence“. Podle Kubeše (2004) je zvýšený zájem o pojem „kompetence“ datován rokem 1973, kdy vyšel článek amerického psychologa Davida McClellanda. Ve zmiňovaném článku upřednostňuje význam kompetence před inteligencí.

Pojem kompetence je užíván ve dvou významech. Kompetence jako pravomoc udělená člověku zvenku, na základě konsenzu druhých. Druhý význam slova kompetence zdůrazňuje vnitřní kvalitu člověka, schopnost vykonávat nějakou činnost a víceméně nezávislou na venkovním světě.

Podobně definuje kompetenci Tureckiová (2004, s. 29) *„Pojem kompetence bývá používán pro označení pravomoci činit rozhodnutí a z této pravomoci vyplývající odpovědnosti za důsledky přijatých rozhodnutí.“*

Autoři tak dělí kompetence následovně:

- Kompetence jako soubor rozhodovacích pravomocí a z nich vyplývající odpovědnost za důsledky.
- Kompetence jako vyjádření obecné schopnosti.

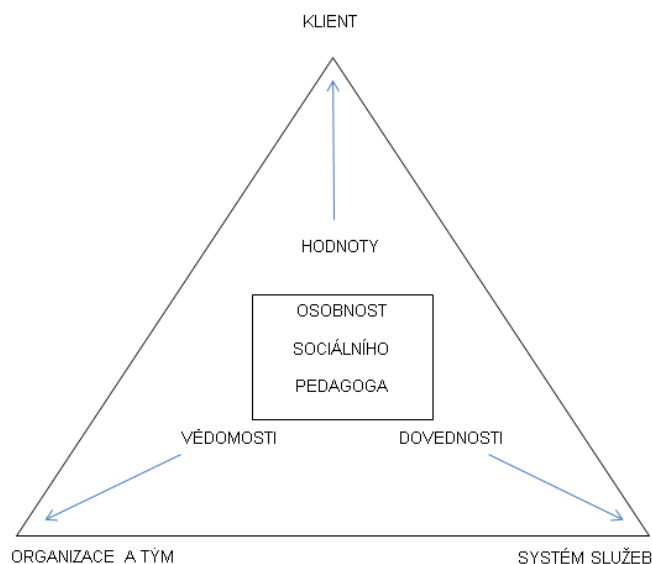
Nejedná se však o jediné definování kompetencí. Podle Woodruffa (in Mlčák, 2005, s. 32) je pracovník kompetentní pouze tehdy, jsou-li splněny tři základní podmínky. První dvě se týkají osobnosti pracovníka, třetí situačních charakteristik pracovního procesu:

- **Pracovník disponuje** vlastnostmi, schopnostmi, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, které jsou k takovému chování nezbytné, tj. pracovník má určitou kompetenci.
- **Pracovník je motivován** takové chování použít, spatřuje v takovém chování hodnotu či smysl, tj. pracovník chce určitou kompetenci využít.
- **Pracovník má možnost** v daném prostředí takové chování použít, tj. pracovník může určitou kompetenci skutečně využít, neboť mu to jeho pracovní podmínky dovolují.

Můžeme tedy říci, že v nejširším významu vyjadřuje kompetence schopnost či způsobilost chovat se určitým způsobem.

Sociální pedagogika bývá často spojována se sociální prací, proto se můžeme nechat inspirovat profesními kompetencemi v sociální práci.

- Kompetence ve vztahu ke klientům (jednotlivci, skupiny, komunity, společnost).
- Kompetence ve vztahu k pracovní organizaci a pracovnímu týmu.
- Kompetence ve vztahu k systému služeb (Mlčák, 2005, s. 44).



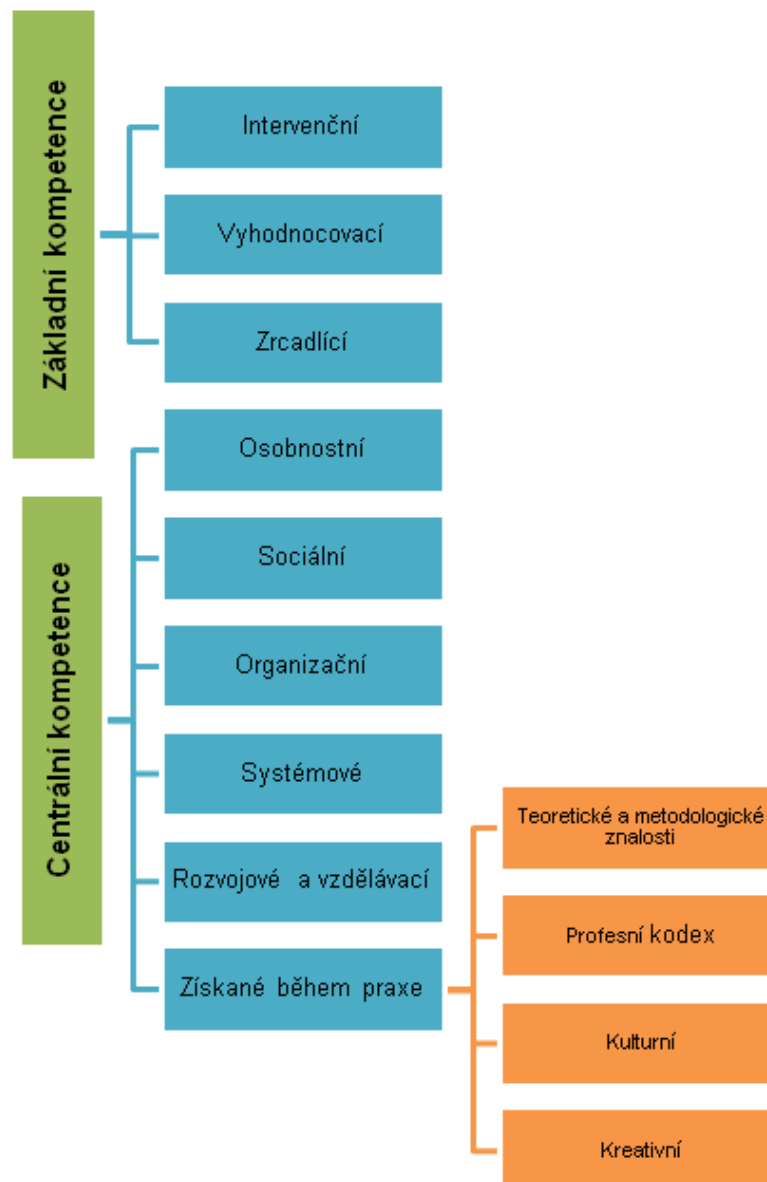
Obrázek 1. Základní pojetí profesních kompetencí (zdroj: Mlčák, 2005, s. 44)

Pokud se zaměříme na sociální pedagogy, pod **vědomosti** by mohly spadat všeobecné znalosti: filosofie, sociologie, pedagogiky, kultury; právních norem a zákonů relevantních pro sociálně pedagogickou práci; speciální pedagogiky; sociální pedagogiky; managementu; personalistiky.

V oblasti **dovedností** pak hovoříme o: kompetenci sociální; kompetenci ve vztahu k vlastní osobě; diagnostické kompetenci a o kompetenci v oblasti metod.

Proto, aby jedinec mohl své kompetence a to především profesní kompetence dále rozvíjet, potřebuje v neposlední řadě „zdroje“. Využívání všech dostupných zdrojů vede podle Vetešky (2008, s. 42) k žádoucímu pracovnímu chování, které je odrazem žádoucích postojů pracovníků k organizaci, klientům, společnosti i sobě samému.

AIEJI (International Association of Social Educators) rozděluje kompetence sociálního pedagoga na základní „fundamental competences“ a centrální „central competences“.

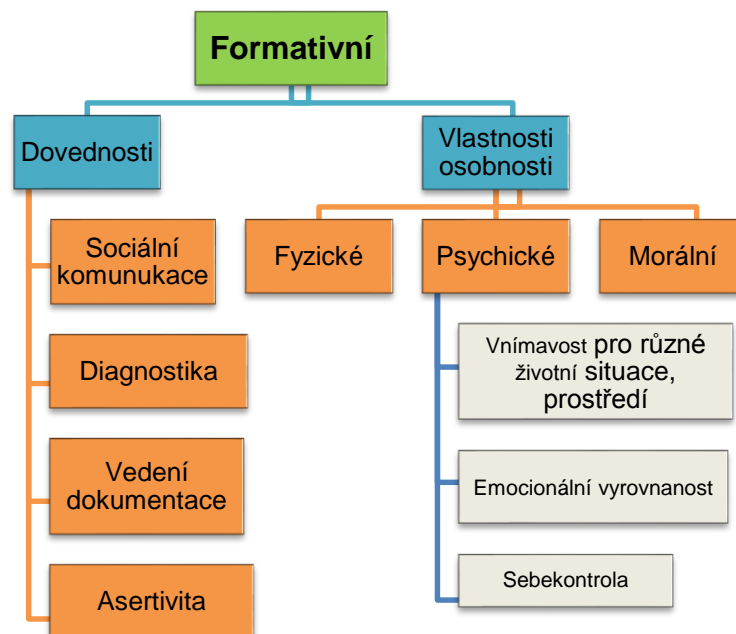


Obrázek 2. Profesní kompetence sociálního pedagoga podle AIEJI (zdroj: <http://www.aieji.net>)

Kompetencemi sociálního pedagoga se ze současných autorů zabývá i Kraus (2008), který kompetence definuje jako vědomostní výbavu, spektrum praktických dovedností a profesionálně – etickou identitu. Kompetence tak dělí na **informativní** a **formativní**. Mezi informativní kompetence řadí všeobecné znalosti (obecná pedagogika, psychologie, sociologie, filozofie, vědomosti biomedicínské, poznatky z oblasti sociální politiky, práce a práva) a speciální znalosti (sociální pedagogika, pedagogika volného času, teorie komunikace aj.).



Formativní kompetence dělí na dovednosti a vlastnosti osobnosti.



Obrázek 3. Model kompetencí sociálního pedagoga (zdroj: Kraus, 2001; Kraus 2008)

3.2.3 Rámec pro funkci sociálního pedagoga v resortu zdravotnictví

3.2.3.1 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení lze rozdělit do dvou základních skupin a to na státní, kdy zřizovatelem je ministerstvo zdravotnictví, a nestátní, zřizovatelem je obec, fyzická osoba, církev či jiná právnická osoba. V roce 2012 bylo podle Registru zdravotnických služeb (RZZ), jehož provozovatelem je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), 213 státních zařízení a 28 540 nestátních, jenž se řídí zákonem České národní rady č. 160/1992 Sb.

Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který nabyt účinnosti od 1. 4. 2012 a nahradil dosud platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.

3.2.3.2 Pracovníci a zdravotnické vzdělávání

Podmínky pro získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta stanovuje zákon č. 95/2004 Sb. Nelékařští pracovníci ve zdravotnictví jsou podle zákona č. 96/2004 Sb. rozdělení do skupin na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (ZPBD) § 5 - § 21, zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (ZPSZ) § 21 - § 28, zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) § 29 - § 42 a jiné odborné pracovníky (JOP) § 43 - § 44.

3.2.3.3 Profese „sociální pedagog“ ve zdravotnictví

Na základě skutečnosti, že profese „sociální pedagog“ není v České republice legislativně zakotvena, by sociální pedagog mohl vykonávat povolání „zdravotně - sociální pracovník“ (zákon č. 96/2004 Sb., § 10). Podmínkou je absolvování akreditovaného kurzu pro zdravotně sociální pracovníky, který v sobě zahrnuje jak teoretickou část, tak i odbornou praxi, zajištěnou ve zdravotnickém zařízení. Studium je jednoleté, dálkové. Znalosti získané daným kurzem jsou následující: základy práva ve vztahu ke zdravotnické legislativě; základní principy organizace a řízení zdravotnictví; základní znalosti klinických oborů; projevy duševních nemocí a sociální problematiku spojenou s těmito chorobami; sociální aspekty, provázející řadu onemocnění; stavy po úrazech; specifika

péče o geriatrické klienty; specifika péče o dětské klienty. Po absolvování zákonem stanovaného studia je zdravotně sociální pracovník připraven k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. „Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“

Dovednosti a postoje zdravotně sociálního pracovníka: řešení sociální situace klientů vzniklých v souvislosti s onemocněním nebo zdravotním postižením; komunikativnost na odborné úrovni, znalost základní latinské terminologie; dodržování etického kodexu.

Uplatnění zdravotně – sociálního pracovníka je široké, např. v nemocnicích, ošetrovatelských centrech, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v zařízeních pro seniory, hospicích aj.

„Sociální pracovník“ – povolání, se kterým je sociální pedagog spojován nejčastěji. Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Definicí „sociálního pracovníka“ vymezuje § 109. Výkon tohoto povolání je možný na základě vyššího odborného vzdělání nebo vysokoškolského vzdělání v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu a to v následujících oborech: sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost (zákon č. 108/2006 Sb., § 110). V současné době je snaha ke konvergenci sociální práce a sociální pedagogiky. Přesto si myslím, že je důležité, aby si každý obor zachoval svoje specifikum. Sociální pedagogika se snaží zaměřit na rozvoj klienta, na jeho postoje a hodnoty řešení problémů, na dlouhodobou pomoc vedoucí ke změně osobnosti a plnění preventivní funkce, takže pracuje i s jedinci, kteří se nenachází v tíživé situaci. Podle Čecha a Čerstvé (In: Pukýšová, 2012) řeší sociální práce aktuální problémy („ted' a tady“), pomáhá uspokojovat základní potřeby a zaměřuje se na skupinu klientů, která pomoc akutně potřebuje.

Ve zdravotnictví lze funkci sociálního pracovníka spatřovat v uspokojování fyziologických potřeb. Sociální pedagog by tak mohl navázat na práci sociálního pracovníka a rozvíjet sociálně pedagogickou činnost. Jednalo by se tedy o úzkou spolupráci těchto dvou profesí, nikoli však o sjednocení.

Velkým přínosem pro sociální pedagogiku by tedy bezpochyby bylo uznání a legislativní zakotvení profese „*sociální pedagog*“. Momentálně je možné nalézt pojem „sociální pedagogika“ pouze v souvislosti se studijním oborem.

Sociální pedagog jako součást multiprofesního týmu

Proč a z jakých důvodů by měl být sociální pedagog součástí týmu nemocničního oddělení? Mareš (2000, s. 17) při úvaze nad hledáním identity sociální pedagogiky, hovoří o třech slabínách. „*Vnitřní nejednotnost*“, vyznačující se vyhraněnými názory na řadu aspektů sociální pedagogiky těch, kteří v oboru pracují, a jenž na nich trvají. „*Neexistence zřetelné profese*“ přestože profesi, kde jsou přítomny sociálně pedagogické aspekty, je mnoho. „*Myšlenková uzavřenost*“ jako snahu vymezit identitu sociální pedagogiky tradičně ve třech okruzích: oproti pedagogickým oborům, sociologickým oborům a sociální péči. Kot'ra nabízí čtvrtý tematický okruh a to vymezení sociální pedagogiky vůči medicínskému oboru – sociálnímu lékařství.

Tato myšlenka nabízí další myšlenku a tou je užší propojení medicíny se sociální pedagogikou. Přijmout tak novou dimenzi působení. Doposud se o spolupráci sociální pedagogiky a medicíny píše pouze v širším pojetí a to jako možnost uplatnění sociálního pedagoga v resortu zdravotnictví. Kraus (2008) při výčtu institucí, jež se sociálními pedagogy počítají, zmiňuje i zdravotnictví a jmenuje rehabilitační zařízení, kontaktní protidrogová centra apod. Blíže tuto problematiku nerozvíjí. Podobně je tomu i u dalších autorů.

Sociální pedagogika je autory řazena mezi pomáhající profese. Roesler (in: Bakošová, 2000, s. 34) uvádí dva typy pomoci. První nazývá: „*Pomoc při běžných životních situacích*“, druhou: „*Pomoc v osobních situacích*“. Právě druhý zmiňovaný typ je mimo jiné definován i jako pomoc v nemoci. Podle Lorencové (2000, s. 79) pomáhající profese dnes v podmínkách České republiky mimo jiné reprezentují zejména lékaři a zdravotní sestry. Tím se dostáváme opět do zdravotnictví. Proč tedy k lékařům a sestram nepřidat i sociálního pedagoga a vytvořit tak multiprofesní tým? Nad otázkou multiprofesního týmu se zamýšlí i Kendall (In: Jones a kol., 2013, s. 48), který se ptá, zda je multiprofesní tým „polévka“ v němž jsou všechny různé profesní příspěvky smíchány dohromady a tak se stávají méně identifikovatelnými a dochází k „prosakování“ hodnot a pojmů. Nebo je multiprofesní tým spíše jako „salát“, kde různé jednotlivé odborné příspěvky jsou stále

rozpoznatelné a jsou nastaveny tak, aby co nejlépe využily různých profesních kompetencí a charakteristik. Navíc jsou schopny se učit od sebe navzájem.

