

Zdravotně sociální pracovník v sociálně aktivizačních službách

Denisa Frydryšková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Frydrýšková**

Osobní číslo: **H16129**

Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**

Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Zdravotně sociální pracovník v sociálně aktivizačních službách**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi se zaměřením se na práci s romským etnikem.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu prostřednictvím ankety mezi romskými rodinami.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

URBAN, David. Sociální práce s romskými rodinami. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-457-7.

TÓTHOVÁ, Valérie. Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2016. ISBN 978-80-7422-467-6.

DZIEGIELEWSKI, Sophia F. The changing face of health care social work: opportunities and challenges for professional practice. New York: Springer Publishing Company, 2013. ISBN 978-0826119421.

DOUBEK, David, Markéta LEVÍNSKÁ a Dana BITTNEROVÁ. Pomoc a pořádek: kulturní modely v pomáhajících profesích. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2015. ISBN 978-80-87398-48-7.

BALVÍN, Jaroslav, Małgorzata Ewa KOWALCZYK a Łukasz KWADRANS, ed. Situation of the Roma minority in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia. Wrocław: Foundation of Social Integration Prom, 2011. ISBN 978-83-928354-6-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lucia Elsner, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně17.5.2019.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *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, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *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, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Předložená bakalářská práce pojednává o profesi zdravotně sociálního pracovníka a o práci v sociálně aktivizačních službách poskytující péči rodinám s dětmi romského původu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V části teoretické jsou uvedeny zejména obecné informace o zdravotně sociální práci, o profesi zdravotně sociálního pracovníka, o sociálních aktivizačních službách a o práci s romskou rodinou. V praktické části je popisováno kvantitativní výzkumné šetření, které probíhalo na základě ankety. Respondenty byly rodiny, které spolupracují se sociální aktivizační službou Mozaika. Cílem praktické části je zjistit potřebnost zdravotně sociálního pracovníka v sociálně aktivizační službě Mozaika. Výstupem bakalářské práce je vytvoření pracovního místa v sociálně aktivizační službě Mozaika.

Klíčová slova: zdravotně sociální pracovník, sociálně aktivizační služba, zdravotně sociální práce, romská rodina

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the profession of a health social worker and work in social activation services providing care to families with children of Roma origin. The thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part includes general information about the health care social work, the profession of health social worker, social activation services and working with the Roma family. The practical part describes a quantitative research which was conducted on the basis of a survey. The respondents were families who cooperate with the Mozaika social activation service. The aim of the practical part is to determine the usefulness of the healthcare social worker in the social activation service Mozaika. The output of the bachelor thesis is the creation of a job position in the social activation service Mozaika.

Keywords: health social worker, social activation service, health care social work, Roma family

Poděkování

Velké poděkování patří paní PhDr. Lucii Elsner, Ph.D., za odborné vedení a za poskytnutí důležitých rad a podnětů při zpracování celé bakalářské práce.

Touto cestou bych chtěla poděkovat celé rodině a kamarádům za podporu, kterou mi dávali během celého studia. Dále chci poděkovat pracovníkům v sociálně aktivizační službě Mozaika, za zprostředkování výzkumu a cenné rady při vypracovávání praktické části bakalářské práce.

Prohlášení

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

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE	11
1.1 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PRÁCE (VE ZDRAVOTNICTVÍ) V ČR.....	12
1.2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	16
1.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	17
1.3.1 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka.....	18
1.3.2 Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka.....	20
1.3.3 Osobnost zdravotně sociálního pracovníka.....	22
2 SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBA PRO RODINY S DĚTMI	24
2.1 RODINA.....	25
2.2 FUNKCE RODINY.....	26
2.3 SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBA MOZAIKA.....	29
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU	32
3.1 ROMSKÁ RODINA.....	34
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S ROMSKOU RODINOU.....	36
3.3 PROBLEMATIKA ZDRAVÍ V ROMSKÝCH RODINÁCH.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	41
4.1 CÍL VÝZKUMU.....	41
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	41
4.3 METODIKA VÝZKUMU.....	41
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	42
5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	43
5.1 ZPRACOVÁNÍ ANKETY OD PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY.....	43
5.2 ZPRACOVÁNÍ ANKETY OD KLIENTŮ SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY.....	48
6 ZÁVĚR VÝZKUMU A DOPORUČENÍ DO PRAXE	53
6.1 DOPORUČENÍ DO PRAXE.....	56
6.2 VYMEZENÍ RIZIK.....	59
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
SEZNAM OBRÁZKŮ	69
SEZNAM TABULEK	70
SEZNAM GRAFŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Předložená bakalářská práce se zabývá ukotvením profese zdravotně sociálního pracovníka v sociálně aktivizační službě. S tím souvisí propojení sociální práce a zdravotní péče. Troufám si říci, že propojení sociální a zdravotní péče přispívá ke komplexnímu zajištění potřeb ať už u klienta či pacienta. Je ale otázkou, zda je potřebná zdravotní péče i ve službě jako je sociální služba pro rodiny s dětmi. Na tuto otázku zjišťujeme odpověď v praktické části.

Vzhledem k tématu celé bakalářské práce, se v teoretické části budeme zabývat hlavními tématy, jako je zdravotně sociální práce, sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi a sociální práce s rodinou. Pro pochopení sociální práce a zdravotně sociální práce bude v teoretické části zmíněn vývoj sociální práce, protože je teoretickým základem pro vznik sociální práce ve zdravotnictví. Dále uvedeme zákonné vymezení zdravotně sociální práce a na to navazující definici profese zdravotně sociálního pracovníka. V podkapitole zdravotně sociální pracovník především popíšeme jeho kompetence, odbornou způsobilost pro výkon své profese a v poslední řadě osobnostní vlastnosti. V teoretické části se zmíníme také o sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi. V této části najdeme pojem rodina, její funkce a typy. Významnou složkou této kapitoly bude popsání konkrétní sociálně aktivizační služby nesoucí název Mozaika, ve které bude proveden výzkum. Tato konkrétní sociálně aktivizační služba byla vybrána z toho důvodu, že jsme zde vykonávali odbornou praxi v rámci studia. Poslední kapitolou teoretické části shrne sociální práci s rodinou. Zde poukážeme na specifika práce s rodinou. Také vymežíme konkrétní cílovou skupinu, se kterou může zdravotně sociální pracovník případně sociální pracovník pracovat. Jelikož výzkum provádíme v sociálně aktivizační službě, kde jsou převážnými klienti Romové, následující podkapitola doplní informace týkající se sociální práce s danou minoritou. Zde se budeme zabývat otázkou vnímání zdraví u romské populace. Cílem teoretické části je propojit zdravotní péči se sociální prací v sociální službě, která je poskytována dle zákona o sociálních službách rodinám s dětmi.

Empirická část bude věnována zjišťování potřeby profese zdravotně sociálního pracovníka v konkrétní sociálně aktivizační službě. Praktická část se zaměří na charakteristiku výzkumu a následnou interpretaci získaných dat. Výzkumné šetření bude provedeno jak u klientů sociálně aktivizační služby Mozaika tak i u pracovníků této služby. V případě zjištění potřeby, navrhne vytvoření pracovního místa zdravotně sociálního pracovníka, který by za-

jišťoval v dané organizaci zdravotně sociální péči pro své klienty. Odbornost tohoto pracovníka by tak přispěla ke komplexnější podpoře sociálně slabším rodinám v oblasti zdraví a prevence nemocí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Na úvod si vysvětlíme vzájemné prolínání sociální práce a zdravotní péče. Historické propojení sociální práce se zdravotnickým zaměřením bylo ukotveno legislativou Ministerstva zdravotnictví ČR. Problematika sociální a zdravotní péče je velmi těsně propojena a dotýká se všech pomáhajících profesí. Každý z nás si uvědomuje změny, ke kterým ve společenské oblasti života dojde v případě rozvoje onemocnění. Ale ne každý tuto situaci zvládne bez podpory či odborné pomoci. Všichni odborníci v praxi si jsou vědomi nutné multidisciplinarity, ale postavení profese a vymezené činnosti sociálních pracovníků nejsou v jednotlivých rezortech jednotné a jasné. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

Péče o klienty a pacienty se zaměřuje na sociální potřeby nebo zdravotní péči. V praxi však můžeme narazit, že je potřeba tyto sféry propojit. Často dochází, že klientům je poskytována sociální péče, která zasahuje do oboru zdravotnictví a naopak. Pro pochopení profese zdravotně sociální pracovník je potřeba znát základní definování sociální práce. Obecně sociální práci vymezujeme jako vědeckou disciplínu, která upravuje a řeší problémy jedinců, skupin a komunit, které vznikají z konfliktu potřeb jedinců a společenských potřeb. Jejím úkolem a cílem je zlepšit kvalitu života všech lidí v dané společnosti a zároveň předcházet vznikajících konfliktů. Sociální práce je také zároveň prostředníkem mezi tím, co vyžaduje společnost ve svých normách, a tím co žádá jedinec. (Vrtišková, 2009)

„Zdravotně sociální práce je odborná disciplína zaměřená na sociální práci s člověkem, který se v souvislosti se svým zdravotním stavem či věkem (často obojím) dostal do svízelné životní (sociální) situace, nebo již ve svízelné životní situaci byl ještě před hospitalizací či jinou intervencí ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Je určena také těm klientům a jejich blízkým, kteří mají specifické sociální a kulturní potřeby, jejichž uspokojování přesahuje rámec standardní ošetrovatelské péče.“ (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 28)

Mezi úkoly zdravotně sociální práce patří využití vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci vedoucí ke kvalitnějšímu životu. Zajišťuje komplexní péči o klienta či pacienta v souladu s posláním zdravotnického zařízení a posláním oboru sociální práce. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti).

Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.“ (Matoušek, 2016, s. 200-201)

Také Tokárová a kolektiv (2003) rozdělují definici sociální práce na základě úhlu pohledu. Jeden úhel pohledu pojmenovává sociální práci jako praktickou a ten druhý jako vědní disciplínu. Praktická sociální práce je přímým, záměrným a připraveným kontaktem sociálního pracovníka s klientem, skupinou nebo komunitou za účelem stanovení sociální diagnózy a realizace sociální péče. Sociální práce jako vědní disciplína se zabývá otázkou definování předmětu výzkumu, stanovení zákonů, principů a metod a vzájemných vztahů s dalšími vědními disciplínami.

Výkon sociální práce můžeme vidět ve všech oblastech společnosti, zatímco zdravotní práci nalezneme především ve zdravotnickém zařízení. Poskytnutá zdravotně sociální péče však může být méně profesionální a komplexní, aby zajistila takovou péči, která by plně respektovala specifika nemocných lidí, jedinců s handicapem, seniorů a dalších, kteří takovou péči vyžadují, včetně příbuzných a blízkých klientů. Sociální práce ve zdravotnictví hraje důležitou roli při ošetřovatelském a léčebném procesu. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011)

Základní teoretická perspektiva zdravotní sociální práce spočívá v tom, že biologické, psychologické a sociální systémy se vzájemně ovlivňují a jsou příčinami a následky problémů, týkajících se poruch zdraví. (Cowles, 2003)

1.1 Vývoj sociální práce (ve zdravotnictví) v ČR

Tokárová (2003) uvádí, že význam vymezení dějin sociální práce souvisí především se základními funkcemi, které tato disciplína plní. Patří zde funkce teoretická umožňující poznávání podstaty sociálních jevů a jejich historických pramenů. Dále funkce výchovně- vzdělávací založená na schopnosti sledovat vývoj a tendenci sociálních jevů a sociální teorie a schopnosti hodnocení sociálních jevů a událostí. Poslední funkcí, o které se výše uvedená autorka zmiňuje, je pragmatická funkce. Zdůrazňuje, že dějiny sociální práce jsou zdrojem podnětů a zkušeností, které umožňují lepší poznání a správné pochopení současných sociálních problémů. Zároveň přispívá k vyvarování se chyb a omylů. Sociální práce si je vědoma svých historických kořenů, na které se odvolává a upevňuje si tak svou pozici.