Moje vize vytvoření multiprofesního týmu, jehož součástí by měl být i sociální pedagog, by měla směřovat k týmu, který by měl podobu „salátu“.

Skutečnost, že sociální pedagog by mohl být součástí multiprofesního týmu, potvrzuje i program „Zdraví 2020“, schválený 53 zeměmi evropského regionu na zasedání Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012.

„Pokud se péče o zdraví ponechá jen na jednotlivcích a pokud se zdravotní problémy řeší až v nemocnicích, pak je takový zdravotní systém málo účinný a zbytečně nákladný. Nemoci nerespektují hranice státu. Mezinárodní spolupráce je nezbytná, a to v oblasti informací, výměny zkušeností i při bezprostředním ohrožení a humanitárních katastrofách. Zdravotní problémy nelze zvládnout v rámci jednoho rezortu – ministerstva zdravotnictví. Proto SZO vyzývá členské státy, aby v potřebné míře rozvinuly mezirezortní spolupráci⁶ (whole of government approach) a aby vytvářely nové společenské vazby v rámci celé společnosti (whole of society approach). Každé rozhodnutí a opatření může ovlivnit zdraví (health in all policies)“ (Zdraví 2020, s. 8).

Výše uvedená citace je výzvou i pro sociální pedagogiku, především apel na spolupráci napříč všemi resorty. Program „Zdraví 2020“ zároveň upozorňuje na fakt dřívějších zkušeností, získaných v programu „Zdraví 21“. Hovoří o domněnce, že je velmi těžké překročit medicínské a zdravotnické hranice péče o zdraví a pochopit, že nejde jen o činnost ministerstva zdravotnictví. Program „Zdraví 2020“ se snaží zdůraznit, že se jedná i poslání obou komor parlamentu, vlády, veřejné správy, organizací, institucí, sociálních skupin, rodin i jednotlivců.

„Flexibilnější, všestranně kvalifikovaní a týmově orientovaní pracovníci jsou „srdcem“ zdravotnického systému vhodného pro 21. století“ (Zdraví 2020, s. 21). Projekt tak

⁶ Podle odhadu mělo zvýšení daně u alkoholu v Anglii hmatatelný přínos ve formě snížení nákladů na zdravotnictví a sociální péči o 183 miliónů € a snížení ztrát spojených s produktivitou pracovních sil ve výši 405 miliónů €, přičemž náklady na realizaci činily méně než 0,10 € na osobu (celkem 3,7 miliónu €). Úspory v oblasti zdravotnických služeb, které byly výsledkem sníženého počtu pacientů hospitalizovaných v souvislosti s alkoholem, byly odhadnuty na 65 miliónů € v prvním roce; kromě toho byly uspořeny náklady související s trestnou činností ve výši 118 miliónů €.

zdůrazňuje věnovat zvýšenou pozornost týmové práci a novým formám poskytování služeb. Mluví se zde o vytvoření nové pracovní kultury, která by posílila nové formy spolupráce mezi odborníky z oborů zdravotnictví, sociálních služeb i dalších rezortů. Současný celosvětový stav zdravotnických pracovních sil hodnotí SZO jako kritický a volá po zavedení a dodržování „Světového kodexu zásad SZO“.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Podle Skutila (2011) jsou v pedagogice a psychologii uplatňovány dva základní výzkumné přístupy: kvantitativní a kvalitativní. Pro svoji práci jsem si vybrala výzkum kvalitativní.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (Miovisky, 2006, s. 18).

Kvalitativní výzkum nemusí vždy začínat hypotézou, ale může jí končit. Nemusí však hypotézou ani končit. Někdy postačí interpretace rozhovorů. Záleží vždy na zkoumaném problému a výzkumníkovi. Na počátku kvalitativního výzkumu by měly být obecnější výzkumné otázky, které můžeme následovně operacionalizovat.

Filozofické východisko kvalitativního výzkumu nalzáme ve „fenomenologii“, jejímž zakladatelem byl prostějovský rodák E. Husserl. Podle Radvana (2006, s. 14) vycházel z přesvědčení, že naše poznání je tvořeno výhradně fenomény „jevů“ a považuje za nutné „vrátit se k věcem samým“. K tomu je zapotřebí radikální skepse (zdržení se úsudku) a redukce „uzávorkování“ všech poznatků přírodní a společenské vědy, popření všeho co o světě víme a dokonce popřením důvěry v existenci světa, jež se stává pouhým fenoménem (odtud termín „fenomenologie“).

Podle některých autorů je pro kvalitativní výzkum typický „antiesencialismus“. Podle Hartlových (2009, s. 144) je „*essence*“ podstata věci, souhrn trvalých vlastností věci. Jinými slovy řečeno, jde o základní přirozenost věci. Husserl tuto podstatu nazývá „*eidós*“. Většinou máme naivní představu, že tuto přirozenost mají všechny věci a my na tuto přirozenost můžeme výzkumem přijít. Pro kvalitativní výzkum je tedy příznačný antiesencialismus, neboť výzkumník nevěří, že dojde k podstatě věci. Gnoseologie, zabývající se problémy poznání, má většinou dva prvky: „*subjekt*“ a „*objekt*“. Nelze poznat podstatu objektu, neboť subjekt je ovlivněn objektem. Ten má vždy určité vlastnosti, nějak se chová. Zde se dostáváme k dalšímu prvku kvalitativního výzkumu a tím je „*subjektivismus*“.

Ve slovníku cizích slov (2009, s. 754) je „*subjektivismus*“ definován jako „*stanovisko zdůrazňující i přeceňující roli poznávajícího subjektu*“. Výzkumník tak do poznávání promítá svoje emoce a rozum. Podle slov Doláka nelze výzkumníkovi subjektivitu „odpárat“. Opakem subjektivismu je objektivismus, typický pro výzkum kvantitativní. Podle Poppera (in Řehoř, 2004) spočívá objektivita vědeckých tvrzení ve faktu, že mohou být intersubjektivně testována, každému subjektu vyjdou stejné výsledky. Pro Ferjenčíka (2006, s. 20) znamená objektivita fakt, že výsledek vědeckého zkoumání nezávisí příliš na tom, co si myslí nebo přeje výzkumník, ale je daný daty – objektivně přístupnými a kontrolovatelnými údaji.

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) je třeba před definováním kvalitativního výzkumu brát na zřetel použité metody sběru dat, metody usuzování, typy dat a způsob analýzy dat.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17).

Nejčastější metodou usuzování u kvalitativního výzkumu bývá indukce. Švaříček a Šed'ová (2007) však upozorňují na fakt, že lze použít i abdukce a dedukci.

„Indukce – postup od jedinečného k obecnému. Skrze smyslové pozorování, experiment, popis apod. registrujeme svou zkušenost o části určitého souboru jevů a z ní vyvozujeme závěry, platné pro celý tento soubor“ (Blecha, 2004, s. 101).

„Dedukce – postup od obecného k jedinečnému, od předem přijatého předpokladu k jeho zvláštním projevům“ (Blecha, 2004, s. 102).

„Abdukce – termín CH. S. Peirce pro kognitivní proces, s jehož pomocí se z určitých skutečností vytvářejí hypotézy a dávají vznik tvořivému myšlení“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 13)

Jak už bylo řečeno nejčastější používanou metodou usuzování, je indukce, při níž z řady jednotlivých faktů vyvozujeme tvrzení obecné platnosti. Po nasbírání dostatečného množství dat, je možné začít pátrat po pravidelnostech a formulovat předběžné závěry. Výsledkem je formulace hypotézy nebo teorie. Tyto hypotézy a teorie však není možné zobecňovat. Získaná data, jsou vždy platná pouze pro vzorek, na kterém byla získána.

Výzkumník se tedy musí vyvarovat výroků, které zobecňují uvedená tvrzení (Švaříček, Šed'ová, 2007).

4.1 METODA SBĚRU DAT

Ve slovníku cizích slov (2009, s. 517) je „metoda“ ve filozofickém smyslu definována následovně: „*racionálně rozvržená data, způsob, postup, jak pomocí určitých principů dosáhnout pravdivého poznání*“.

Skutil (2011, s. 79) vymezuje „metodu“ jako cestu k cíli. Vzhledem k tomu, že cíle jsou odlišné, tak i cesty k jejich dosažení jsou různé. Za nejčastější metody sběru dat u kvalitativního výzkumu jsou uváděny: pozorování, rozhovor a analýza osobních údajů.

4.1.1 Rozhovor

Jako výzkumné metody jsem zvolila rešerši, která byla zpracována Moravkou zemskou knihovnou a rozhovory. Pokud shrneme definice různých autorů, je možné rozhovor popsat následovně: „získávání dat, jimiž jsou informace o názorech, postojích, záměrech, přáních a jak daný člověk situaci porozuměl a to v procesu, který se vyznačuje vysokou interakcí mezi tazatelem a dotazovaným, rozhovor je moderovaný a uskutečněný s určitým cílem“. Rozhovor je autory nazýván také jako interview (angl. inter – mezi, view – názor, pohled).

Mioovsky (2006, s. 155) vidí pozitivum rozhovoru nejen v získání potřebných sociálních dovedností a citlivosti, ale také v kultivaci schopnosti pozorovat. Má na mysli jak pozorování extrospektivní, tak i introspektivní.

Na co je potřeba dávat při rozhovoru obzvlášť pozor shrnul Ferjenčík (2000, s. 171) v jedné větě: „*To, co si myslíme nebo cítíme, není vždy možné adekvátně vyjádřit pomocí řeči*“. První deformaci myšlenky vidí v jejím kódování do systému jazyka. Podruhé dochází k deformaci myšlenky při jejím přenosu. Třetí deformace probíhá při dekódování významu sděleného. Jak vysílatel, tak příjemce pracují s pojmy, které jsou nositeli jak denotativního významu, tak i konotativního, jenž je odrazem individuální a neopakovatelné zkušenosti. Druhý zmiňovaný význam tak způsobuje, že příjemce může informaci přiřadit různé významy. Zde se dostáváme opět k subjektivismu.

Rešerše je ve slovníku cizích slov (2009, s. 696) definována jako: „hledání, pátrání, vyšetřování, přešetřování, ověřování (faktů, údajů apod.)“.

Ústřední knihovna ČVUT v Praze definuje rešerši následovně: „*soupis literatury k tématu, na kterém máte pracovat, napsat nějaké pojednání nebo připravit referát, prezentaci či přednášku. Udělat rešerši znamená prohledat dostupné informační zdroje: katalogy knihoven, odborné elektronické databáze i zdroje na internetu*“.

Gavora (2008, s. 24) popisuje rešerši jako „výběrovou bibliografii, tj. bibliografie zhotovená na konkrétní téma, obvykle na objednávku čtenáře a to na základě klíčových slov, v databázi, jakožto souboru informací (dnes už hlavně elektronicky), která má nástroje na rychlé vyhledávání“.

4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Cílovou skupinou výzkumu byli zaměstnanci nemocničního oddělení, jejich klienti a sociální pracovníci. Podařilo se mi získat šest informantek:

- Informantka č. 1 – zdravotní sestra oddělení popáleninového centra, (dále jen I1),
- Informantka č. 2 – bývalá klientka oddělení popáleninového centra, (dále jen I2),
- Informantka č. 3 – matka doprovázející hospitalizované dítě na oddělení popáleninového centra, (dále jen I3),
- Informantka č. 4 – sociální pracovníce neziskové organizace, spolupracující s oddělením popáleninového centra, dále jen (I4),
- Informantka č. 5 – sociálně zdravotní pracovníce, (dále jen I5),
- Informantka č. 6 – vedoucí sestra centra prenatální diagnostiky, (dále jen I6).
S touto informantkou nebyl veden rozhovor, ale probíhala komunikace prostřednictvím emailu. Získané informace považuji za přínosné. Informantka vystudovala „Sociální pedagogiku“ a zároveň pracuje ve zdravotnictví.

Rozhovory s informantkami mi měly pomoci vypořádat se jak s výzkumným problémem, tak odpovědět na otázky:

„Jak nahlíží na možnost spolupráce se sociálním pedagogem zdravotní sestra?“

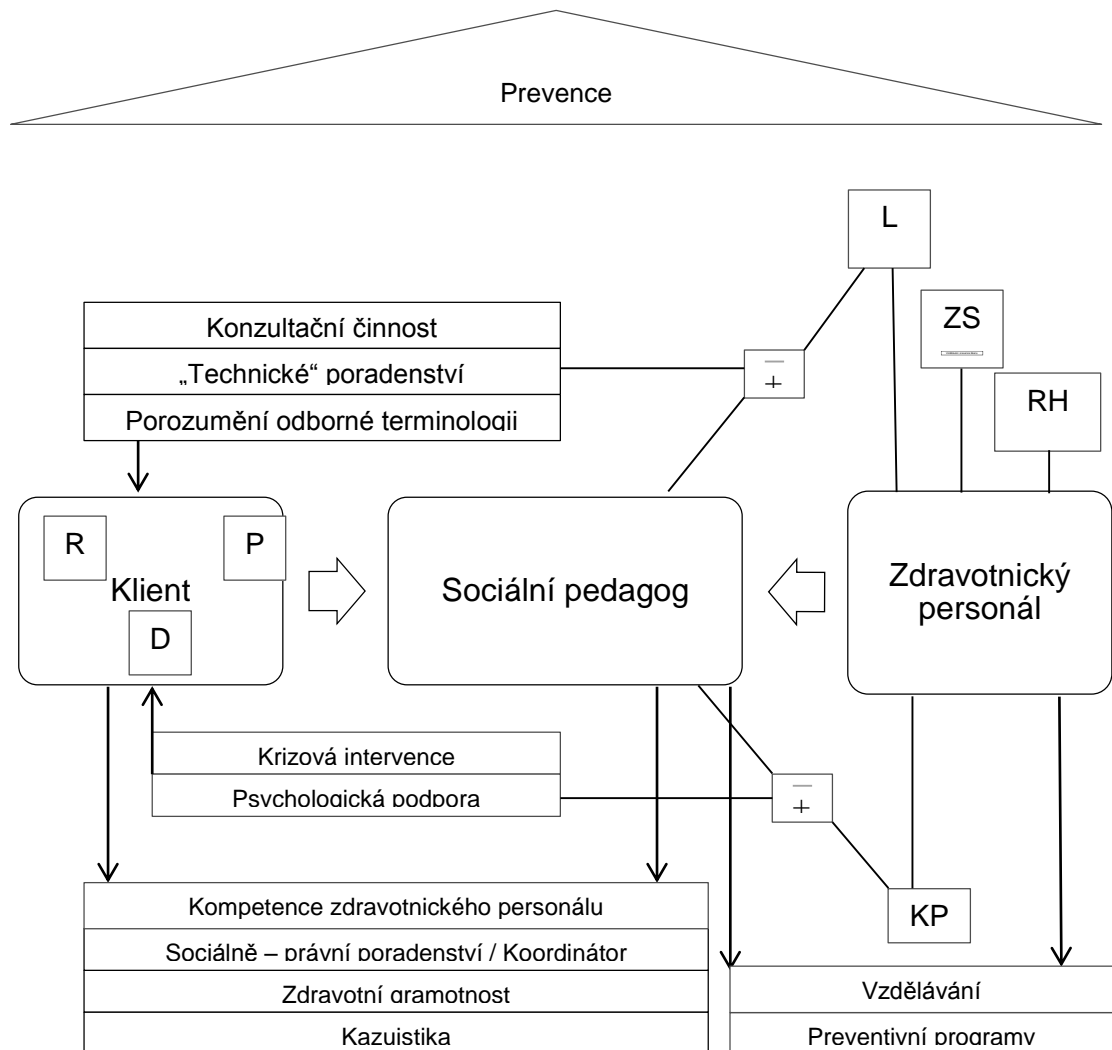
„Uvítali by pacienti jako součást nemocničního oddělení/ týmu, sociálního pedagoga?“

4.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkumným problémem je zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení. Pro vypořádání se s výzkumným problémem jsem vytvořila schéma (s. 52), které znázorňuje spolupráci sociálního pedagoga s ostatními členy nemocničního oddělení a jejich klientelou, jak bych si je já představovala. Z nemocničních oddělení, kde by sociální pedagog měl působit, jsem si vybrala oddělení popáleninového centra. Pomocí schématu se snažím definovat činnosti a kompetence sociálního pedagoga jako člena multiprofesního týmu. Následuje několik podkapitol součinnosti sociálního pedagoga s jednotlivými profesemi ze zdravotnického personálu a s klienty oddělení. V každé z kapitol se snažím a uvedení jak tvrzení informantek, pokud se k danému tématu vyjádřily, tak názory z článků, vyhledaných na základě rešerše.

Jak už bylo jednou řečeno, cílem praktické části je vypořádání se s výzkumným problémem „*Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení*“. Výsledky výzkumu by mi měli odpovědět, zda je moje vize reálná a popřípadě pomoci k navrhnutí nového, aktualizovaného schématu.

4.3.1 Schéma výzkumného problému: Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení.



Obrázek 4. Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení.

Schéma znázorňuje sociálního pedagoga jako součást týmu nemocničního oddělení, jeho kompetence a spolupráci s jednotlivými členy týmu, zdravotní personálem: (L) – lékař; (ZS) - zdravotní sestra; (KP) klinický psycholog; (RH) – rehabilitační pracovník.

Další kompetence a s nimi spojená činnost je vyjádřena ve vztahu ke klientovi. Klientem nemocničního oddělení může být: (P) – pacient/ka, (D) – dítě, (R) – rodič doprovázející dítě jako pacienta.

4.3.2 Prevence

Schéma je zastřešeno „prevencí“, což je jedna ze dvou základních funkcí sociální pedagogiky. Úkolem sociálního pedagoga jako součásti týmu by bylo vytváření preventivních programů. Na základě zjištěných informací od informantek je otázka prevence popálenin spíše nižší. Na otázku směřovanou na preventivní programy odpověděly, že se doposud s žádným preventivním programem ohledně popálenin nesetkali, kromě školení BOZP v zaměstnání. *„Školení BOZP jsem absolvovala doposud v každém zaměstnání. Až poslední školení, které jsem absolvovala v nynějším zaměstnání, zahrnovalo problematiku prevence popálenin“* (I2).

Odpovědi na otázku „Věděl (a) jste jak poskytnout první pomoc?“ si byly velmi podobné. Informanti si mysleli, že věděli jak postupovat. Později však své znalosti doplnili o nové modely.

Jakou formou může sociální pedagog preventivní programy ve společnosti šířit? Na prvním místě jsou bezesporu média, k nejdůležitějším patří tisk, rozhlas, televize a pro dnešní dobu snad nejžádanější - tím je internet. Světová zdravotnická organizace pokládá rozvíjející se roli médií za velký přínos a to při formulování a předávání informací o zdraví posluchačům a divákům a tím formování jejich stanoviska. V informacích získávaných prostřednictvím internetu nalezneme i negativa viz kapitola „zdravotní gramotnost“.

Další formou, jakou může sociální pedagog šířit preventivní informace, jsou přednášky. Tento typ klade nároky na autora programu, který by měl disponovat organizačními dovednostmi, komunikačními dovednostmi a kvalitním přednesem, kam zapadá jak mluvený tak i nonverbální projev. Leták jako další z možných forem šíření preventivního programu ve společnosti neklade nároky na osobnost, ale na kvalitu letáku a schopnosti jeho tvůrce.

Preventivní programy jakožto součást profese sociálního pedagoga by neměly směřovat pouze k veřejnosti, ale i k zaměstnancům nemocničního oddělení.

Zajímala jsem se, zda zdravotnický personál prochází preventivními programy. *„Každý měsíc si zaměstnanci navrhnou, na jaké téma by si seminář představovali. Doposud realizované semináře se týkaly například syndromu vyhoření, masáží, hygieny spánku. Organizaci semináře mají na starost dvě nebo tři sestry daného oddělení. Záleží na dohodě. Někdo si připraví přednášku sám. Jiný zase volí externího pracovníka, znalého dané problematiky“* (I1).

Zajímala mne také otázka „prevence v oblasti zdraví“ jako činnost města Brna. Světová zdravotnická organizace (WHO) iniciovala projekt „Zdravé město“. Brno, zatím jako jediné, reprezentuje Českou republiku v Evropské síti Zdravých měst a to od roku 1996. Získané zkušenosti využívá při tvorbě inovativních postupů v oblasti podpory zdravého a aktivního života Brňanů. Koordinačním a informačním centrem projektu je „Kancelář Brno – Zdravé město“ na Magistrátu města Brna. Národní síť Zdravých měst České republiky (NSZM ČR) má 119 členů s regionálním vlivem na 2654 měst a obcí.

Společnost Podané ruce o.p.s. ve svých programech zajišťuje „Nabídku primárně preventivních programů, Brno“. I tyto programy se zabývají problematikou zdravého životního stylu. Na rozdíl od projektu „Zdravé město“ nejsou bezplatné.

Otázkou prevence se jistě zabývá více organizací, patří k nim i Městská policie Brno. Obsah programů je vždy zaměřen na oblast působnosti dané instituce.

Jako většina pojmů i pojem „prevence“ má několik definic. Jádro definice je vždy stejné. Jedná se o soustavu opatření, které mají něčemu předcházet. Specifikum je dáno oblastí, kterou definice zastupuje. Můžeme tak hovořit o definici prevence v lékařství (předcházení nemocem) nebo v sociální práci (předcházení sociálně patologickým jevům, domácí násilí), ale také v pedagogice (předcházení šikaně, záškoláctví). Prevence se dělí na primární, sekundární a terciární.

Pohybujeme se v oblasti zdravotnictví, proto by bylo příhodné věnovat se definici prevence z pohledu zdravotnictví:

*„**Primární prevence** je souhrn činností, které mají za cíl zabránit vzniku onemocnění. Princip spočívá v ovlivňování rizikových faktorů vedoucích ke změně incidence onemocnění.*

***Sekundární prevence** je souhrn činností, které vedou k včasnému rozpoznání (příp. i vyhledání) onemocnění, které již vzniklo a jeho léčba. Cílem je detekce presymptomatických stadií onemocnění, neboť léčba zahájená v časném stadiu nemoci je účinnější a vede k lepší prognóze.*

***Terciární prevence**, souhrn činností zaměřený proti vzniku komplikací již diagnostikovaného léčeného onemocnění s cílem zabránit jeho opakování a progresi“* (online; Projekt IGA MZČR č. 10650-3)

C. W. Rishel (2014) ve svém článku „*Teaching Note – Integrating Prevention content Into Clinical social Work Practice Courses*“ zdůrazňuje, že profese sociální práce je založena na filozofii, která se shoduje s prevencí. Pro jistotu opět uvádím, že články vyhledané na základě rešerše se netýkají sociální pedagogiky, ale sociální práce a sociálních pracovníků. Na téma sociální pedagog v resortu zdravotnictví se nepodařilo dohledat žádnou publikaci ani článek. Vraťme se nyní k výše zmiňovanému článku, který se zabývá otázkou prevence. Rishel uvádí, že sociální pracovníci by měli využít příležitosti sloužit jako přirození vůdce v posunu směrem k prevenci zaměřené na duševní zdraví v praxi, zvláště v této době rychle se měnících postupů zdravotní péče. Většina praktiků duševního zdraví není připravena začlenit zásady prevence a teorie do praxe. Přestože zásahy prevence v oblasti duševního zdraví se ukázaly jako efektivní a redukcující problémy, většina klinik nezahrnuje preventivní kroky do své praxe. Jestliže sociální práce a sociální pedagogika k sobě mají blízko, proč by toto tvrzení nemohlo být platné i pro sociální pedagogy?

Rishel vyjmenovává praktické kompetence, kterými by měla osoba pro aplikaci prevence do praxe disponovat:

1. vysvětlit definici prevence a její různé úrovně,
2. formulovat výhody a význam prevence, obhájit preventivní postupy a politiku,
3. zpřístupnit, implementovat a vyhodnotit preventivní opatření na základě důkazů,
4. umožnit multidisciplinární spolupráci se snahou prevence (Rishel, s. 756).

Preventivní rozměr sociální pedagogiky zdůrazňují například Hroncová a Emerová (2009), když vyjmenovávají autory jako Schillinga, Schwalba a Radlinskou jenž se na prevenci zaměřili. Tento výčet není jistě zcela kompletní. Kladení důrazu na prevenci bychom našli i u jiných autorů sociální pedagogiky (Bakošová, Kraus a další).

O tom, že otázka prevence má celoevropský rozměr, svědčí konference Evropské unie „Společně za duševní zdraví a životní harmonii“, konaná v Bruselu 12. – 13. června 2008.

4.3.3 Sociální pedagog - lékař

Kompetence jsou dány na základě spolupráce s členem týmu. Diagnostika a léčba je primárně v kompetenci lékaře. Sekundární roli mají v tomto procesu zdravotní sestry, v jejichž kompetenci je ošetrovatelský proces. Pojďme se nyní blíže podívat na spolupráci sociálního pedagoga a lékaře.

4.3.3.1 „Konzultační činnost“

Bakošová (2005) spatřuje v konzultační činnosti poskytování odborných informací odborníkům jiných profesí.

„Naše práce začíná v okamžiku, kdy lékař u dítěte identifikuje nějaký problém. Lékař nebo lékařka mne kontaktují a já si musím zajistit nutná opatření. Moje hlavní funkce v nemocnici je, že zastávám roli komunikátora neboli prostředníka mezi nemocnicí a orgánem péče o rodinu a dítě, kam pacient spadá podle trvalého bydliště.“ (I5)

„Mám kompetenci nahlížet do dokumentace, diskuse s lékaři, kontaktování institucí“. (I5)

Práce sociálně zdravotní pracovnice začíná ve většině případů konzultací s lékařem. Cílem konzultace je stanovení „sociální diagnózy“.

„U některých nemocí je potřebné seznámit se s tím, jak pacient žije, jaké bude mít podmínky při léčbě, jaké má rodinné zázemí a někdy i svébytné podmínky života. Tady se prokazuje schopnost vnímat realitu tíživé situace, v níž se pacient ocitá na prahu nové a nejistoty vyvolávající životní dráhy“ (Kořa, 2012, s. 13).

Kořa dále uvádí, že vzhled do situace nemocného je jedním z dlouhodobě podceňovaných momentů každé léčby a bude stále více nabývat na významu. Konzultační činnost by neměla být pouze jednostrannou záležitostí. Především pro další vzdělávání sociálního pedagoga by konzultace jako předávání odborných informací ve směru od lékaře k sociálnímu pedagogovi byla podstatnou složkou konzultační činnosti. Třetí dimenzí konzultační činnosti by byl vztah sociální pedagog – pacient. Informace o zdravotním stavu jsou pouze v kompetenci lékaře. Vždy by záleželo na konkrétní situaci a dohodě s lékařem, jaké informace a v jakém rozsahu může sociální pedagog pacientovi sdělit. Na základě zdravotního stavu pacienta by opět po konzultaci s ošetřujícím lékařem mohl sociální pedagog podávat informace o plánovaném průběhu léčby.

Podle výpovědí informantek je konzultace ze strany pacientů vyžadována, otázky však směřují k nekompetentním osobám. S tímto problémem úzce souvisí činnost sociálního pedagoga „Kompetence zdravotnického personálu“ uvedená na s. 63.

„Předem musím říci, že zdravotní sestry mají ztíženou situaci i v otázkách „svého oboru“. Nesmíme podávat informace o zdravotním stavu, protože to je v kompetenci pouze lékařů. Těžce se to vysvětluje rodičům. Např. při převazu popálené plochy, kdy je v přítomnosti lékař, se mnoho rodičů bojí, či stydí zeptat přímo jeho a po odchodu lékaře se ptají sester. Jak to vypadá, co bude dál, na jako dlouho... Tím, že jim neodpovíme přímo na otázky, ztrácíme jejich důvěru“ (I1).

„Lékaři i sestry byli velmi vstřícní, milí a profesionální. Musím ale říci, že s lékaři jsem přišla do kontaktu maximálně dvakrát denně a přišli mi takoví uspěchaní. Proto jsem vše konzultovala raději se zdravotní sestrou, která byla stále na oddělení a byla pro mne i ostatní pacienty velkou oporou“ (I2).

Zde bych zopakovala, co už bylo řečeno dříve a to, že multiprofesní tým by měl mít podobu spíše „salátu“ než „polévky“, kde nejsou smíchány všechny profese dohromady tak, že nelze rozpoznat konkrétní profesní role a kompetence.

V tomto multiprofesním týmu jsou různé profese nasazeny tak, aby co nejlépe využily svých profesních kompetencí, a jsou ochotni učit se od sebe navzájem (Jones a kol., 2013).

4.3.3.2 „Technické poradenství“

Doporučení ohledně možných technik následné péče, která je individuální, přičemž záleží na závažnosti a lokalitě postižení. Tento termín jsem převzala od Novosada (2000), který ho řadí mezi oblasti poradenské činnosti. Dalo by se říci, že jde o formu vzdělávání pacienta v této oblasti. Na základě sebevzdělávání by sociální pedagog byl schopen podat pacientovi kompletní informace o všech možnostech následné péče. Jakmile by byl pacient s touto problematikou seznámen, mohl by dále konzultovat s ošetřujícím lékařem nejvhodnější postup a techniky vzhledem k jeho aktuálnímu stavu. Konzultace pacient – lékař na základě dostatečných podkladů by pro obě strany byla přínosem.

„Konzultace s odborníkem bych během hospitalizace uvítala. Měla jsem spoustu otázek ohledně následné péče“ (I2).

4.3.3.3 „Porozumění odborné terminologii“

Jirkovský a Nikodemová (2012, s. 64) uvádějí jako příklad sociologický průzkum Reitera, z něhož vyplývá, že nejvyšší míra nespokojenosti českých pacientů souvisí s neadekvátní komunikací mezi zdravotníkem a pacientem. Pramení z nevhodných, nedostatečných či nesrozumitelných informací. Výsledky tohoto výzkumu se mohou použít k obhájení potřebnosti nejen pro tuto kompetenci, ale i pro dvě předešlé (konzultační činnost, technická podpora). Vzhledem k nárůstu poznatků v přírodních vědách a v důsledku toho k prudkému rozvoji medicíny vzniká pro laiky nový problém a tím je schopnost držet s medicínou krok a umět se v nepřehledném množství informací orientovat. Sociální pedagog by měl být schopen tuto bariéru mezi pacientem a odbornou terminologií prolomit.

4.3.4 Sociální pedagog – klinický psycholog

Nyní se můžeme blíže podívat na spolupráci sociálního pedagoga a klinického psychologa. Podle Mlčáka, (2004, s. 10) se problematikou zdraví zabývají lékařské vědní obory, vybrané psychologické obory, ale nelze podceňovat ani disciplíny ekonomické, filozofické a pedagogické.

Bezesporu můžeme jmenovat i sociální pedagogiku, která je díky své multidisciplinárnosti připravena ke spolupráci.

Hospitalizací se zásadně mění životní podmínky pacienta. Je nutné neopomenout, že pacient prožívá řadu nepříznivých emocionálních pocitů, jako jsou nejistota, obava a úzkost. Mění se status a role pacienta (Mlčák, 2004, s. 54).

Úlohu sociálního pedagoga spatřuji v získání pacientovy důvěry. Nechávám se inspirovat Kořou (2012, s. 12) který tvrdí, že veškerý provoz v moderním ale i postmoderním světě, zůstává založen na bazální důvěře člověka ve svět. Tedy v tom, že fungují nejen technická zařízení, ale že se lze spolehnout i na druhé. Pacient potřebuje věřit zdravotníkům a tak se důvěra stává ne posledním, ale nezbytným a zcela základním momentem kontaktu pacienta s personálem. Bez důvěry nemohou tyto vztahy fungovat a nebudou nikdy uspokojivé ani pro jednu či druhou zúčastněnou stranu.

Psychologická podpora se však netýká pouze pacienta, ale i jeho okolí, především pak rodiny. Na straně jedné může rodina fungovat jako sociální opora, na straně druhé být příjemcem psychologické podpory ze strany zdravotnického personálu.

Článek „*Integrating Social Workers into Medical-Legal Partnership: Comprehensive Problem Solving for Patients*“ (Colvin a kol., 2012) pojednává o sociálních pracovnících jako důležitém článku, jenž by měl být součástí MLP (Medical – Legal Partnerships) a tím by sehráli významnou roli v rozvoji a úspěchu MLP. Nechávám se tedy opět inspirovat prací, věnované sociální práci. Nevidím však problém přisoudit tuto kompetenci sociálnímu pedagogovi. Autoři článku vidí velký přínos ve schopnosti sociálního pracovníka navázat s pacientem a rodinou lepší kontakt a to nad rámec možností lékaře. Díky tomu jsou schopni plně posoudit potřeby pacienta a tím mohou rozšířit spektrum znalostí a řešení jak pro pacienty, tak i pro právníky. Dalším důležitým momentem, který autoři zdůrazňují, je fakt, že právníci pomáhají svým klientům s jednou sadou právních otázek a po ukončení soudního sporu vztah ukončí. Naopak vztah pacient – sociální pracovník může pokračovat, stávat se více aktivní v době krize a méně aktivní, když je rodinný systém stabilní. I tento systém by měl fungovat oboustranně. Sociální pracovník zajišťuje navázání fungujícího kontaktu s pacientem, rodinou a na druhé straně podporuje a umožňuje pacientům využívat právních služeb dostupných prostřednictvím MLP⁷.

4.3.4.1 „*Krizová intervence*“

Není v kompetenci sociálního pedagoga, ale mohla by být, pokud by byl ochoten v rámci dalšího vzdělávání absolvovat kurz krizové intervence. Po absolvování kurzu by měl sociální pedagog možnost získat odbornou praxi právě díky multiprofesnímu týmu, jehož součástí je i klinický psycholog. Sociální pedagog však nemůže klinického psychologa nikdy zcela nahradit.