„Teoretická východiska zdravotně sociální práce představují základy sociální práce.“ (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 69) Z toho vyplývá, že sociálně zdravotní práce je

specifickým vymezením sociální práce, proto se tato podkapitola věnuje především vývojem sociální práce jako takové.

Vnímání poskytování sociální práce můžeme nalézt od prvopočátku, nemůžeme však mluvit o sociální práci jako vědní disciplíně. Charakter této péče byl spíše intuitivní a míra poskytování péče byla dána tehdejší uspořádáním společnosti. Lidé ocitávajíc se v obtížné sociální situaci, vyhledávali pomoc u jedinců, kteří vzhledem k svému povolání měli schopnost pomoci při zmirňování či odstraňování vzniklé obtížné situace. Tato práce byla spíše neuvědomělá a nesoustavná. (Vrtišková, 2009)

Nejsilnějším podnětem k péči o nemocné a staré lidi, vdovy nebo sirotky a lidi bez domova byla myšlenka pomáhat ostatním a konat obecné dobro. V dřívějších dobách byla prvotní a prakticky jedinou institucí, která řešila sociální problémy především rodina či komunita. V dnešní společnosti je vliv rodiny stále velice důležitý (např. opora blízkých ovlivňuje psychologický stav nemocného a to má vliv na jeho celkové zdraví). (Kuzníková a kolektiv, 2011) Nejstarší organizovanou pomoc poskytovala církev. Postupem času se tato pomoc a péče stala předmětem činnosti náboženských řeholních řádů a jejich klášterů. Na sociální problémy, jako je epidemie a hladomor, církev reaguje zakládáním ústavů při kláštorech a kostelech. (Matoušek, 2007)

V období renesance se do popředí dostává nově vzniklá společenská třída (měšťanstvo), která částečně přebírá církevní péči. Rozvíjí se i organizovaná léčebná péče. Postupně jsou zakládány špitály, které poskytují jen základní ošetření a nouzové ubytování. Od 16. století jsou zakládány sirotčince pro výchovu opuštěných dětí. V 16. a 17. století byla měšťanská péče zbrzděna z důvodu rekatolizace. V roce 1789 založen pražský nalezinec. Tento nalezinec sloužil jako útulek pro nemanželské děti před umístěním do pěstounských rodin. Období Rakousko-uherské monarchie až do 1. světové války charakterizuje vznik povinnosti obce pečovat o své potřebné občany. Tato péče spočívala především v poskytnutí nezbytné péče, jako je strava, ošacení, obuv a ubytování. První zákonná norma, která zabezpečuje postavení dítěte v rodině je vydána roku 1811 jako Občanský zákon. Na něj následně navazuje školský zákon z roku 1869 upravující zřizování ústavů pro zanedbané děti. (Vrtišková, 2009)

Na počátku 19. století, které bylo ve znamení ekonomických, politických a sociálních přeměn, přebraly funkci rodin a komunit formální organizace, které zajišťovaly důležité institucionalizované činnosti jako například výchovu, vzdělání, léčení. (Kuzníková a kolektiv,

2011) Mezi dětmi a mládeží se rozmáhá tuláctví, kriminalita a žebrota, a to v důsledku velmi nízké úrovně péče o děti. (Vrtišková, 2009)

Zrod sociální péče ve zdravotnictví je připisován roku 1905, kdy zdravotní sestra Garnet I. Pelton byla jmenována na první pozici sociálního pracovníka v nemocnici v Massachusetts na klinice interního lékařství. Od počátku sociální práce ve zdravotnictví odborníci viděli roli sociální práce jako doplněk funkcí zdravotnického a ošetrovatelského personálu. Sociální práce ve zdravotnictví měla doplnit především řešení sociálních problémů, které ovlivňují léčbu pacienta. (Cowles, 2003)

Sociální práce jako samostatný vědní obor vznikala zhruba na konci 19. století a počátku 20. století. (Smutková, 2007) Ve 20. století se z charitativní práce dobrovolnických sdružení stala vědní disciplína, která měla vlastní etický kodex, formální způsob výuky a silné a organizační propojení na státní správu. Nakonec to byli sociální pracovníci v nemocničním prostředí, kdo v roce 1918 zformoval první profesní organizaci sociální práce v České republice. (Kuzníková a kolektiv, 2011) Také péče o děti, která doposud byla náhodná a roztržitá, se začala přeměňovat na organizovanou péči, a to na principech prevence a individualizace. (Vrtišková, 2009)

První světová válka ovlivnila ekonomickou situaci ve státě, která má bezprostřední vliv na uplatňování sociálních opatření. Po první světové válce nastala krize zasahující velký počet rodin. Největší potřebnou skupinou týkající se péče, po skončení 1. světové války, byli váleční veteráni, pozůstalí členové rodin těch, kteří se z války nevrátili a invalidé. Vzrůstající nezaměstnanost a zhoršení životních podmínek zapříčinilo vysoký nárůst nemocnosti a úmrtnosti. Zároveň vzrostl výskyt sociálně patologických jevů, jako je prostituce, trestná činnost mladistvých alkoholismus a rodinné rozvraty. Vrtišková (2009, s. 17) uvádí, že: „*základním cílem sociální politiky první Československé republiky bylo zlepšení sociálních poměrů širokých vrstev. Byla to snaha o nápravu těch největších sociálních rozdílů, které vyplývaly z velké majetkové diferenciaci společnosti.*“ Mezi subjekty sociální péče můžeme zařadit orgány veřejné péče a další instituce, které jsou povahy polooficiální a instituce dobrovolné nebo soukromé. (Vrtišková, 2009), (Matoušek, 2007)

Po roce 1945 začaly první změny v sociální politice, které ovlivnily sociální práci. Změny spočívaly ve znárodnění majetku a tím se zvýšila moc státu na jeho přerozdělování. Snížila se sociální a příjmová diferenciaci, která změnila sociální a třídní strukturu obyvatelstva. To znamenalo snížení počtu příslušníků majetných tříd a zároveň snížení počtu chudých. Byly

položeny základy sociálních opatření, jako je všeobecné národní pojištění a základy relativně rovnostářské společnosti. (Matoušek, 2007)

Rozsáhlé změny v celém sociálním systému zapříčinila změna politického režimu a to především zrušením domovského práva. V roce 1948 domovské právo bylo nahrazeno státním občanstvím, které přenáší povinnost sociální ochrany a sociálního zabezpečení na stát. Všechny ústavy řízené církví přebírá stát. Poskytování finančních dávek je redukováno a opomíjejí se individuální potřeby. Další redukce přispívá k zániku charitativní a dobrovolnické činnosti. (Vrtišková, 2009)

V roce 1968 se otevřeně začalo mluvit o chybách v sociální politice, kdy hlavním impulzem bylo uznání faktu, že i za socialismu existují sociální problémy. Doposud byly sociální problémy vysvětlovány jako nemoci a jejich řešením byla ústavní zdravotnická péče nebo jiná forma represivní institucionalizace. Avšak nyní začalo být toto řešení zpochybňováno a objevovaly se jiné alternativy jejich řešení. Bylo opět založeno Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vznikla též nová koncepce sociální práce s rodinou a dětmi, se starými, lidmi se zdravotním postižením nebo osobami bez přístřeší. V publikaci *Sociální práce ve zdravotnictví* je uvedeno, že: „*v tomto období se objevují snahy o propojení sociální práce a zdravotnictví, v roce 1973 se Společnost sociálních pracovníků změnila v sekci sociálních pracovníků a byla součástí České lékařské společnosti J. E. Purkyně.*“ (Kuzníková a kolektiv, 2011, s. 16)

V období sedmdesátých a osmdesátých let můžeme vidět spojení sociální tematiky s oblastí zdravotnickou. Důvodem je, že sociální práce se rozvíjí spíše jako námět nutný pro praxi nikoliv jako odborná disciplína. (Matoušek, 2001)

Po pádu komunistického režimu se objevují první pokusy o právní definování sociální práce jako metody sociální pomoci. V české společnosti začínají vznikat a formovat se různé instituce řešící sociální problémy. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

Objevují nové sociální problémy spojené s neskrývanou prostitucí, bezdomovectvím, migrací uprchlíků, integrací tisíce vězňů propuštěných z výkonu trestu po amnestii. Hlavním trendem 90. let je snaha o deinstitucionalizaci sociálních služeb. Tento trend přináší upuštění od ústavní péče a velký nárůst nestátních organizací. (Matoušek, 2007)

Profesní organizace Česká asociace sester v rámci zdravotně sociální sekce vypracovala proces zaměřující se na sociální práci ve zdravotnictví. Jedná se o snahu zapojení sociální péče

do léčebného procesu a zároveň o sjednocení pracovních postupů sociální práce ve zdravotnictví. Lze vidět, že se do popředí dostávají snahy o rozvoje profese sociální práce v rezortu zdravotnictví. Proces rozvoje je ovlivňován několika legislativními normami: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Mezi další vliv na rozvoj patří podpora od organizací sdružující sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky. Jsou to například organizace jako: Společnost sociální pracovníků, Česká asociace sester – sekce zdravotně sociální, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Rada pro rozvoj sociální práce. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

Obor sociální práce se neustále vyvíjí a mění v závislosti na ekonomických a politických změnách ve společnosti. Změny ve společnosti jsou podnětem k objevování nových problémů a ke změnám významu problémů současných. Tyto problémy nestačí pouze evidovat a analyzovat je potřeba je podchytit a hledat nové metody řešení. Proto sociální práce nebude stabilním oborem, který by měl jednoznačný obsah a který lze vyučovat stále stejným způsobem. Z toho vyplývá, že sociální práce má do budoucna těžké úkoly ve smyslu zajištění a rozšiřování potřebných sociálních služeb a zlepšování jejich kvality v souvislosti s odbornou přípravou sociálních pracovníků. (Vrtišková, 2009), (Matoušek, 2007)

1.2 Legislativní rámec zdravotně sociální práce

Zdravotně sociální pracovník se při své práci setkává s různorodými klienty s rozličnými problémy. Na to, aby jim mohl poskytnout relevantní pomoc, je důležité, aby se orientoval v tzv. sociální legislativě. V jejím rámci nalezneme mnoho pramenů, z kterých pracovník vychází. V této podkapitole se zmíníme o výběru z nich.

Na základě potřeby zajištění profesionální a specifické péče o klienta došlo k integraci zdravotně sociální práce včetně profese zdravotně sociálního pracovníka.

Legislativní normy z oblasti zdravotnictví související s činností zdravotně sociálního pracovníka jsou:

- Listina základních práv a svobod,
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělením č. 209/1992 Sb. a ústavním zákonem č. 2/1993 Sb.,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,

- Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů.

Legislativní normy z oblasti sociálních služeb jsou:

- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška 505/2006 Sb., která je prováděcí vyhláškou zákona o sociálních službách,
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a jeho prováděcí vyhláška č. 182/1991, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,
- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním existenčním minimu. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

Tyto zákonné normy jsou jedním z opěrných bodů při výkonu sociální práce. Jednotlivé zákony by se měly doplňovat a navazovat na sebe, aby vytvořily určitý systém. Zajišťují jasné vymezení pravidel jak pro pracovníka tak klienta. Pravidla se týkají například poskytování a využívání sociálních služeb, stání sociální podpory, práv a povinností pracovníků a klientů atd.

1.3 Zdravotně sociální pracovník

V praxi se můžeme setkat s nevědomostí, co profese zdravotně sociální pracovník znamená. Kuzníková a kolektiv (2011) upozorňuje na nedostatečné vymezení a ukotvení pozice či nejasném poli působnosti. Podkapitola se tedy snaží uchopit profesi zdravotně sociálního pracovníka a vymežit jeho činnosti.

„Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. (Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních §10 odst. 2)

Činnost zdravotně sociálního pracovníka je zaměřená na různé situace, které přináší život a do nichž se klient dostal v souvislosti se svým zdravotním stavem. (Kutnohorská, Cichá

a Goldmann, 2011) Podle závažnosti a složitosti nepříznivé situace zdravotně sociální pracovník společně s klientem stanovuje principy, postupy a cíle sociálního procesu. (Thomayerova nemocnice, ©2016 – 2019)

Zdravotně sociální pracovník vykonává tedy sociální práci především ve zdravotnických a jiných zařízeních. Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011, s. 69) uvádí, že mezi činnosti zdravotně sociálního pracovníka patří: „*sociální šetření, zabezpečení sociální agendy, provádění sociálního poradenství, analytická metodická a koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti a výkon odborné činnosti v zařízeních poskytující zdravotně sociální péči, včetně prevence a depistážní činnosti, krizové pomoci a sociální rehabilitace.*“

1.3.1 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Levická (in Ondrušová 2008) chápe kompetence zdravotně sociálního pracovníka jako schopnost naplňovat požadavky, které jsou kladené na profesi sociální práce. Tomáš Hanganon (in Ondrušová 2009) vymezuje dva základní požadavky kladené na sociální práci. Prvním požadavkem je poskytnutí pomoci klientovi v situaci, kterou sám nezvládá a nedokáže jí odpovídajícím způsobem vyřešit. Druhým požadavkem je iniciovat klienta sociální práce pro zvládnutí nepříznivých sociálních situací a událostí za pomoci vlastních sil.

Zdravotně sociální pracovník je zprostředkovatelem mezi klientem či pacientem a společností. Jeho hlavní úlohou je poskytnout klientovi pomoc a podporu, aby se začlenil do společnosti a zvládl samostatně čelit nástrahám života. Pro danou pomoc a podporu by měl zdravotně sociální pracovník zastávat určité dovednosti a schopnosti.

Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen sestavit plán psychosociální intervence na základě životní situace klienta, včetně rozsahu, druhu, potřeby sociálních opatření a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat. Na to navazuje organizační kompetence spočívající ve znalosti základních principů organizace a řízení zdravotnictví. Komplexně připravovat klienty pro ústavní péči a sociální zařízení. Spadá sem schopnost průběžného sledování zdravotnické a sociální dokumentace a vedení patřičné dokumentace. Organizační kompetence zahrnuje taktéž zajištění následné péče a služeb při propuštění klienta z nemocnice. S tím souvisí spolupráce s orgány veřejné správy a dalšími subjekty, které se budou podílet na řešení sociální situace klienta či jeho rodiny. Pracovník by měl navrhnout ve zdravotnických zařízeních nové standardy a metody zdravotně sociální péče a také se podílet na základní vědecko-výzkumné činnosti v oblasti sociální práce ve zdravotnictví. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011) uvádí, že zdravotně sociální pracovník by měl mít jazykové kompetence, do kterých patří znalost základní latinské terminologie v rozsahu stanovených činností, schopnost vyjadřovat se kultivovaně v českém jazyce, schopnost komunikovat a studovat odbornou literaturu v cizím jazyce. Osobnostně kultivující kompetence, které znamenají mít schopnost sebevzdělávání a rozvíjení svých odborných znalostí a dovedností a být schopen sebereflexe. Mezi klíčové kompetence každé pomáhající profese bezesporu patří komunikativní a etické kompetence. Zdravotně sociální pracovník by měl především věcně správně a přesně komunikovat v oboru sociální práce ve zdravotnictví. Další kompetenci, o které se Kutnohorská zmiňuje se je profesně oborová vyznačující se dostatečnými a kvalitními teoretickými znalostmi, praktickými dovednostmi a schopnostmi pro výkon své profese. Do těchto kompetencí řadíme i práci s právními normami týkající se zdravotně sociální sféry. Měl by být schopen provádět sociální šetření včetně odebrání sociální anamnézy, stanovit sociální diagnózu a prognózu a zároveň být schopen zpracovat posudkovou zprávu o životní situaci klienta.

Náplň činností zdravotně sociálního pracovníka vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může zdravotně sociální pracovník dle § 3 odst. 1 poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, podílet se na přípravě standardů, podávat pacientovi informace, které jsou v souladu s odbornou způsobilostí zdravotně sociálního pracovníka. Sdílet informace pacientovi může taktéž v případě pokynů lékaře, klinického psychologa, zubního lékaře, farmaceuta nebo klinického logopeda. Dále může provádět zápisy do zdravotnické dokumentace a pracovat s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb. Pracovat s informacemi ze zdravotnické dokumentace je důležitým oprávněním pro zabezpečení zdravotně sociální péče pacientům s ohledem na jejich zdravotní stav. Vyhláška umožňuje podílet se na praktickém vyučování ve studijních oborech zaměřené na získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a vychovávat jednotlivce, rodiny či skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. V neposlední řadě provádí opatření při řešení následku mimořádné události nebo krizové situace. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Podle § 9 výše zmíněné vyhlášky, je rozsah činností zdravotně sociálního pracovníka zaměřen na následující činnosti: „*provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci*

blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci, provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta. “ Vyhláška také umožňuje zdravotně sociálnímu pracovníkovi sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky. Zdravotně sociální pracovník poskytuje sociálně-právní poradenství týkající se onemocnění a možných jeho následků. Odborné poradenství poskytuje také v případě úmrtí pacienta. Pokud pacient žil osamělý život a po jeho smrti není nikdo, kdo by zajistil záležitosti spojené s úmrtím, tyto záležitosti řeší zdravotně sociální pracovník. Dále se podílí na přípravě a organizaci rekondičních pobytů. Ve spolupráci s ostatními odborníky pečující o pacienta, vykonává činnosti spojené s propuštěním pacienta ze zdravotnického zařízení včetně zajištění následné péče a návaznost dalších služeb. Integruje pacienty do běžného společenského prostředí. (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Při výkonu všech činností je povinen dodržovat základní etické principy a respektovat základní lidská práva pacientů/klientů. S tím souvisí respektování rozhodnutí pacienta/klienta při řešení svého nepříznivého zdravotního stavu či řešení nepříznivé sociální situace.