„Nevím, zda by mi psycholog v první chvíli pomohl. Spíše později, při dlouhodobosti léčby a změnách jizev“ (I2).

„Nepřemýšlela jsem vůbec o tom, zda je či není nějaká krizová intervence. Měla jsem v sobě především zmatek. Chtěla jsem si zachovat chladnou hlavu a co nejrychleji zajistit pomoc. Jakmile se dítě dostalo do péče odborníků, začaly pracovat emoce a to šílenou rychlostí. Nejsilnější byly pocity strachu a viny. Když se na to dívám zpětně, určitě by bylo

⁷ Since the establishment of the first MLP in 1993, the model has spread to over 100 hospitals and 116 community health centers across the United States (Sandel et al., 2010).

dobré, začít situaci řešit hned. Myslím si, že není dobré tuto problematiku odkládat. Každopádně nám intervence nabídnuta nebyla“ (I3).

Zdravotní sestra uvedla, že rodiče a pacienti se svěřují spíše sestře než klinickému psychologovi. Zdůvodňuje to hlavně studem a zkreslenými představami, předsudky o psychologické podpoře. *„Na oddělení je k dispozici psycholožka, která má krizovou intervenci v kompetenci. Hodně rodičů se ale svěří spíše sestře. Nevím, jestli z důvodu nějakého studu nebo zkreslených představ o psychologické pomoci“ (I1).*

Názory informantek na krizovou intervenci se lišily. U informantky, hospitalizované jako pacientka, převládal v první chvíli rozum a snaha udržet si optimismus. Nabídku krizové intervence by nevyužila, nepociťovala tuto potřebu. Nastala u ní spíše potřeba psychologické podpory až při dlouhodobější léčbě a zjištění, že jizvy se vyvíjejí a mění. Mohlo se jednat o tzv. „odloženou traumatickou reakci“.

4.3.4.2 „Psychologická podpora“

Psychologická podpora není určena pouze pacientům. Mohou ji využívat i rodinní příslušníci a zdravotnický personál.

Nemoc či úraz jednoho člena rodiny mohou dezorganizovat chod celé domácnosti, mohou být důvodem změny celkového životního stylu rodiny, někdy vyvolávají až dysfunkci rodiny. Mohou být příčinou změny chování u dětí (Levická, 2012, s. 180).

Sociální pedagog není oprávněn poskytovat odbornou psychologickou pomoc, ale mohl by být mostem mezi pacientem a klinickým psychologem a v to jak v době hospitalizace, tak i v rámci následné péče. V kompetenci sociálního pedagoga je řešení krizových situací.

Kraus (2001, s. 150) rozlišuje krizové situace na traumatické (ztráta blízké osoby, úraz, vážné onemocnění, živelná pohroma) a jako důsledek životních změn (stěhování, klimakterium, odchod do důchodu). V kritické, rozhodující fázi dochází k „volání o pomoc“. Toto volání zachytí většinou nejbližší. Aby byla pomoc účinná, je na místě sociálně pedagogický přístup. Sociální pedagog jako součást týmu by mohl být schopen zachytit „volání o pomoc“ a zajistit včasnou a odbornou intervenci. K dispozici se nabízí několik technik řešení: racionalizace, kompenzace, identifikace ale i technika agrese.

Jak už bylo jednou zmíněno, I2 cítila potřebu psychologické podpory až v pozdějším stadiu léčby a to v době kdy už nebyla hospitalizována. Zjištění, že léčba je velmi zdlouhavá a jizvy procházejí fázemi proměny, pro ni znamenalo velkou psychickou zátěž. Zde

můžeme opět zmínit fakt, na který upozorňuje Colvin (2012), že vztah sociální pedagog – klient by nebyl ukončen propuštěním z nemocnice.

„Nevím, zda by mi psycholog v první chvíli pomohl. Spíše později, při dlouhodobosti léčby a změnách jizev. Moc mi pomohla kamarádka, která měla podobný úraz, a hodně jsme si o svých pocitech povídaly. Kdybych ji neměla, asi bych vyhledala pomoc psychologa“ (I2).

„Odložená traumatická reakce“ může podle Mauera (2009) nastat až po propuštění z hospitalizace nebo rok po dané události. Mohou tak způsobovat těžké psychické problémy.

„Psychologickou podporu bych uvítala jak během hospitalizace, tak i v následné péči. Uvítala bych, aby osoba nabízející tyto služby věděla, o čem mluví, jak se cítíme a psychicky nám pomohla s tím vším se vyrovnat“ (I3).

Z rozhovoru se zdravotní sestrou vyplynulo, že na problematiku posouzení, zda klient (ať už dítě, dospělá osoba či rodič) potřebuje psychologickou podporu či nikoli, se jí moc času nedostává. Přesto, že se klienti na sestry obracejí s žádostmi o rozhovor, není možné vždy jejich požadavku vyhovět z nedostatku času a především klidného prostředí.

„Ptáte se na čas, který máme na problematiku psychologické podpory. Já za sebe musím říci, že přes den spíše ne. Ať už z důvodu nedostatku času nebo i proto, že rodiče na rozhovor potřebují klid. Přes den se snaží co nejvíce věnovat dítěti. Mám zkušenost spíše s večerními až nočními rozhovory, kdy dítě spí a rodiče i sestry mají na rozhovor klid. Bohužel i tento čas bývá narušen např. akutním příjmem“ (I1).

„Psychologickou podporu by mohl zajistit také sociální pedagog, protože s rodiči či klienty je třeba o daném problému mluvit. Zdravotnický personál má zcela jinou náplň práce. Přesto tuto činnost vykonávají, ale nad rámec své profese“ (I4).

Podle Mauera (2009) je psychologická podpora pacientů s popáleninovým úrazem velmi obtížná a dlouhodobá. Popáleniny mají svoje specifikum v tom, že se pacientovi vracejí vzpomínky na hrůzostrašný zážitek ve formě posttraumatických flashbacků, které mohou doprovázet silné úzkosti. Speciální psychologické techniky mohou tyto vzpomínky zmírnit. Eliminace se nedoporučuje, mohla by zvyšovat úzkost pacienta. Mauer zmiňuje organizaci Bolito, která organizuje pro klienty oddělení popáleninového centra výjezdy s bohatým programem s psychologickými prvky a zajišťuje další spolupráci s rodinami pacientů.

S klinickým psychologem spolupracuje i sociálně zdravotní pracovnice.

Sociální pedagog by byl jistě v oblasti psychologické podpory jako součást týmu přínosem. Mohl by pomoci klientům vyrovnat se s minulostí, která je traumatizovala, získat potřebné informace pro pochopení zdravotního stavu, o možnostech léčby a následné péče. Jak uvádí sestra, na účinný rozhovor je především nutný čas a klid. Přes velkou snahu sester je vzhledem k náročnosti ošetrovatelského procesu obtížné zajistit jak pacientům, tak rodičům vždy dostatečný komfort pro vedení rozhovoru. Roli sociálního pedagoga v otázce psychologické podpory vidím ve vedení rozhovorů s pacienty a v případě potřeby, zajistit aby se klientů dostalo odborné pomoci.

4.3.5 Sociální pedagog – zdravotnický personál

Již několikrát jsem zmínila přirovnání Jones (2013) multiprofesního týmu k „salátu“ (nebo chemické sloučenině). Nyní je opět příležitost jeho myšlenku využít. Kooperace členů týmu by měla přispívat ke zvyšování kvality péče díky učení se profesionála od profesionála. To zajišťuje rozvoj kompetencí a jistě může dojít k tomu, že se rozšířené kompetence mohou i překrývat.

4.3.5.1 „Vzdělávání“

Vzdělávání vedoucí k vyšší kvalitě práce a péče. Jaký typ vzdělávání by mohl sociální pedagog zdravotnickému personálu nabídnout? Tuto kompetenci jsem do schématu zařadila na základě odpovědi jedné z informantek. Ta na otázku, jaký je její názor na uplatnění sociálního pedagoga jako člena týmu nemocničního oddělení uvedla: *„Komunikace mezi lékaři a pacienty. Učit zdravotnický personál správnému chování, preventivně působit na šikanu mezi zaměstnanci, učit správnému empatickému chování, pomáhat pacientům s problémy, které prozatím nepotřebují odbornou psychologickou pomoc, poradit v otázkách sociálních“* (I6).

Komunikace jakožto nositel dění ve společnosti je součástí studia oboru sociální pedagogika. Proč tuto kompetenci sociálnímu pedagogovi odepírat, když i Bakošová (2004) mezi kompetence sociálního pedagoga řadí i kompetenci výchovně – vzdělávací.

Podle Koti (2012, s. 13) se komunikaci učíme celý život. Dobře vedený rozhovor, navíc s člověkem v tíživé situaci, vyžaduje dovednosti jako být zdvořilý, poskytnout druhému uznání, schopnost rozumět sám sobě, vytvořit si náhled, zvládat nepříjemné pocity. Tíživých situací se v lékařských oborech vyskytuje vysoké množství. Rozvíjení schopnosti

komunikace opřené o vzhled do situace nemocného je jeden z dlouhodobě podceňovaných momentů léčby. V budoucnosti bude stále více a více nabývat na významu.

Vlivem špatné komunikace dochází ke konfliktům na pracovišti. Kořa (2012, s. 14) se zaměřuje na kvantitu konfliktů u zdravotnických sester. Uvádí, že 24% konfliktů vzniká mezi samotnými sestrami, 41 % se odehraje mezi lékaři a sestrami, 20 % s nadřízenými sestrami a 15% s pacienty. Celá řada sester i po těžkých a dlouhodobých konfliktech nevyhledává ani odbornou pomoc, ani se nesnaží o vlastní prohloubení znalosti problematiky komunikace. Kompenzace se projevuje ve zvýšené konzumaci cigaret či alkoholu. Většina řeší problém rozhovorem s přáteli nebo s rodinou, ale najdou se i takové, které problém řeší kompenzační aktivitou.

Jirkovský a Nikodemová (2012, s. 65) zmiňují projekt „Vzdělávání k vyšší kvalitě péče“, realizovaný ve Fakultní nemocnici v Motole. Projekt sleduje dva hlavní cíle:

1. vytvoření předpokladů pro změnu komunikačního stylu mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve smyslu uplatňování zásad proklientské komunikace a přístupu v praxi;
2. prohlubování manažerských kompetencí středního a nižšího zdravotnického managementu, zaměřené na zvyšování kvality poskytovaných služeb a tím i vyšší spokojenosti pacientů.

Červeňanová (2012, s. 26) hovoří o vzdělávání jako kompetenci zdravotní sestry následovně: *„Edukace v ošetrovatelství je proces výchovy a vzdělávání pacientů a zdravých lidí v rámci kompetencí sestry, které vyplývají z její role a stupně vzdělání v souvislosti s potřebami a aktuálním stavem edukanta. V roli edukanta mohou být nemocní, zdraví jedinci, ale i sestry a jiní zdravotnický personál“.*

Komunikace mezi zdravotnickým personálem a od zdravotnického personálu směrem k pacientům je nedílnou součástí kompetence „vzdělávání“. Vzdělávací proces se týká i samotného sociálního pedagoga. Sebevýchova a sebevzdělávání nesmí v činnosti sociálního pedagoga chybět.

“Máme k dispozici určitý finanční limit na školení v rámci sebevzdělávání. V tomto směru využíváme přednášky, které nabízí centrum NCONZO“ (I5).

Sociální pedagog by v tomto směru mohl provádět monitoring, která školení by byla vhodná a přínosná. Vyhledávat školící centra, požadované formy vzdělávání nabízející. Organizovat školení pro zdravotnický personál.

4.3.5.2 „Preventivní programy“

Stres, který je pro dnešní postmoderní dobu tolik typický, ohrožuje i profese, založené na práci s lidmi. Stres se tak nevyhýbá ani zdravotnickému personálu a v konečné fázi může vést k syndromu vyhoření (burn-out efekt), jemuž předchází řadu let trvající proces. Novosad (2000, s. 95) tento proces rozděluje na několik fází:

1. Nadšení. Člověk má ideály a velmi se angažuje ve své práci.
2. Stagnace. Ideály se nedaří realizovat a dochází k jejich redukci. Požadavky kolegů, vedoucích i klientů začínají člověka pomalu obtěžovat.
3. Frustrace. Pracovník vnímá klienta spíše negativně, práce je pro něho velké zklamání.
4. Apatie. Člověk již dělá jen to nejdůležitější, vyhýbá se odborným rozhovorům a jakýmkoli aktivitám. Je-li donucen zabývat se něčím nad rámec své profese, bývá nepřátelský.
5. Syndrom vyhoření. Dochází k úplnému vyčerpání.

Na základě výše uvedeného je zřejmé, že tento druh problému existuje a tak se může stát i reálným. Sociální pedagog má šanci, uplatnit své znalosti a dovednosti tvorbou preventivních programů. Naučit se pracovat se sebereflexí, neboť i sociální pedagog je syndromem vyhoření ohrožen.

Co se týká preventivních opatření ve směru ke zdravotnickému personálu, ten, dá se říci podle slov informantky, docela funguje. „Každý měsíc si zaměstnanci navrhnou, na jaké téma by si seminář představovali. Doposud realizované semináře se týkaly například syndromu vyhoření, masáží, hygieny spánku. Organizaci semináře mají na starost dvě nebo tři sestry daného oddělení. Záleží na dohodě. Někdo si připraví přednášku sám. Jiný zase volí externího pracovníka, znalého dané problematiky“ (I1).

Preventivní programy se mohou týkat šikany na pracovišti. Můžeme se sem zahrnout i prevencí konfliktů, s čímž úzce souvisí výše zmiňovaná komunikace.

Na otázku, zda je současný zdravotnický personál připraven přijmout sociálního pedagoga jako člena týmu, odpověděla informantka pracující ve zdravotnictví následovně:

“Současný lékařský personál není schopen sociálního pedagoga přijmout. Uznávají pouze profesi psychiatra anebo psychologa. Sociální pracovník je hanlivě označován jako „socka“ a je spojený s vyřizováním rodných listů, dokumentů k převozu do kojeneckého ústavu, anebo s vyřizováním domova důchodců“ (I6).

4.3.6 Sociální pedagog – klient

Vztah sociální pedagog – klient je stěžejní. Sociální pedagog je tu především pro klienta, získává co nejvíce informací z různých zdrojů a snaží se situaci vnímat komplexně.

„Sociální pedagog by uplatnění v resortu zdravotnictví určitě našel. Každé oddělení je však hodnoceno na základě hospodaření a na práci sociálního pedagoga nejsou finanční prostředky, ani prostory. Muselo by se dořešit financování. Současný systém funguje tak, že za každý provedený odborný výkon se vykazuje kód. Každý, kdo pracuje, musí být akreditován a mít potřebnou specializaci. Sociální pracovník v nemocnici je placen za lůžko a den. V naší nemocnici je pouze v léčebně dlouhodobě nemocných. Měl by mít znalosti z oboru psychologie, umět komunikovat, být empatický, znát sociální otázky.“ (I6)

4.3.6.1 „Kompetence zdravotnického personálu“

Zdravotní sestra hovoří například o padávání informací ohledně zdravotního stavu.

„Předem musím říci, že zdravotní sestry mají ztíženou situaci i v otázkách „svého oboru“. Nesmíme podávat informace o zdravotním stavu, protože to je v kompetenci pouze lékařů. Těžce se to vysvětluje rodičům. Např. při převazu popálené plochy, kdy je v přítomnosti lékař, se mnoho rodičů bojí, či stydí zeptat přímo jeho a po odchodu lékaře se ptají sester. Jak to vypadá, co bude dál, na jako dlouho... Tím, že jim neodpovíme přímo na otázky, ztrácíme jejich důvěru“ (I1).

Tato myšlenka mne inspirovala k přidání „kompetence zdravotnického personálu“ mezi činnosti sociálního pedagoga. Dokáží si představit i brožuru, kterou by pacient získal při přijetí na oddělení. Obsahovala by informace, s jakým personálem se pacienti na oddělení setkají, jaké mají dané osoby kompetence, s jakými otázkami se na ně mohou obracet. Součástí předání brožury by byl i rozhovor se sociálním pedagogem, který by pacienta ujistil, že na kladení otázek týkajících se jeho zdravotního stavu má plné právo. Záleží jen na něm, zda toho využije. Ale je vždy třeba ptát se kompetentní osoby.

„Lékaři i sestry byli velmi vstřícní, milí a profesionální. Musím ale říci, že s lékaři jsem přišla do kontaktu maximálně dvakrát denně a přišli mi takoví uspěchaní. Proto jsem vše konzultovala raději se zdravotní sestrou, která byla stále na oddělení a byla velkou oporou, myslím nejen mně, ale většiny pacientů“ (I1).

na základě sdělení pacientky se potvrzují slova zdravotní sestry. Pacienti se s otázkami obracejí spíše na sestru než na lékaře. Jak ale sestra uvedla, ne vše je v její kompetenci. Úkolem sociálního pedagoga by bylo získání důvěry pacienta ve prospěch všech členů týmu. Jak už bylo jednou řečeno *„Bez důvěry nemohou tyto vztahy fungovat a nebudou nikdy uspokojivé ani pro jednu či druhou zúčastněnou stranu“ (Kořa 2012, s. 12).*

4.3.6.2 „Kordinátor: sociálně – právní poradenství“

Allen (2012, s. 184) uvádí jako koordinátory zdravotní sestry, které jsou vyškoleny zodpovědět na otázky ohledně fyzického zdraví pacientů, ale nejsou obvykle vázány na navazující nelékařské prostředky. Zde vidí Allen místo pro sociální pracovníky, kteří jsou často dobře kvalifikovaní v technikách, jako jsou motivační rozhovory, mají sofistikované znalosti o sociálních a životních bariérách a o zdrojích ke zdraví. Sociální pracovníci tak mohou představovat most mezi znalostmi „medicínskými“ a „nemedicínskými“, a tím bude zajištěna péče o celou osobnost „whole – person care“.

„Ptala jste se na sociálního pedagoga, zda by byl přínosem. Určitě ano. Zkvalitnil by celkovou péči, která je nyní z velké části „pouze zdravotní“. I když právní, sociální a následná péče fungují, fungují odděleně. Myslím si, že by to chtělo tyto otázky zkoordinovat a pomohlo by to nejen pacientům, rodičům, ale také zdravotnickému personálu, který má informace z těchto oborů jen částečně“ (I1).

„Sociální pedagog jako člen nemocničního týmu určitě ano. Pomoc při vyřizování úředních dokumentů, zprostředkování kontaktu s úřady, psychologická podpora, podpora při návratu do školního kolektivu, sdělení utrpení spojené s úrazem, podávání informací, poradenství v následné péči. Převezme od zdravotnického personálu činnosti, které vykonávají, byť to není v jejich náplni práce“ (I4).

„Konzultace s odborníkem bych během hospitalizace uvítala. Měla jsem spoustu otázek ohledně následné péče“ (I2).

Nejen pacientka, ale i zdravotnický personál by nového člena týmu uvítali. Přesto, že informanti nepotřebovali sociálně právní poradenství, vyskytují se případy, které by tuto

nabídku uvítali. Sestra sdělila několik případů, kdy pacienti tuto službu potřebovali. Vedle psychické zátěže, kterou prožívali, si museli zajistit kontakty na právníky, popřípadě sociální odbor. Sociální pedagog jako člen týmu by měl kontakty na již ověřené odborníky zmíněných profesí.

Byla by tak naplněna myšlenka Brustina (In Colvin, 2012, s. 335) ohledně spolupráce mezi lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a právníky, která by uspokojila potřeby rodin „pod jednou střešou“. Což znamená, že lékařská, právní a sociální podpora by se nacházely na jednom místě. Tím by se zlepšila kvalita a koordinace zdravotní péče.

Sociální pedagog by tak zaštiťoval stránku sociální, z níž plyne například finanční zajištění. Otázku právní a otázku psychologickou. V otázkách nespadajících do jeho kompetence by zajistil návaznost na odborníka dané profese (Wide Web of Social Educator, WWSE).

Mezi činnosti sociálně zdravotní pracovnice patří i sociálně-právní poradenství. *„Nabízíme i poradenskou činnost. Ta je využívána především v rámci onkologické kliniky. Jsou případy, kdy zdravotní stav pacienta vyžaduje, aby jeden z rodičů opustil zaměstnání, tím se rodiny dostávají do ekonomické či sociální krize. Rodiče se na nás obracejí s žádostí o konzultaci ohledně dávek státní sociální podpory. Ale chodí za námi i z jiných oddělení. Například když se jedná o dítě s postižením. Rodiče se ptají co dál, tak se je snažíme nasměrovat k různým organizacím, ale jsou i krajní případy, kdy rodina péči o dítě s těžkým postižením nezvládne, potom se na nás obracejí s žádostí o pomoc s umístěním dítěte do ústavu. Máme k dispozici „Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji“ a spoustu informačních letáků různých institucí“ (15).*

Zdravotní sestra, sociální pracovnice i sociálně zdravotní pracovnice se shodly, že sociálně-právní poradenství je pro pacienty důležité.

4.3.6.3 „Zdravotní gramotnost“

Podle Vyčítalové (2012) je zdravotní gramotnost poměrně novým pojmem. Při jeho definování vychází z definice informační gramotnosti Americké knihovnické asociace (American Librara Association, ALA, 1998, ods. 3): *„Informačně gramotný jedinec je schopen rozpoznat, kdy potřebuje informaci, tuto informaci vyhledat, zhodnotit a efektivně využít“*. Mezi výchozí definice zdravotní gramotnosti řadí definice organizace Pfizer: *„zdravotní gramotnost je schopnost přečíst zdravotnické informace, porozumět jim*

a chovat se podle nich“ a Ratzanovu definici: „zdravotní gramotnost určuje, do jaké míry mají jednotlivci schopnost získávat, zpracovávat a porozumět základním zdravotním informacím a službám, které jsou nezbytné pro příslušná rozhodnutí ohledně jejich zdraví“.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní gramotnost jako: *„Kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.“*

Cullen (In: Vyčítalová, 2012) pojednává o zdravotní gramotnosti následovně: *„Informační gramotnost ve zdravotnictví je poměrně novým pojmem, který se vyvinul v důsledku rozvoje obecného konceptu informační gramotnosti, zdravotní gramotnosti a informační exploze v oblasti zdravotnických informací spojené s nástupem internetové služby World Wide Web (dále jen WWW) a rozvojem nových médií. S ohledem na primární aplikaci informační gramotnosti v akademické sféře byly dříve programy informačního vzdělávání zaměřeny především na cílovou skupinu studentů medicíny a také zdravotnických profesionálů (tj. lékařů, fyzioterapeutů, radioterapeutů, porodních asistentek, klinických psychologů apod.), k nimž na počátku nového tisíciletí přibyla nově také cílová skupina pacientů (laiků). Vymezení této nové cílové skupiny v rámci koncepce informačního vzdělávání ve zdravotnictví bylo podmíněno změnou informačních potřeb pacientů, jež byla důsledkem transformace postavení pacienta v oblasti zdravotnictví a také vztahu lékař-pacient“.*

Pacient byl nejprve brán jako pasivní příjemce zdravotní péče. K uspokojení informačních potřeb mu byly k dispozici konzultace s lékařem, sdílení zkušeností od příbuzných, známých nebo literatura typů domácí lékař, herbář, bylinář atp. Po druhé světové válce dochází ke změně tzv. paternalistického vztahu lékař – pacient na vztah partnerský. Americké a evropské iniciativy zaměřené na ochranu práv pacientů se orientovaly na vytvoření a implementaci kodexů práv pacientů. Nabytím nových práv získal pacient také větší míru spoluzodpovědnosti, která se projevovala v aktivní participaci na zdravotní péči, což vedlo k nárůstu informačních potřeb. Informační potřeby dnešní doby jsou saturovány nejen klasickými cestami, ale od vzniku internetu prostřednictvím webových informačních zdrojů.⁸ Nutno podotknout, že na internetu může publikovat prakticky

⁸ Zvýšenou poptávku po internetových informačních zdrojích dokládají mezi jinými i tři studie věnované informačnímu chování uživatelů zdravotnických informací (zejména pacientů) provedené Internetovou

kdokoliv jakýkoliv obsah bez garance kvality. Zdravotnické informace dostupné na internetu se vyznačují vysokou dynamičností. Informace ze zdravotnictví, kde je tempo velmi rychlé, vyžadují neustálou evaluaci a údržbu. Pokud se tyto předpoklady nezajistí, stávají se informace neaktuální, nerelevantní a především nedůvěryhodné a mohou mít negativní dopad na individuální zdravotní stav jedince. (Vyčítalová, 2012, online).

Köhler a Eysenbach (2002, s. 1066) uvádějí několik negativních důsledků využití informací dostupných na internetu:

- psychické nebo fyzické poškození na základě dezinformace,
- pacient si informaci špatně vyložil,
- pacienti odložili konzultaci s lékařem na základě diagnózy určené na internetu,
- pacienti se sami špatně diagnostikují nebo špatnou diagnózu získají od „kyberlékaře“,
- pacienti, kteří konzultují s lékařem opakovaně nebo často kvůli internetovému vyhledávání „Cyberhypochochondria“,
- pacienti, kteří si objednali léky přes internet, škodlivé pro jejich zdraví,
- pacienti, kteří spáchali sebevraždu kvůli návštěvě webových stránek nebo se účastnili diskusí obsahující instrukce k sebevraždě.

Liechty (2011, s. 101) zmiňuje výsledky studie, které se zúčastnilo více jak 300 lékařů, zdravotních sester a lékárníků. Bylo zjištěno, že nejvíce používané strategie pro komunikaci s pacienty s nízkou zdravotní gramotností jsou užití jednoduchého jazyka (95 procent), tištěné materiály (70 procent) a pomalé mluvení (67 procent). Jen málo poskytovatelů zdravotní péče použilo jiné základní strategie, jako jsou požádání pacienta o následné shrnutí instrukcí se zaměstnancem (24 procent), používání obrázků a modelů (15 a 10 procent), telefonní hovor pro kontrolu dodržování doporučení (12 procent).

Výsledky výzkumů mohou být pro sociálního pedagoga velkou výzvou a zamyslením se nad možnou reformou předávání informací pacientů a z toho plynoucí zvýšení jejich

nadací Pew (Pew Internet Foundation). Procentuální podíl uživatelů internetu v USA, kteří vyhledávají na internetu zdravotní informace, se v posledních pěti letech pohybuje kolem 80 % [Fox, 2006, s. 1; Fox, 2008, s. 1; Fox, 2011, s. 1–5].

zdravotní gramotnosti. Pro sociální pedagogiku je také důležité tvrzení, že hlavní cílovou skupinou informační gramotnosti ve zdravotnictví už nejsou zdravotničtí profesionálové, ale pacienti. Zajímal mne názor zdravotní sestry na zdravotní gramotnost pacientů.

„Informací je spousta a lidé je umí získat. Bohužel už neumí z té spousty informací vytáhnout ten zdravý základ. Spoléhají se i na nekvalitní informace, čímž si mohou ublížit. Jako příklad uvedu reklamy na různé gely na popáleniny. Příjemce sdělení se z reklamy nedozví, že popáleniny se dělí na několik stupňů a nabízené gely jsou pouze na popálení od sluníčka“ (I1). Informantka mi sdělila více případů špatného přístupu ke zdraví na základě dezinformace. Vzhledem k etickému kodexu sestry, který ji mimo jiné váže k mlčenlivosti, nebudu tyto informace zveřejňovat. Stejně nemohu konkrétně popisovat případy, které uvedla sociálně zdravotní pracovnice a jenž byly znakem nízké zdravotní gramotnosti.

„Po propuštění z nemocnice jsem vyhledávala informace k mé diagnóze a to prostřednictvím internetu. Požadované informace jsem ale získala jen částečně“ (I2).

„Lékaři používali hodně produktů na bázi stříbra. Hledali jsme na internetu způsob použití a informace o těchto produktech. Nepodařilo se nám však nalézt úplně vše co nás zajímalo. Nakonec jsme se obrátili na lékaře, kteří se nám snažili vše vysvětlit“ (I3).

Výše uvedené výpovědi informantek potvrzují zjištění uveřejněná v odborných člancích. Je důležité zaměřit se na rozvoj zdravotní gramotnosti pacientů, což je otázkou nabídky kvalitních a důvěryhodných informací. Osobně jsem měla možnost setkat se s publikací pro rodiče, která radí jak poskytovat první pomoc a kdy volat lékaře, obsahující mystifikující informaci. Konzultovala jsem s lékaři pracujícími v daném oboru a potvrdili mi, že rada je opravdu špatná. I zde vidím uplatnění sociálního pedagoga. Poukázat na literaturu, která je nevhodná a předložit pacientům pouze ověřené, recenzované zdroje.

4.3.6.4 „Kazuistika“

Podle Maříkové (In: Hučík, 2008, s. 5) není pojem kazuistika jasně definovaný. Nejčastěji je odvozován z latinského „casus“. Pojem kazuistika se používá v lékařství, psychologii, právní vědě. V sociologii je zažitéjší pojem „case study“ (případová studie). Současná odborná literatura uvádí oba termíny – „kazuistika“ a „case study“ aniž by se blíže zabývala jejich vzájemným propojením.

Hartl, P. a H. Hartlová (2009, s. 253) definují kazuistiku (case history), případovou studii: *1, „popis jednotlivých případů, např. vznik, průběh a vyléčení duševní choroby či odstranění povahové vlastnosti apod.; stejně jako jedince se může týkat i skupiny lidí či instituce; slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy; často se sestavuje prostřednictvím rekonstrukce životopisu sledované osoby 2 didaktický postup užívaný zejména při profesní přípravě dospělých, kteří se raději učí rozbořem případů než systematickým studiem teorie 3 volnější uplatňování obecných pravidel, např. morálních, s přihlédnutím ke konkrétní situaci jedince“.*

Podle Dorkové (2012, s. 35) zabývající se otázkou kazuistiky u zdravotně sociálního pracovníka je kazuistika metodou, ukazující, že člověk je bytostí holistickou, tj. má své biologické, psychické, sociální ale i spirituální potřeby.

„Zdravotně sociální pracovník při výkonu svého povolání musí usilovat o:

- *resocializaci v případě závažného postižení v důsledku choroby;*
- *podporu a ochranu sociálních rolí pacienta;*
- *minimalizaci iatrogenního sociálního poškození;*
- *psychosociální podporu nemocnému i rodině.*

Kazuistika je jednou z metod, prostřednictvím které mohou studenti pochopit podstatu nemoci, ale také její lidské a společenské souvislosti“ (Dorková, 2012, s. 39).

Cílem kazuistiky není pouze podrobný popis, ale pochopení konkrétního případu, vyvození teoretických závěrů, hypotéz apod. Můžeme nalézt odlišné znaky, ale i znaky, které jsou pro určitý problém typické. Kazuistika je využívána v různých vědních oborech a proto má i specifické významy a oblasti využití. V medicíně, psychiatrii a psychologii jde o popis jednotlivých případů choroby, vytváří se souhrn klinických pozorování jejich příčin, průběhu a léčení s následným praktickým i teoreticko – odborným využitím (Hučík, 2008, s. 8).

Pokud by si sociální pedagog v rámci výkonu profese na nemocničním oddělení zpracovával kazuistiky, mohl by získat velmi cenné informace. Zde bych poukázala na bod 2 definicí Hartlových. Sociální pedagog by se učil nejen osvojováním teorie, ale i rozbořem případů.

„Každý rok si zpracováváme statistiku, která se týká počtu nových případů a počtu sociálních šetření. Na základě statistik jsme zaznamenali mírné snížení sociálních šetření. Spíše se změnil typ případů, které řešíme a to v důsledku nárůstu sociálně znevýhodněných rodin, které nemají stálý domov a bydlí na ubytovnách. S tím jsem se dříve nesetkávala. Problém je v tom, že rodina se stále stěhuje a bydlení na ubytovnách začíná být „palčivým“ problémem. Sociální slabost a absence domova je problém nyní aktuální. Byl tu i případ, kdy mi rodina oznámila, že po propuštění dítěte s ním nemají kam jít, protože jim byl vypovězen nájem. Na jedné straně je tedy mírný pokles klientů, ale na druhé straně se rozšiřuje oblast sociální slabosti, ve které se klienti nacházejí. Přibývá nám intoxikovaných dětí, sebepoškozování, narůstají deprese u dětí“ (I5)

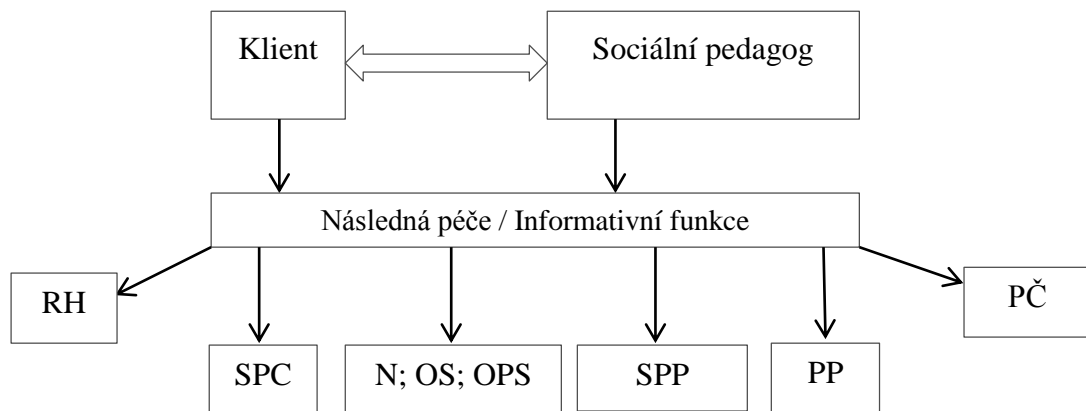
Přesto, že se nejedná přímo o kazuistiku ale o statistiku, jsou zjištěné údaje velmi cenné. Potvrzují, co bylo řečeno v teoretické části o sociální pedagogice a jejím úkolu. Sociální pedagogika by měla v dnešní dynamické společnosti nabídnout pomoc při hledání identity, vnitřního zakotvení v této rychle se měnící době. Sociální pedagogika by měla pomáhat těm, kteří současnému tempu nestačí. Resilience neboli nezdolnost, houževnatost je jedním z pojmů, který by sociální pedagog neměl umět pouze definovat, ale používat v praxi.