1.3.2 Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka

Předcházející podkapitola se zabývala kompetencemi zdravotně sociálního pracovníka, do kterých neodmyslitelně patří i odborná způsobilost. Odbornou způsobilost k výkonu této profese upravuje zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který je pozměněn zákonem č. 105/2011 Sb. Jak už samotný zákon napovídá, zdravotně sociální pracovník se řadí mezi nelékařské zdravotnické povolání, proto tento obor reguluje i zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Do systému vzdělávání dále zasahuje taktéž vyhláška č. 55/2011, která vymezuje již zmíněné činnosti zdravotně sociálního pracovníka.

Výrazný podíl na profesionalizaci oboru měl vznik minimálních standardů vzdělávání v sociální práci v roce 1993 (v dalších letech průběžně aktualizováno), v nichž jsou stanoveny základní požadavky na kvalifikaci absolventů sociální práce pomocí zásad studia a minimálního souboru studijních předmětů. (Kuzníková a kolektiv, 2011)

Zdravotně sociální pracovník získává odbornou způsobilost absolvováním:

- „akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,
- *studia*
 1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitní práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo
 2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogiku a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník,
- *specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle §5“ (Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, §10)*

Kuzníková a kolektiv (2011) uvádí, že důležitou součástí rozvoje zdravotně sociálních pracovníků, a tím i celého odvětví oboru, je celoživotní vzdělávání. Zákon č. 96/2004 Sb., definuje celoživotní vzdělávání jako celoživotní proces, který vede k průběžnému prohlubování a doplňování vědomostí v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

Toto vzdělávání zahrnuje mimo jiné:

- specializační vzdělávání,
- inovační kurzy,
- certifikované kurzy,
- odborné stáže,
- účast na školicích akcích, konferencích a kongresů. (Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, §54)

Nezbytnou schopností by měla být odbornost v oboru sociální práce ve zdravotnictví, pro případné poskytnutí sociálně právního poradenství ve vztahu k onemocnění a jeho následkům. Na to navazuje schopnost pracovníka podávat informace klientům a provádět konzultační činnost s klientem včetně jeho rodiny. V případě úmrtí klienta poskytnout odborné sociální poradenství pozůstalým. Veškeré informace musí být podány věcně správně. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

1.3.3 Osobnost zdravotně sociálního pracovníka

K dovednostem a schopnostem se připojují i vhodné osobnosti rysy. Vhodná osobnost zdravotně sociálního pracovníka je považována za důležitý předpoklad vykonávání sociální práce. Ne každá osoba, je vhodná vykonávat danou profesi. Dle Kuzníkové a kolektivu (2011) se má osobnost odvíjet od zásad humanistického přístupu, kterými jsou empatie, autentičnost a vřelost. Tyto přístupy přispívají k bezpodmínečnému zájmu o klienta a navázání hodnotného lidského vztahu mezi klientem a pracovníkem. Pro tento vztah je potřebná schopnost vymezování hranic, aby pracovník rozlišoval co je jeho záležitostí a co je v kompetenci klienta. Špatné vymezení hranic může nastat v situaci, „*když cíl pracovníka, i ten sebeušlechtilější, má přednost před přáním klienta.*“ (Úlehla, 2007, s. 40) Tato situace je pak v rozporu s cílem sociální práce, která vede klienty k aktivaci vlastních sil při řešení nepříznivých sociálních situací, ve kterých se ocitli.

Pracovník by měl přistupovat empaticky nejen ke klientům a jejich blízkým, ale i ke svým kolegům, dodržovat etické kodexy a umět klientům naslouchat při poskytování sociální a především emocionální opory. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Vrtišková (2009) uvádí, že mezi osobnosti pracovníka by měla disponovat citová stabilita – vyrovnanost. Pro klienta znamená vyrovnaná osobnost pracovníka soubor harmonizujících podnětů, jejichž vliv se podílí na zvládnutí jeho sociálně nepříznivé situace. Do těchto vlastností patří klidné a sebevědomé vystupování, pohotové reakce v krizových situacích, rozvážné a obezřetné reakce, tam kde je potřeba zvážit závěry a rozhodnutí. Citová stabilita a nepodléhání emocím je ochranou duševního zdraví pracovníka. Vyrovnanost také napomáhá pracovníkovi při sebeovládání a sebekontroly.

Ondrušková (2009) rozděluje schopnosti pracovníků vykonávající sociální práci na čtyři předpoklady. Prvním je motivace k vykonávání této profese. Druhý předpoklad souvisí se znalostí nástrojů sociální práce konkrétně zaměřené na určitou cílovou klientelu. Předposlední vymezení schopností je znalost metod, forem a prostředků sociální práce, pro optimální a účinné zvládnutí sociální práce s klienty a poslední je znalost fyziologických procesů, které se odehrávají v biologických složkách klientů.

Součástí osobnosti zdravotně sociálního pracovníka by mělo být sebevědomění a sebezpozorování, aby mohl efektivně a účinně plánovat nebo realizovat jednání s lidmi. Pracovník musí jednat s lidmi tak, aby nenarušil složitý vztah mezi společností, pracovníkem a klien-

tem. Vztah pracovníka ke klientovi charakterizují právě vlastnosti, jako jsou např. nestranost, diskrétnost, schopnost sociální spravedlivosti, trpělivost, vyrovnanost neboli citová stabilita, vlídnost, laskavost a v neposlední řadě respekt k lidské důstojnosti. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Sociální pracovník by měl mít vlastnost týkající se životního optimismu. „*Zdravý optimismus vychází z víry v lidi, z možnosti ovlivnění jejich osobnosti.*“ (Vrtišková, 2009, s. 111) Víra v lidi je úzce spojena s hodnotou naděje, která je projevem pozitivních sil v člověka. Naděje napomáhá pracovníkovi nevzdávat se při možných neúspěších a nezdarech, které se mohou v sociální práci vyskytnout. Dle Vrtiškové (2009) mohou nezdary a neúspěchy vést ke ztrátě optimismu a následně až k syndromu vyhoření.

2 SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBA PRO RODINY S DĚTMI

Tato kapitola je stěžejní kapitolou celé bakalářské práce. Vymezuje sociální službu, ve které je realizován výzkum. Cílem kapitoly je nastínit poslání sociální aktivizační služby pro rodiny s dětmi a její zákonné ukotvení.

Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi je jednou z druhů sociálních služeb. Dle Matouška (2007, s. 9) jsou sociální služby „*poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.*“

Tato služba se řadí dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách mezi služby sociální prevence. Služby sociální prevence napomáhají předcházet sociálnímu vyloučení, které může být způsobeno z důvodu krizové sociální situace, životních návyků a způsobu života vedoucí ke konfliktu se společností, ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. „*Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Sociálně aktivizační služby mohou být poskytovány ambulantní nebo terénní formou. Ambulantní forma spočívá ve výkonu sociální práce v daném zařízení, kde klient samostatně dochází, popřípadě je dopravován. Terénní forma se zaměřuje na výkon sociální práce v přirozeném sociálním prostředí klienta, tudíž setkání pracovníka s klientem neprobíhá na půdě organizace. Obě formy poskytují služby, které se zaměřují na rodinu s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku dlouhodobého působení nepříznivé sociální situace, kterou rodiče nedokáží bez pomoci překonat. Dále předchází dalším rizikům ohrožující přirozený vývoj dítěte. (Nedělníková, 2008)

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje základní činnosti, které je sociálně aktivizační služba povinna vykonávat. Mezi tyto činnosti patří:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dále sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi poskytuje základní a odborné poradenství. Základní sociální poradenství se týká poskytování základních informací, které mohou přispět k řešení sociálně nepříznivé situace. Odborné poradenství se zaměřuje na poskytnutí odbornějších informací při řešení záležitostí, u kterých je potřeba určitá kvalifikace pracovníka v dané problematice.

Jak už bylo výše zmíněno, sociálně aktivizační služba se řídí zákonem 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, dále zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a dalšími jinými právními předpisy.

Posláním služby je pomoc dítěti, která spočívá v pomoci jeho rodině. *„Klientem je celá rodina jako interakční systém ohrožený špatnou sociální situací, izolovaností, zvýšenou mírou stresu, frustrací rodičů i jejich výchovnou nezkušeností, která má přímý dopad na prospívání dítěte.“* (Konvičková, 2008, s. 51) Cílem je podpořit a především zlepšit rodičovské dovednosti a předcházet negativním dopadům na dítě. Pomoc a podpora je zaměřena především na rizikové rodiny, které jsou ohroženy odebráním či umístěním dítěte do ústavních zařízení. Důležité je podpořit rodinu v uvědomění si své rodičovské odpovědnosti. Rodičovskou odpovědnost vymezuje Matoušek (2008) jako souhrn práv a povinností rodičů, kteří pečují o nezletilé dítě. Tento souhrn zahrnuje péči o zdraví, rozumový, tělesný, citový a morální vývoj.

„Rodiče musejí být podporováni, doprovázeni sociálními pracovníky, vychovateli, psychology, aby se nevyvázali z rodičovské zodpovědnosti.“ (Hyblerová-Šimková, 2007, s. 21) Uvedená autorka se v publikaci Aktuální otázky náhradní a rodinné péče zmiňuje, že kvalita vztahu mezi odbornými pracovníky a rodiči má vliv na danou situaci a psychický vývoj dítěte. Proto je důležité vnímat a respektovat historii a nynější sociální status rodiny.

2.1 Rodina

Sociální aktivizační služby se zaměřují na pomoc a podporu rodinám. Je tedy nezbytné definovat pojem rodina, vymezit její funkce a na základě funkčnosti uvést základní typy rodin.

Pojem rodina nelze jednoznačně vymezit. Vždy záleží, z jakého úhlu pohledu na rodinu nahlížíme, a to v závislosti na tom, jaké charakteristiky existence a fungování rodiny jsou pro nás významné. O vymezení rodiny se každý odborník pokouší z pozice svého odborného

zájmu. Definice rodiny se mohou lišit například z pohledu sociologického nebo ekonomického. Tato definice se může také zásadně měnit napříč různými kulturními a společenskými kontexty. (Smutková, 2007)

Veselá a kolektiv (2003) vnímá rodinu pouze tehdy, kdy se partnerům žijících spolu, narodí dítě. Nepovažuje za rodinu bezdětné manželské páry, které žijí spolu nebo odděleně a ani nesezdané páry, kde si jeden nebo oba partneři přivedou do společného soužití své biologické děti. Tato myšlenka je již podle některých autorů překonána. Např. Smutková (2007) chápe rodinu jako skupinu lidí podléhající normám dané společnosti a společenským představám o rolích, které by měli naplňovat. Tato skupina lidí je spojena manželstvím, nebo jiným právním vztahem, jejíž členové se vzájemně společensky, ekonomicky a psychologicky podporují. Zároveň se společně vnímají a identifikují jako společenská jednotka.

„Rodina v užším pojetí je skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků, v širším pojetí se za rodinu začíná považovat i skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti.“ (Matoušek, 2016, s. 177).

Rodinu tedy můžeme chápat jako nejstarší výchovnou a společenskou instituci, která je spojena manželstvím popřípadě partnerstvím, pokrevními svazky a úzkými citovými vazbami. (Kolář a kolektiv, 2012)

2.2 Funkce rodiny

Rodina má nezbytné kompetence, díky kterým naplňuje základní funkce rodiny týkající se ekonomického zajištění, emocionální podpory a vychovávání dětí. (Matoušek 2013)

Fungování rodiny můžeme chápat jako bezproblémové naplňování úloh, které jsou od rodiny společností očekávány. Naopak nefunkčnost rodiny je selhávání ve funkcích, na které jsou kladeny nároky. Rodina může plnit několik funkcí. (Smutková 2007)

Barker (2012) hodnotí funkce rodiny dle těchto okruhů:

- obstarávání základních životních potřeb všech jejích členů,
- výchovu a socializaci dětí,
- zajištění legitimního vyjádření manželské párové intimity,
- zajištění přirozeného bezpečí a podpory pro členy rodiny
- reprodukci a pokračování druhu.