„V rámci oddělení zpracováváme statistiky. Dá se říci, že úrazů je pořád stejně. Mění se však příčiny úrazu. Ubývá úrazů způsobených olejem z fritování, horkou vodou z rychlovarné konvice. Naopak přibývá popálenin od krbů, které se staly součástí domácností. Časté jsou popáleniny i při grilování, pro dnešní dobu tolik módním. Spadají sem popáleniny nejen od samotných grilů, ale i od grilovacího uhlí a to zejména u malých dětí. Když se griluje na návštěvě, venku a maminka má dojem, že si hlídá dítě, aby se nespálilo o gril. Přitom popel z grilu se někam odnese, což už ta maminka netuší a malé dítě ho objeví. Vliv na příčinu úrazů má i internet. Jeden čas bylo aktuální vyrábět si výbušniny a plamenomety podle návodů z internetu, což už naštěstí také ubývá. Přibývalo nám popálenin způsobených při sportu „parkour“, kdy si dotyční jako překážku ke zdolání zvolili železniční vagon“ (I1).

Informantka hovořila o příčinách úrazu, což je součást kazuistiky, dalo by se říci, její počáteční fáze. Pokud nebude příčina, nevznikne ani důsledek. Jak je vidět, příčiny se mění společně se životními standardy společnosti. Eliminace příčin úrazu se pojí s prevencí, kterou začíná praktická část této práce. Na základě zjištěných informací může sociální pedagog upravovat preventivní programy spadající do primární prevence. Tak bychom mohli díky kazuistice pokračovat v prevenci sekundární i terciární.

Práce sociálního pedagoga začíná prevencí, nekončí však propuštěním klienta ze zdravotnického zařízení. Zde se liší náplň pracovní činnosti lékařů, sester a ostatních profesí ve zdravotnictví od profese sociálního pedagoga. V jeho kompetenci ve směru ke klientům opouštějícím zdravotnické zařízení, je zajištění následné péče. Mít k dispozici seznam organizací následnou péči poskytující a zajistit aby se dostlala opravdu všem.

4.3.7 Následná péče



Obrázek 5. Následná péče

RH – rehabilitace; SPC – speciálně pedagogické centrum; N – nadace; OS - občanská sdružení; OPS – obecně prospěšné společnosti; SPP – sociálně-právní poradenství; PP – psychologická podpora; PČ – pastorační činnost.

„Zásada kompetentnosti“ spočívá v respektování kompetencí – pravomocí vyplývajících z poslání a charakteru instituce, která poradensko – konzultační služby poskytuje. Každý problém se dotýká mnoha oblastí lidské existence a jeho řešení má charakter týmové práce. Skutečný poradce profesionál je schopen klientovi definovat dané možnosti a vymezit tak oblasti své kompetence, tedy tu oblast, v níž mu může vzhledem ke svému institucionálnímu zázemí i své odborné erudici pomoci, a zároveň klienta kontaktovat s dalšími odborníky, jejichž kompetence s problémem souvisejí“ (Novosad, 2000, s. 123).

Přesto, že sociální pedagog disponuje určitými kompetencemi, nemůže nahradit odborníky z jiných oborů. Jak uvádí Novosad každý problém, který člověka potká, se netýká vždy jen jedné oblasti lidské existence. Sociální pedagog musí uvážit, co spadá do jeho kompetencí a kdy je nutné kontaktovat odborníka daného oboru. Činnost sociálního pedagoga se prolíná s činnostmi jiných oborů, proto je týmová kooperace velmi důležitá pro zajištění pokud možno co největšího komfortu pro klienta.

Specifikum sociálního pedagoga vidím v možné spolupráci s klienty i po ukončení hospitalizace. Co vše by mohl sociální pedagog klientům nabídnout je uvedeno v následujících podkapitolách.

4.3.7.1 Rehabilitace

V Novém akademickém slovníku (2009, s. 688) je pojem rehabilitace definován jako „*léčebná metoda směřující k opětovnému nabytí ztracených schopností po nemoci nebo úrazu*“.

Novosad (2002, s. 57) v souvislosti s poradenstvím hovoří o ucelené rehabilitaci, do níž začleňuje rehabilitaci zdravotní, psychologickou, sociální, pedagogickou, rodinnou, pracovní a volnočasovou.

Sociální pedagog zůstává s klientem v kontaktu i po ukončení hospitalizace. Většinou klientů je po ukončení hospitalizace doporučena rehabilitace. Zda rehabilitační oddělení vyhledají nebo ne, záleží jen na nich. Z rozhovoru se zaměstnankyní rehabilitačního centra jsem se dozvěděla o případech, kdy pacient považuje rehabilitaci za zbytečnou a tudíž se rozhodnou ji nepodstoupit.

Nabytím nových práv získal pacient také větší míru spoluzodpovědnosti. Ta se projevuje v aktivní participaci na zdravotní péči. Zcela jistě mají pacienti důvody, proč rehabilitaci doporučenou lékařem nepodstoupí. Další téma výzkumu pro sociálního pracovníka jako člena nemocničního týmu. Ať už jsou důvody pacientů jakékoliv, navazující spolupráce sociálního pedagoga s klientem i po propuštění by zajistila, aby klient kontaktoval rehabilitační oddělení a využil všech dostupných metod, které toto oddělení nabízí.

Od sociálního pedagoga se tedy očekává dostatek informací, které by klienta motivovaly změnit názor na danou problematiku. Rehabilitační oddělení a jejich zaměstnanci znát osobně a být s nimi neustále v kontaktu. Orientovat se ve službách, které oddělení nabízí.

4.3.7.2 Speciálně-pedagogické centrum

Těžké popáleniny u dětí mohou zanechat takové následky, které přinášejí i změny v oblasti vzdělávání. Otázkou vytváření vhodných podmínek a způsobu integrace žáků se zdravotním postižením se zabývají speciálně-pedagogická centra, která společně s pedagogicko-psychologickou poradnou spadají pod školská poradenská zařízení. Speciálně-pedagogická centra poskytují mimo jiné odborné konzultace v souvislosti s integrací žáků se zdravotním postižením a s vytvářením a naplňováním individuálních

vzdělávacích plánů. Činnost speciálně-pedagogických center upravuje Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb. a její novela Vyhláška č. 147/2011 Sb., zejména pak Vyhláška č. 72/2005 Sb. a její novela Vyhláška č. 116/2011 Sb.

Kooperace sociálního pedagoga se speciálně-pedagogickými centry by měla být jednou z jeho činností v oblasti následné péče. Měl by být schopen zajistit komunikaci rodičů se školou před návratem dítěte do kolektivu. Případně předat rodičům kontakty na speciálně-pedagogická centra v okolí jejich bydliště.

4.3.7.3 Nadace, občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti

„Popáleniny patří k nejtragičtějším a nejtěžším úrazům v každém věku, u dětí ale téměř vždy znamenají bezprostřední ohrožení života. Nezměrné duševní i tělesné utrpení, kterým je tento úraz provázen, je často nad dětské síly. Každý takový úraz je spojen s dlouhodobým pobytem dítěte v nemocnici a mnoha náročnými a bolestnými operacemi. Ani následná zdlouhavá rehabilitační péče není snadná a málokdo si umí představit, jakým trápením musí malý pacient i jeho rodiče projít. Taková péče prakticky nikdy nekončí. Po návratu domů dítě pracně znovu navazuje kontakty s vrstevníky a děti i jejich rodiče čeká každodenní tvrdý boj s následky úrazu. Ten bohužel trvá předlouhá léta a najednou není nikdo, kdo by pomohl“ (online, <http://www.bolito.cz/cz/o-nas/slovo-uvodem.html>).

Občanské sdružení „Bolíto“ a obecně prospěšný spolek „Popálky“ poskytují následnou péči klientům, kteří prodělali úraz popálením. Dá se říci, že jejich činnost obsahuje stejné prvky, jaké jsem přiřadila sociálnímu pedagogovi ve schématu zabývajícím se následnou péčí o klienta.

Občanské sdružení „Bolíto“ se sídlem v Praze vzniklo v roce 2003 a obecně prospěšný spolek „Popálky“, sídlící v Brně, byl založen v roce 1994. Tyto organizace nabízejí služby v oblastech sociálně-právní poradenství, informace o institucích zajišťujících poudrazovou léčbu, poradenství v oblasti péče o popáleniny.

Jak už bylo zmíněno, aktivity organizací se podobají následné péči, kterou přiřazují mezi činnosti sociálního pedagoga. Organizací, zajišťujících zvýšení kvality života nejen lidem, kteří úraz popálením prodělali, ale i jejich rodinám a blízkým, není dle mého názoru dostatek. V České republice jsou v současné době jen dvě. Začlenění sociálního pedagoga do zdravotnického týmu by tuto situaci mohlo značně ovlivnit.

4.3.7.4 Sociálně - právní poradenství

System a úroveň péče zajišťující sociálně-právní poradenství jsou závislé na sociální politice státu a jeho legislativě. Odborná pomoc v této oblasti nemá zvýhodnit či nezvýhodnit klienta ale snaží se zajistit základní občanská práva a svobody.

Většina nemocnic disponuje sociálním i právním oddělením. Jejich služby jsou vyhledávány na žádost lékařů či sester. Málokdy jsou jejich služby poskytnuty pro soukromé potřeby pacientů.

Sociálně-právní poradenství je oblastí velmi rozsáhlou. Proto zde nebudu podrobněji rozvádět, jakých služeb mohou klienti v tomto směru využívat. Sociální pedagog by měl být na základě dosaženého vzdělání schopen poskytnout základní informace týkající se jak otázek sociálních, tak právních. V případě, že řešení problému vyžaduje odbornější poradenství, měl by být schopen klientovi zprostředkovat kontakty na odborníky daného oboru na sociálního pracovníka, právníka.

4.3.7.5 Psychologická podpora

Mezi kompetence sociálního pedagoga v rámci následné péče jsem zařadila i psychologickou podporu. Pacienti, kteří prodělali úraz popálením, je psychologická podpora důležitá nejen během hospitalizace, ale i po odchodu z nemocnice.

Sociální pedagog by měl být schopen rozpoznat, kdy stav pacienta nevyžaduje odbornou pomoc. V takovém případě může být klientovi psychologickou oporou on sám. V opačném případě by měl být schopen motivovat klienta k návštěvě klinického psychologa.

Hartl a Hartlová (2009, s. 481) definují klinickou psychologii jako „*psychologii, která se zabývá diagnostikou, prevencí a terapií duševních chorob a poruch včetně poruch chování, dále vztahy lékaře k pacientovi a pacienta k lékaři i postojem pacienta k nemoci*“.

Pro tuto chvíli je důležité zdůraznit v definici zmiňovaný vztah pacienta k nemoci. V našem případě se jedná spíše o úraz a jeho následky. Psychologickou podporu potřebují pacienti ale i matky, které jsou hospitalizovány jako doprovod. Již jednou zmiňovaná odložená traumatická reakce je důvodem, proč jsem psychologickou podporu zařadila nejen jako kompetenci sociálního pedagoga v rámci výkonu profese na nemocničním oddělení ale i jako jednu z činností následné péče. Druhým důvodem je tvrzení Mauera, že s klienty, kteří prožili silné psychické trauma, je důležitá psychodynamika.

4.3.7.6 Pastorační činnost

„Pastorace – činnost institucionalizovaného náboženství směřovaná k uspokojování náboženských potřeb jedinců; předpokladem je ochota přijímat náboženský výklad světa. Pastorační terapie (pastoral therapy) forma pastorace, která využívá prostředky a postupy křesťanského duchovního vedení k psychoterapeutickým účelům, tedy k úpravě nebo zlepšení duševního zdraví“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 400).

Novosad (2000, s. 63) pastorační činnost definuje jako poskytnutí duchovní pomoci člověku v nesnázích.

Křivohlavý (2002, s. 3) pojednává o pojmu pastorální následovně. *„V kořenu tohoto slova je možno slyšet latinské „pastor“ - pastýř. Dokonce je možno přitom myslet na zcela konkrétního pastýře, který se stará o své stádo. Stará se např. o to, aby ovce měly co spásat a pít, aby byly zabezpečeny proti útokům dravé zvěře, aby se neztratily, aby měly chvíle oddechu. Aby se jim dostalo ošetření v případě nemoci a bolesti. Ztratí-li se - zaběhnou-li se - pastýř je hledá a přivádí zpět ke stádu. Nejen to. Pastýřská péče znamená i trvalou přítomnost pastýře u stáda - jeho osobní starost o každou ovci, jeho péči o dobro každé ovce, jeho zájem o to, aby vše, co se děje i bude dít, bylo dobré a nadějně.“*

Tuto podkapitolu jsem nazvala „Pastorální činnost“, možná by bylo příhodnější inspirovat se Křivohlavým a převzít jeho spojení „Pastorální péče“. Pojem pastorální z pohledu Křivohlavého je uveden výše. Nebylo by moudré, nevěnovat pozornost vymezení pojmu péče, tak jak ho vnímá právě Křivohlavý. Pojetí těchto dvou pojmů od Křivohlavého, nám odhalí pravý význam této činnosti.

„Slovem „péče“ se rozumí „starání se o někoho či o něco“. Opatrování. Přejné věnování pozornosti někomu či něčemu. Pečlivé dbání na zdárný vývoj něčeho. Zabezpečování pomoci. V širším pojetí je možno péči chápat jako projev opravdové lásky někoho k někomu drahému. To, co se rozumí péčí, je možno si ujasnit i pohledem na to, co je protikladem péče: být k něčemu či někomu lhostejný, nedbat na nic a nevídat si toho, co se děje“ (Křivohlavý, 2000, s. 2)

Co se vlastně od pastorační činnosti, chcete-li péče, očekává? Podle Křivohlavého (2002, s. 6) jde o pomoc v těžkých životních situacích, konfliktech, krizích a katastrofách, přičemž těžkosti mohou mít podobu ekonomickou, zdravotní, sociální a podobně.

Sociální pedagog by měl být tolerantní ke všem náboženstvím. V krizových situacích mohou lidé hledat útěchu tam, kde by ji předtím nikdy nehledali. Proto by měl sociální pedagog být schopný reagovat i na potřeby klienta v tomhle směru. Mezi klienty jsou lidé různého náboženského vyznání a přesvědčení. Je zřejmé, že není v možnostech sociálního pedagoga, byť by byl i teologicky erudovaný, aby poskytoval duchovní péči každému z klientů, protože ta bude u každého specifická, podle jeho založení. Úloha sociálního pedagoga by mohla spočívat v tom, že nabídne klientovi možnost duchovní péče a pak dá kontakt či přímo zkontaktuje setkání s duchovním konkrétní církve, podle přání klienta. Proto by bylo vhodné, aby sociální pedagog disponoval základním přehledem o náboženství a o církvích a znal kontakty na duchovní, které může klientovi nabídnout.

Následná péče má shodné prvky s péčí poskytovanou během hospitalizace což potvrzuje fakt, že je důležité navázat kontakt s klientem už během jeho pobytu v nemocnici a tento kontakt udržovat i po ukončení nemocniční léčby. V sociálním pedagogovi vidím osobnost, která by byla schopna tuto kontinuitu zajistit.

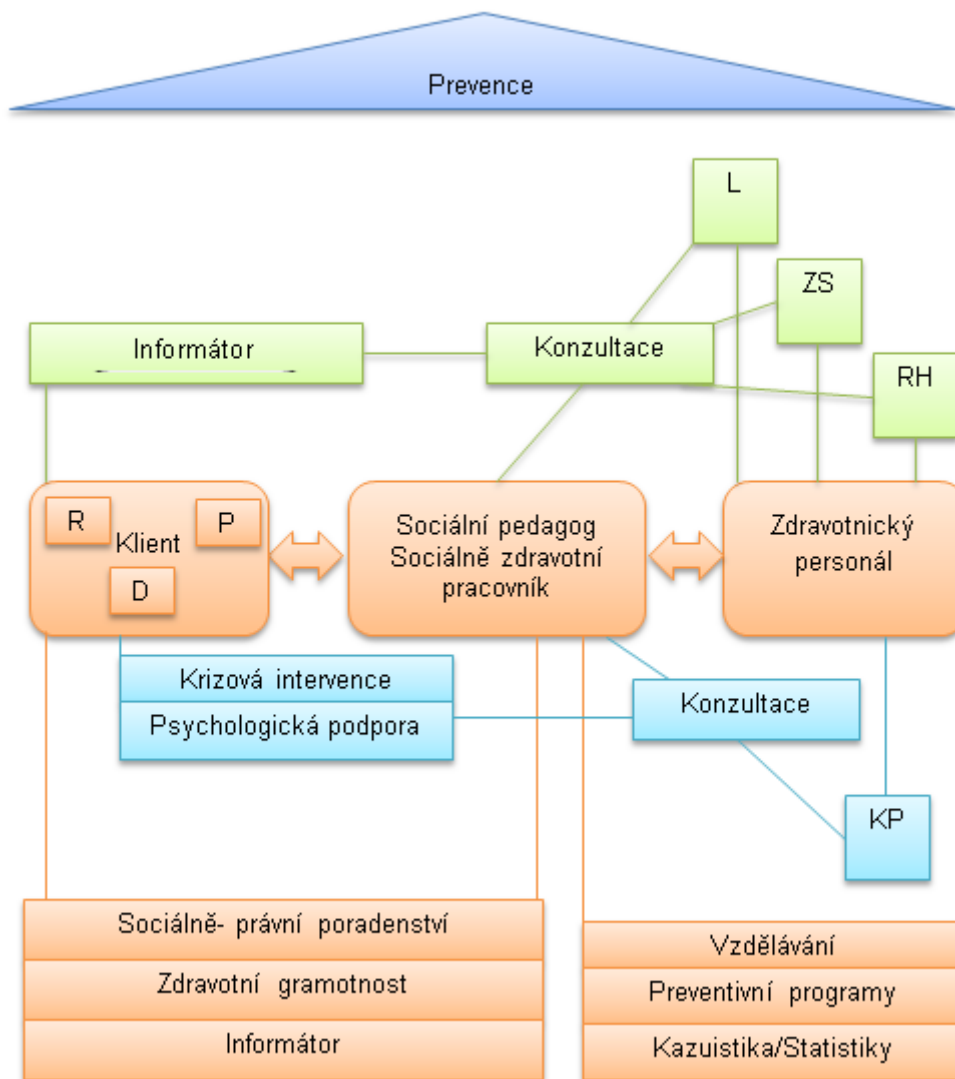
Sociální pedagog by si měl být stále vědom, že jeho schopnosti nejsou neomezené. Snažit se aby multiprofesní tým zachovával neustále podobu „salátu“ nikoliv „polévky“. Být si vědom svých kompetencí a kompetencí ostatních členů týmu. Nepřeceňovat svoje schopnosti a nevystavovat tak sebe i klienta nepříjemným situacím. Péče o pacienta na oddělení popáleninové kliniky je proces dlouhodobý, který přetrvává i po ukončení hospitalizace a jenž v sobě zahrnuje aspekty sociální, psychologický, právní i léčebný. Kooperace odborníků více vědních oborů je proto nutná, přičemž sociální pedagog by mohl zastávat především role „koordinátora a informanta“.

4.3 VÝSLEDKY A DISKUSE

Tato práce měla poukázat na fakt, že sociální pedagog by našel uplatnění jako člen multiprofesního týmu ve zdravotnictví. Bohužel, výsledky není možné zevšeobecňovat a ze zjištěných údajů vyvozovat rozsáhlé závěry a to vzhledem k malému počtu informantů, kterých mělo být původně více. Nevzala jsem v úvahu, že i během výzkumu může dojít k událostem, jejichž důsledky způsobí překážky ve výzkumu. Tento fakt shledávám jako ponaučení do budoucna.

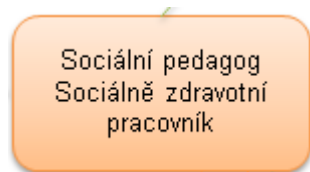
Cílem praktické části bylo vypořádat se s výzkumným problémem „Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení“.

K vypořádání se s výzkumným problémem *Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení* jsem vytvořila schéma na straně 51. Pro sběr informací jsem zvolila rozhovor, tedy kvalitativní metodu. Sdělení získaná od informantů jsem doplnila o poznatky z odborných cizojazyčných článků. Výsledkem výzkumu je toto schéma:



Obr. č. 6 Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení – aktualizováno na základě výsledků výzkumu

(L) – lékař; (ZS) - zdravotní sestra; (KP) klinický psycholog; (RH) – rehabilitační pracovník; (P) – pacient/ka, (D) – dítě, (R) – rodič doprovázející dítě jako pacienta.



Sociální pedagog/ Sociálně zdravotní pracovník

Vzhledem k dosaženému vzdělání by sociální pedagog (dále jen SP) ve zdravotnictví mohl působit, ale až po absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu „Zdravotně-sociální pracovník“ (dále jen SZP). V Brně tento kurz nabízí centrum NCONZO, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Sociálně zdravotní oddělení s celkovým počtem 15 zaměstnanců funguje například ve Fakultní nemocnici Brno, největším zdravotnickém zařízení na Moravě, sídlící ve třech areálech – v Bohunicích (9 SZP), v Černých Polích (2 SZP) a na Obilním trhu (3 SZP). Od roku 2010 je součástí této nemocnice také Sexuologické oddělení se sídlem na Vinařské ulici 6 (1 SZP). Na těchto pracovištích vykonávaly profesi SZP doposud pouze ženy.

Ve vztahu sociální pedagog-lékař jsem ponechala pouze kompetenci „informátor“. Místo původního symbolu [+], znázorňujícího spolupráci, jsem vložila pole s názvem

Konzultace

„konzultace“. a komunikace jsou základem kooperace nejen mezi zdravotnickým personálem, ale i s klientem a jeho rodinou. I1 a I5 potvrdily, že konzultace s lékařem je nezbytná. Podle I5 začíná práce SZP v okamžiku, kdy lékař u dítěte identifikuje problém. Z rozhovoru s I1 vyplynulo, že pacienti informace o svém stavu vyžadují, ale bohužel od nekompetentních osob. Lékař by mohl určovat co je a co není v kompetenci SZP ve vztahu k informacím o zdravotním stavu pacienta. I6 vidí jednu z kompetencí SP právě v komunikaci mezi lékařem a pacientem.

Sociální pedagogika operuje s pojmem „životní situace“. Její pochopení se bez komunikace neobejde. Zde se lze vrátit k teorii, kde se uvádí, že je nutné znát nejen náš svět, ale i svět našich klientů. Dialog, akceptování názorů druhých, je základem zdravé komunikace.

Důraz na kvalitní komunikaci, tzv. „vnitrofiremní komunikaci“, na pracovišti je proto na místě. Vytváří dobré pracovní vztahy a zároveň je prevencí konfliktů. Nesmíme opomenout, že by se mělo pracovat s komunikací jak horizontální, tak i vertikální. Výzkumy uvádějí konflikty na pracovišti jako důsledek špatné komunikace.

Pole s názvem „*Technické poradenství*“ a „*Porozumění odborné terminologii*“ jsem odstranila. „*Technické poradenství*“ lze zařadit pod kolonku **Informátor**.

Jedná se vlastně o typy poradenství, které jsou nastaveny podle individuálních potřeb pacienta jak po dobu hospitalizace, tak po propuštění z nemocnice. Pro tento druh informací je nutná konzultace nejen s lékařem, ale i s ostatním zdravotnickým personálem a institucemi nabízejícími služby v dané oblasti. Stejně jako „*Technické poradenství*“ by pod složkou „*Informátor*“ mohla spadat kompetence „*Zprostředkovatel služeb*“.

„*Porozumění odborné terminologii*“ jsem zahrnuje do kolonky **Zdravotní gramotnost**. Definice zdravotní gramotnosti jako schopnosti přečíst zdravotnické informace, porozumět jim a chovat se podle nich, v sobě dle mého názoru zahrnuje i znalost odborné terminologie. Není tedy nutné uvádět porozumění odborné terminologii jako samostatnou činnost.

Výsledek výzkumu nabízí dva velmi rozdílné názory pojmání sociálního pedagoga/sociálního pracovníka lékaři. I6 hodnotí názor lékařů na práci sociálního pedagoga negativně na rozdíl od I5, která se během své praxe setkala vždy s kladným přístupem. Tento rozdílný názor je možné přisoudit skutečnosti, že I6 je v kontaktu s lékaři, kteří nevyužívají služeb SZP v praxi, a podle sdělení I6 nemá ani veřejnost ani zdravotnický personál dostatečné informace o sociální pedagogice. I5 pracuje jako SZP a je s lékaři v každodenním kontaktu. Lékař je ten, kdo SZP vyhledá a předává tak řešení problému spadajícího do kompetencí SZP. Zde je možné odvolat se na tvrzení I4 o převedení činností na SZP, které jinak vykonávají lékaři či sestry, ač nejsou v náplni jejich práce. I1 potvrdila, že i na oddělení popáleninového centra je sociální pracovnice vyhledána lékařem při podezření na týrání či zanedbání péče.

Schéma spolupráce sociálního pedagoga s klinickým psychologem (dále jen KP) ve vztahu k pacientům zůstává nezměněno. Podle tvrzení všech informantek je kooperace s KP nezbytnou součástí péče o pacienta. I2 potvrdila, že potřeba psychologické podpory se může projevit až po ukončení hospitalizace. Tato skutečnost poukazuje na potřebu spolupráce SP s klientem formou následné péče.

Zdravotnický personál (dále jen ZP) a sociální pedagog. Zde jsem přidala pouze kolonku **Kazuistika/Statistiky**, která byla původně přiřazena k dyádě SP-klient a obsahovala pouze kazuistiku. Statistikami se zabývají jak Sociálně zdravotní oddělení, tak oddělení popáleninového centra. Patří tedy do kompetence zdravotnického personálu, proto by měla být i jednou z činností SP, jakožto člena multiprofesního týmu. Je poukazováno na měnící se příčiny úrazů a rozšiřující se okruh sociálně znevýhodněných rodin, v krajních případech i sociálně vyloučených. Pro dnešní společnost je typický „*Individualismus*“ a to spíše ve významu pejorativním. Rozhovor s I5 potvrzuje, že takto chápaný „*Individualismus*“ je oprávněný vzhledem k zjištění, že se zvyšuje počet hospitalizovaných dětí, intoxikovaných alkoholem. Jedním z důvodů může být ztráta opory zprostředkovaná institucemi, jako jsou rodina, sousedství, komunity a jiné.

Současná literatura se věnuje i otázce kazuistiky, která nabízí velký zdroj informací. Na základě propojení statistiky a kazuistiky je možné získat cenné informace, z nichž lze vyvozovat závěry pro tvorbu preventivních programů.

Dyáda SP a klient si zachovali kolonky „*Sociálně-právní poradenství*“ a „*Zdravotní gramotnost*“.

Sociálně právní poradenství je jednou z činností SZP. Z rozhovorů s informantkami vyplývá, že se jedná převážně o informace, týkající se dávek státní sociální podpory. Právní oddělení fungují pouze interně. Zde se nabízí prostor pro vytvoření právní praxe i pro klienty.

„*Kompetence zdravotnického personálu*“ nebyla smazána, ale pouze začleněna pod kolonku **Informátor**. Rozhovory potvrdily, že pacienti se velmi často obracují s žádostmi o informace na nekompetentní osoby. Řešením by mohl být SP, fungující mimo jiné jako informátor.

Nové schéma je stejně jako to původní zastřešeno „*Prevencí*“. Sociálně zdravotní oddělení se zabývá prevencí domácího násilí, monitoruje je na všech pracovištích ve FN Brno a připravuje preventivní přednášky. Přesto, že I5 hovoří pouze o prevenci v oblasti domácího násilí, velká část její činnosti tvoří „*sekundární prevence*“ a to v oblasti rizikového chování.

Prevenčí se chce do budoucna zabývat i obecně prospěšná společnost Popálky.

Lze konstatovat, že většina činností SP má preventivní rozměr. Na základě kazuistiky a statistiky lze vytvářet preventivní programy. Vzdělávání personálu v oblasti „vnitrofiremní komunikace“ vede taktéž k prevenci konfliktů na pracovišti. Používání informací z plnohodnotných zdrojů vede k prevenci dezinformace pacienta. Výsledky výzkumu potvrzují, že „prevence“ jako jedna z funkcí sociální pedagogiky se objevuje téměř všude. Proto je „prevence“ v sociální pedagogice právem pokládána za funkci primární.

Dílním cílem bylo analyzování rozhovorů k nalezení odpovědí na následující otázky:

1. *„Jak nahlíží na možnost spolupráce se sociálním pedagogem zdravotní sestry?“*
2. *„Uvítali by pacienti jako součást nemocničního oddělení/ týmu, sociálního pedagoga?“*

Ad 1) Výsledek rozhovoru se zdravotní sestrou mne mile překvapil. Na otázku, zda by uvítala sociálního pedagoga jako člena týmu, odpověděla kladně. Vzájemná spolupráce by podle ní zkvalitnila celkovou péči o pacienta. Byla by přínosem nejen pro klienty, ale i pro celý nemocniční personál. Přesto, že si momentálně nedokáže představit, jak by vše probíhalo, doufá, že se nového člena týmu „sociálního pedagoga“ jednou dočkají. Zde bych mohla apelovat na sociální pedagogy, aby se tématu sociálního pedagoga ve zdravotnictví věnovalo více pozornosti. Třeba se přání zdravotní sestry jednou splní. Jsem si vědoma, že na základě tvrzení jednoho informanta nelze vyvozovat obecné závěry.

Přesto, že mínění mé informantky není možné zevšeobecnit, mohu je podložit názory z odborných článků, které sice nehovoří přímo o sociálním pedagogovi, ale o sociálním pracovníkovi. Nalézáme zde požadavky, aby součástí profesního týmu byl i sociální pracovník, který by pacientům zajistil péči, nespádající do popisu práce lékařů a sester.

Další opěrný bod pro kladnou odpověď zdravotní sestry lze nalézt v rozhovoru se sociální pracovnící z obecně prospěšné společnosti Popálky. Zdůrazňuje jak rozměr psychologický, který je nutné u pacientů oddělení popáleninového centra více podpořit, tak rozměr informační. Osobnost, která by tyto mezery vyplnila, spatřuje právě v sociálním pedagogovi.

Ad 2) Z řad pacientů se mi podařilo zajistit dvě informantky. Bývalou pacientku oddělení popáleninového centra a maminku, jejíž dítě prodělalo úraz popálením. Odpovědi informantek byly také kladné. Zajímavé bylo zjištění, že informantky se s dotazy obracely nejdříve na sestru. Jako druhou cestu volily internet a až poté, co se jim nepodařilo získat informace z uvedených zdrojů, kontaktovaly lékaře. I tato tvrzení se shodují se zjištěními, publikovanými v odborných člancích, kde jsou jako koordinátorky všeho dění uváděny především sestry. Přesto, že závěry nejsou opět zobecnitelné, napovídají o skutečnosti, že sociální pedagog jako informant by pro pacienty určitě znamenal velký přínos a to i s ohledem na možné důsledky informací získaných prostřednictvím internetu.

Uvítala bych možnost uskutečnit větší výzkum v rámci nemocničních oddělení, vést rozhovory s pacienty i zdravotním personálem a získat tak vhled do této problematiky.

Pokud se podíváme na kompetence sociálního pedagoga, uvedené v teoretické části této práce a kompetence vyplývající pro sociálního pedagoga z jeho činnosti v rámci týmu nemocničního oddělení, lze konstatovat, že jsou velmi shodné. Střetávají se zde kompetence preventivní, výchovně vzdělávací, poradenské, intervenční i manažerské. Sociální pedagog by tak v rámci oddělení vykonával činnosti, které mu podle současných autorů přísluší.

Velkou nevýhodu pro mne jako výzkumníka spatřuji ve skutečnosti, že nepracuji v profesi, která by měla blíže k sociální pedagogice nebo ke zdravotnictví. Nejsem tedy odborníkem a nemusím mít v řadě tvrzení zcela pravdu. Odborníci mi mohou oponovat. Na druhé straně to může být podnětem pro vyvolání diskuse mezi zdravotníky a sociálními pedagogy a pro hlubší úvahy o tomto tématu.

Součástí diskuse by mělo být porovnání mých zjištění s výsledky předchozích výzkumů na dané téma. Ani na základě rešerše se nepodařilo dohledat žádný výzkum na téma *Sociální pedagog ve zdravotnictví*, proto srovnání není možné.

Jsem ráda, že jsem se rozhodla právě pro toto téma. Tuto oblast pokládám za velmi zajímavou, mělo by se o ní více a hlouběji diskutovat.

ZÁVĚR

Diplomová práce nese název „*Sociální pedagog v resortu zdravotnictví*“. K volbě tohoto tématu mne inspirovaly vlastní zkušenost a skutečnost, že oblast zdravotnictví jako možnost uplatnění sociálního pedagoga není současnými autory rozebírána podrobněji. Pokud ano, tak pouze okrajově. Sociální pedagogy navrhuje jako zaměstnance rehabilitačních oddělení, léčeben dlouhodobě nemocných nebo kontaktních protidrogových center. Jedním z důvodů by mohl být blízký vztah sociální pedagogiky a sociální práce. Vzhledem k transdisciplinárnosti sociální pedagogiky vidím možnost uplatnění sociálního pedagoga i jako člena multiprofesního týmu a to přímo na nemocničním oddělení. Ucelená rehabilitace, která v sobě zahrnuje stránku zdravotní, psychologickou, sociální, pedagogickou, rodinnou a další, je velmi důležitá pro návrat pacienta do běžného života. Aby byla opravdu účinná, vyžaduje mezioborovou kooperaci. Lze oponovat tvrzením, že na odděleních s krátkodobým pobytem pacientů by sociální pedagog uplatnění nenašel. Díky výzkumu jsem dospěla k názoru, že jsou i oddělení, kde by jak pacienti, tak zdravotní sestra sociálního pedagoga uvítali.

Vzhledem k tomu, že se snažím začlenit sociálního pedagoga do resortu zdravotnictví, je potřebné zdůraznit nutnost dalšího vzdělávání. Vysokoškolské vzdělání není v tomto směru dostačující. Aby mohl sociální pedagog působit jako člen multiprofesního týmu ve zdravotnictví, měl by absolvovat kurzy, odpovídající potřebám daného oddělení. Kurzy zaměřené na interpersonální komunikaci, psychoterapeutické kurzy a v neposlední řadě relaxační techniky, pro pomáhající profese tolik důležité. Pojem „učící se organizace“ by pro multiprofesní tým neměl být cizí.

V kazuistice jako jedné z forem vzdělávání vidím pro sociálního pedagoga nekonečný zdroj informací. Soustavné sebevzdělávání je pro sociálního pedagoga samozřejmostí stejně jako etický kodex a etické zásady pro pomáhající profese. Výzkumná a publikační činnost by měla být také součástí výkonu profese sociálního pedagoga jako člena multiprofesního týmu.

Má diplomová práce je výzvou nejen pro mne k dalším výzkumným aktivitám, ale i pro ostatní sociální pedagogy v této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ZÁKONY

- [1] Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních
- [2] Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách
- [3] Zákon č. 160/1992 Sb. Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- [4] Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách
- [5] Zákon č. 561/2004 Sb. Školský zákon
- [6] Zákon č. 563/2004 Sb. Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

2. SLOVNÍKY, ENCYKLOPEDIE, UČEBNICE

- [7] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2009, 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1
- [8] JŮZL, M. Základy pedagogiky. Brno: IMS, 2010, 185 s.
- [9] Kolektiv autorů. Filozofický slovník. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1976, 548 s.
- [10] KRAUS a kol. Nový akademický slovník cizích slov A – Ž. Praha: Academia, 2009, 879 s. ISBN 978-80-200-1415-3
- [11] Masarykův slovník naučný. Díl 6. R-S. Praha: Československý kompas, 1932, 1132 s.
- [12] PRŮCHA, J a kol. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9
- [13] PETRUSEK, M. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996, 749 - 1627 s. ISBN 80-7184-310-5
- [14] RADVAN, E. O vědě a metodologických specifikách společenských věd. Brno: IMS, 2012, 64 s.
- [15] RADVAN, E. Soudobá filosofie. Brno: IMS, 2006, 65 s.
- [16] RADVAN, E. Úvod do filosofie a etiky. Brno: IMS, 2011, 157 s.
- [17] RADVAN, Eduard a Jiří Kučera. O vědě a metodě. Brno: IMS, 2011, 97 s.
- [18] Všeobecná encyklopedie M - O. Praha: Diderot, 1999, 507 s. ISBN 80-902555-7-4

3. OSTATNÍ LITERATURA

- [19] ARISTOTELES. Politika. Praha: Oikoymenh, 1999, 159 s. ISBN 80-86005-92-5
- [20] BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. Bratislava, 2005, ISBN 978-80-969944-0-3
- [21] BAUMAN, Z. Individualizovaná společnost. Praha: Mladá fronta, 2005, 290 s. ISBN 80-204-1195
- [22] BENDL, S. Nárys sociální pedagogiky. Praha: Karolinum, 2014, 68 s. ISBN 978-80-7290-668-0
- [23] BLECHA, I. Filosofie. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2004, 279 s. ISBN 80-7182-147-0
- [24] CACH, J a kol. J. J. Rousseau a jeho pedagogický odkaz. SPN, 1967, 158 s.
- [25] FROMM, E. Mít, nebo být? Praha: Aurora, 2001, 242 s.
- [26] GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6
- [27] FERJENCIK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6
- [28] HELUS, Z. Psychologické problémy socializace osobnosti. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973, 231 s.
- [29] HRONCOVÁ, Jolana a Ingrid Emmerová. Sociální pedagogika vývoj a současný stav. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bella, Pedagogická fakulta, 2009, 276 s. ISBN 978-80-8083-819-5
- [30] HUČÍK, Ján a Alena Hučíková. Kazuisitka v špeciálnej pedagogike. Rožumberk: Katolícka univerzita, 2008, 102 s.
- [31] JUREK, B. Problém periodizace dějin. Praha: Vydáno vlastním nakladatelstvím, 1991, 31s.
- [32] KELLER, J. Úvod do sociologie. Praha: Slon, 2010, 204 s. ISBN 978-80-86429-39-7
- [33] KLAPILOVÁ, S. Kapitoly ze sociální pedagogiky. Olomouc: Univerzita Palackého, 1996, 63 s. ISBN 80-7067-669-8
- [34] KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3

- [35] KRAUS, B. POLÁČKOVÁ, V. Člověk, prostředí, výchova. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2
- [36] KUBEŠ, M., D. SPILLEROVÁ a R. KURNICKÝ. Manažerské kompetence. Praha: Grada, 2004, 184 s. ISBN 80-247-0698-9
- [37] MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- [38] MLČÁK, Z. Profesionální kompetence sociálních pracovníků. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, 350 s. ISBN 80-7368-129-3
- [39] MURRAY, A. S. Kdo je kdo v mytologii. Brno: Jota, 1997, 304 s. ISBN 80-7217-005-8
- [40] NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000, 160 s. ISBN 80-7178-197-5
- [41] NOVÝ, I. a kol. Sociologie pro ekonomy a manažery. Praha: Grada, 2006, 288 s. ISBN 80-247-1705-0
- [42] PESTALOZZI J. H. Výbor z pedagogických spisů. Praha: SPN, 1956, 149 s.
- [43] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie moudrosti a dobrého života. Praha: Grada, 2009.
- [44] SINGULE, F a kol. JOHN LOCKE o výchově. Praha: SPN, 1984, 229 s.
- [45] SKUTIL, M. Základy pedagogicko – psychologického výzkumu pro studenty učitelství. Praha: Portál, 2011, 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7
- [46] ŠTVERÁK, V. Stručné dějiny pedagogiky. Praha: SPN, 1983, 308 s.
- [47] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- [48] TURECKIOVÁ M. Řízení a rozvoj lidí ve firmách. Praha: Grada, 2004, 168 s. ISBN 80-247-0405-6
- [49] VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ. Kompetence ve vzdělávání. Praha: Grada, 2008, 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8

4. ČASOPISY, PERIODIKA, SBORNÍKY

- [50] ALLEN, H. Is There a Social Worker in the House? Health Care Reform and the Future of Medical Social Work. Inflow: Oxford Journals, Health & Social Work [online]. 2012 [cit. 2015-02-13] Dostupné z: <http://www.hsw.oxfordjournals.org/content/early/2012/10/18/hsw.hls021.short>
- [51] BAKOŠOVÁ, Z. Perspektivy sociální pedagogiky jako vednéj disciplíny. In: Recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodní konference. Sociální pedagogika ve střední Evropě, současný stav a perspektiva. Brno: IMS, 2009, 651 s. ISBN 80-902936-1-1
- [52] BAKOŠOVÁ, Z. In: Sociální pedagog. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2006, 242 s. ISBN 80-223-2205-9
- [53] BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3
- [54] COLVIN, J. D., B. NELSON a K. CRONIN. Integrating Social Workers into Medical-Legal Partnerships: Comprehensive Problem Solving for Patients. Inflow: Oxford Journals, Social Work [online]. 2012 [cit. 2015-01-16]
- [55] ČERVEŇANOVÁ, E. Posudzovanie v edukácii – príklady z praxe. In: Recenzovaný sborník příspěvků z Mezinárodního odborového sympózia. Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta ústav ošetrovatelství, 2012, s. 93. ISBN: 978-80+87347-12-6
- [56] DORKOVÁ, Z. Chápání nemoci jako sociální události prostřednictvím kazuistik. In: Recenzovaný sborník příspěvků z Mezinárodního odborového sympózia. Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta ústav ošetrovatelství, 2012, s. 93. ISBN: 978-80+87347-12-6
- [57] HAŠKOVEC, J. Kacířské teze. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3

- [58] HRONCOVÁ, J. Sociální pedagogika – vývojové tendencie a súčasný stav. Pedagogická orientace 2005, č. 2, s. 106 – 113. ISBN 1211-4669. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/pedor/archiv/2005/pedor05_2_socialna_hroncova.pdf
- [59] HŘEBÍČEK, L. Vědní a aplikační tvář sociální pedagogiky. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3
- [60] JIRKOVSKÝ, Daniel a Hana Nikodemová. Vzděláváním k vyšší kvalitě péče. In: Recenzovaný sborník příspěvků z Mezinárodního odborového sympózia. Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta ústav ošetrovatelství, 2012, s. 93. ISBN: 978-80+87347-12-6
- [61] JONES, R. The definition and deployment of differential core professional competencies and characteristics in multiprofessional health and social care teams. Inflow: Health and social Care in the community [online]. 2013, Volume 21, Issue 1 [cit. 2015-01-16]. Dostupné z: <http://www.onlinelibrary.wiley.com>
- [62] JŮZL, M. K dějinám české sociální pedagogiky. In: Recenzovaný sborník Sociální pedagogika ve službě člověku a společnosti. Brno: IMS, 2014, 933 s. ISBN 978-80-88010-01-2
- [63] KOŤA, J. Poznámky k inovacím a ke změnám ve vzdělávání všeobecných sester. In: Recenzovaný sborník příspěvků z Mezinárodního odborového sympózia. Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta ústav ošetrovatelství, 2012, s. 93. ISBN: 978-80+87347-12-6
- [64] KRAUS, B. Sociální pedagogika jako vědní disciplína a jako studijní obor. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3
- [65] KRAUS, B. Sociální pedagogika ve službě člověku. In: Recenzovaný sborník Sociální pedagogika ve službě člověku a společnosti. Brno: IMS, 2014, 933 s. ISBN 978-80-88010-01-2
- [66] KŘIVOHLAVÝ, J. Pastorační péče. Třebenice: 2000, 136 s. ISBN 80-85942-42-9

- [67] LIECHTY, J. M. Health Literacy: Critical Opportunities for Social Work Leadership in Health Care and Research. *Inflow: Oxford Journals, Health & Social Work* [online]. 2011, Volume 36, Issue 2 [cit. 2015-01-16]. Dostupné z: <http://hsw.oxfordjournals.org/content/36/2/99.short>
- [68] LORENCOVÁ, J. Pomáhání jako etická báze teoretického a praktického rozvíjení sociální pedagogiky. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3
- [69] MAREŠ, J. Sociální pedagogika a sociální lékařství: shody, rozdíly, otazníky. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3
- [70] POLÁČKOVÁ, V. Porozumění jako sociálněpedagogická cesta. In: Sborník příspěvků z I. mezinárodní konference uskutečněné ve spolupráci s Pedagogickou fakultou MU v Brně na téma Sociální pedagogika jako vědecká a společensky užitá disciplína. Brno: IMS, 2000, 434 s. ISBN 80-902936-0-3
- [71] RISHEL, C. W. Teaching Note-Integrating Prevention Content Into Clinical Social Work Practice Courses. *Journal of Social Work Education*. 2014, volume 50, issue 4, s. 752. ISSN: 10437797
- [72] SVATOŠ, T. Československo 1918-1939 pohledem reformního pedagogického hnutí. In: Recenzovaný sborník příspěvků z Mezinárodního odborového sympózia. *Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta ústav ošetrovatelství, 2012, s. 93. ISBN: 978-80+87347-12-6
- [73] ŠPÁNIK, M. Špecifiká prípravy sociálnych pedagógov. In: *Sociálny pedagóg. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2006, 242 s. ISBN 80-223-2205-9
- [74] VYČÍTALOVÁ A. Informační gramotnost ve zdravotnictví se zaměřením na rozvoj informační gramotnosti pacientů. *Inflow: Knihovna* [online]. 2012, roč. 23, no. 2 [cit. 2014-10-02]. ISSN 1801-3252. Dostupné z: <http://www.knihovna.nkp.cz/knihovna122/vycit.htm>

- [75] ŽUMÁROVÁ, M. Medailon – prof. PhDr. Blahoslav KRAUS, CSc. Sociální pedagogika. 2013, roč. 1, č. 1, s. 111. [cit. 2014-11-22].

Dostupné z: http://soced.cz/wp-content/uploads/2014/04/Host-Soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky_Medailon-B.-Kraus.pdf

5. VYSOKOŠKOLSKÉ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

- [76] PUKÝŠOVÁ, Alena. Uplatnění absolventů sociální pedagogiky na trhu práce. Brno, 2012. Bakalářská diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Filozofická fakulta

6. INTERNETOVÉ ZDROJE

- [77] AIEJI. International Association of Social Educators. [cit. 2014-11-22]
Dostupné z: <http://www.aieji.net>
- [78] ČVUT V PRAZE. Ústřední knihovna ČVUT. [cit. 2014-12-20]
Dostupné z: <http://www.knihovny.cvut.cz/uvod/>
- [79] ČESKÁ TELEVIZE. iVysílání, Anežka Česká. [cit. 2014-10-25]. Dostupné z:
<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10300411223-anezka-ceska/21156226410>
- [80] EVROPSKÁ KOMISE. Evropská dohoda o duševním zdraví a životní harmonii. Konference Evropské unie na vysoké úrovni [online]. 12. - 13. 6. 2008 [cit. 2015-02-20].
Dostupné z: http://www.ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_cs.pdf
- [81] FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. Kliniky a oddělení. [cit. 2015-05-03]
Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/kliniky-a-oddeleni/t1952>
- [82] MAGISTRÁT MĚSTA BRNA. Kancelář projektu "Brno – Zdravé město". [cit. 2014-12-20] Dostupné z: <http://www.brno.cz/sprava-mesta/magistrat-mesta-brna/usek-rozvoje-mesta/kancelar-projektu-brno-zdrave-mesto/>
- [83] MAUER, M. Psychologie popáleninové medicíny. Sestra [online časopis]. 2009,12 [cit. 2015-02-20].
Dostupné z: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychologie-popaleninove-mediciny-448621>

- [84] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. [cit. 2014-12-20]
Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>
- [85] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zdraví 2020.
Osнова evropské zdravotní politiky pro 21. století
Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html
- [86] NÁRODNÍ SOUSTAVA POVOLÁNÍ. Dostupné z: <http://katalog.nsp.cz/uvod.aspx>
- [87] OBČANSKÉ SDRUŽENÍ BOLÍTO. Pomoc popáleným dětem. [cit. 2014-12-20]
Dostupné z: <http://www.bolito.cz/cz/o-nas.html>
- [88] POPÁLKY O.P.S. Popáleniny a pomoc popáleným. [cit. 2014-12-20]
Dostupné z: <http://www.popalky.cz/>
- [89] SPOLEČNOST PODANÉ RUCE O.P.S. [cit. 2014-12-20]
Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/>
- [90] VESELÝ, J. Svatá Zdislava z Lemberka. Toulky českou minulostí. In: ČRo Dvojka [online]. 19. 4. 2006 [cit. 2014-12-20].
Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/toulky/vysila_praha/_zprava/0078-schuzka-05-01-1997-svata-zdislava-z-leberka—240379
- [91] ZDAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK. Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2014-12-22].
Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIEJI	Mezinárodní organizace sociálních pedagogů
JOP	Jiný odborný pracovník
NSP	Národní soustava povolání
NSZM ČR	Národní síť Zdravých měst České republiky
SZO	Světová zdravotnická organizace
ZPBD	Zdravotnické povolání bez odborného dohledu
ZPSZ	Zdravotnické povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti
ZPOD	Zdravotnické povolání pod odborným dohledem
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Základní pojetí profesních kompetencí (zdroj: Mlčák, 2005, s. 44)	37
Obrázek 2. Profesní kompetence sociálního pedagoga podle AIEJI	38
Obrázek 3. Model kompetencí sociálního pedagoga (Kraus, 2001)	39
Obrázek 4. Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení	51
Obrázek 5. Následná péče	73
Obrázek 6. Zasazení sociálního pedagoga do týmu nemocničního oddělení – aktualizováno na základě výsledků výzkumu	79