Také Levická (2004) a Smutková (2007) rozdělují funkce rodiny na:

- **Biologicko-reprodukční** zajišťující podmínky pro zabezpečení reprodukce další generace ve společnosti. „*Biologicko-reprodukční funkce spočívá mimo jiné i v erotických vztazích mezi manželi, čili v pohlaví lásce, která je silným stabilizujícím činitelem manželství i rodiny.*“ (Smutková 2007, s. 22) Součástí této funkce je péče o členy rodiny, která spočívá například v zabezpečení potravy a zdraví členů rodiny. V rámci sociální práce se z pohledu této funkce zaměřujeme na oblasti jako je bezdětnosti, předčasné rodičovství, reprodukční chování, nechtěné rodičovství apod.
- **Ekonomickou**, která může být vnímána ve dvou základních polohách – rodina jako jeden z prvků ekonomického systému, anebo jako nezávislý ekonomický systém. „*Členové rodiny se zapojují do výrobní i nevýrobní sféry v rámci výkonu určitého povolání a současně se rodina stává významným spotřebitelem, na němž je závislý trh.*“ (Kraus, 2008, s. 81) Součástí této funkce je vybudování správného finančního myšlení u dětí a mládeže. V rámci sociální práce se z pohledu této funkce zajímáme především o finanční situaci rodiny, kterou hodnotíme a následně pomocí určitých nástrojů ovlivňujeme.
- **Výchovně-socializační** spočívající ve výchově dětí a porozumění jejich vývoje. Prostřednictvím rodiny se dítě učí porozumět sociálním rolím, chápat ekonomické, sociální, kulturní, náboženské, morální a sociální vztahy ve společnosti. Dítě se díky rodině připravuje na úspěšné zapojení do společnosti. Zároveň se učí porozumět svým potřebám a možnostem, a také poznává vhodný způsob, jak prosazovat vlastní zájmy. Sociální práce z pohledu této funkce řeší poruchy rodinných interakcí, nedostatečnou socializaci jednotlivců, poruchami adaptace a chování apod.
- **Emocionální a psychohygienickou**, která z hlediska dítěte patří mezi nejdůležitější a nezastupitelné funkce. „*Žádná jiná instituce nedokáže vytvořit podobné a tak potřebné citové zázemí, pocit lásky, bezpečí a jistoty, a tak podstata a smysl nemohou být nikdy proměněny.*“ (Kraus, 2008, s. 83) Kladné emocionální vztahy jsou předpokladem pro zdravý vývoj a rozvoj emocionální stránky osobnosti dítěte. Ovlivňují především psychické a fyzické zdraví. Nejdůležitější úlohou je zajištění citové základny a vzájemné sociální opory. (Kolář a kolektiv, 2012) Stablní emocionální prostředí jsou významné nejen pro děti ale pro všechny členy rodiny. Z hlediska sociální práce se řeší problémy, jako jsou například agresivita, záškoláctví, domácí

násilí, které vznikají jako důsledek nedostatečné funkčnosti rodiny v rámci emoční a psychohygienické funkce.

- **Ochrannou**, spočívající „v zajišťování životních potřeb (biologických, hygienických, zdravotních).“ (Kraus, 2008, s. 82) Dále spočívá ve vytvoření stabilního prostředí pro dítě a v ochraně před sociálně patologickými jevy. V současnosti ochranná funkce rodiny zdůrazňuje poskytnutí pomoci těm členům rodiny, kteří se ocitli v sociální nouzi. Při výkonu sociální práce se setkáváme z hlediska této funkce s potřebou ochrany opuštěných, zanedbávaných a zneužívaných dětí, žijících v nevyhovujících podmínkách.

Typologie rodiny

Rozdělení rodin na jednotlivé typy přispívá k lepšímu pochopení a porozumění. I přes rozdělení je potřeba za jednotlivými typy rodin hledat individuální síť provázaných vztahů, mající individuální potřeby. (Sobotková, 2007)

Rodiny mohou být nukleární a rozšířené. Nukleární neboli jaderná rodina je tvořena rodiči a dětmi. Rozšířenou neboli velkou rodinu tvoří už i blízké příbuzenské vztahy jako jsou prarodiče, strýcové, tety apod. (Kraus, 2008)

Z hlediska psychologie rodiny Sobotková (2007) rozlišuje 3 základní typy rodin:

- Uzavřený rodinný systém – je typický pevnými strukturami (stabilní prostor s pravidelným časem a stálou energií) jako vztažnými body pro řád a změnu.
- Otevřený rodinný systém – řád a změna vyplývají z interakce relativně pevných, ale vyvíjejících se rodinných struktur (pohyblivý prostor s proměnlivým časem a pružnou energií.)
- Náhodný (nepravidelný) rodinný systém – všechny struktury jsou nestabilní (rozptýlený prostor s nepravidelným časem a nestálou energií.)

Dle hodnocení do jaké míry se daří rodině plnit své funkce, uvádí Smutková (2007) čtyři pásma rodiny. **Funkční rodina**, která je bez narušení a je schopna zabezpečit dítěti podmínky pro dobrý vývoj. Tato rodina naplňuje přiměřeně všechny své funkce. Dalším typem rodiny je **rodina problémová**, kde se objevují poruchy u některých funkcí, avšak tyto poruchy vážněji neohrožují rodinný systém. Rodina zvládá řešit své problémy sama nebo s pomocí jiných. **Dysfunkční rodiny** jsou takové, které potřebují soustavnou pomoc ze strany odborníků a to z toho důvodu, že se zde vyskytují vážnější poruchy některých nebo všech

rodinných funkcí. Tyto poruchy bezprostředně ohrožují rodinu jako celek a především vývoj dítěte. Posledním typem je **afunkční rodina** u které jsou poruchy natolik závažné, že přestává plnit svou úlohu. Dítě je vážně ohroženo na zdraví a musí být tedy z tohoto důvodu umístěno mimo rodinu.

Stejně vymezení uvádí ve své publikaci Kraus (2008), který však rodinu rozděluje pouze do třech typů, a to funkční, dysfunkční a afunkční.

Hodnocení fungování rodiny probíhá vždy ve vztahu k normám a požadavkům společnosti. Toto hodnocení je součástí práce sociálních pracovníků a může být ovlivněno jeho obecným názorem. Proto by měl mít sociální pracovník dostatek osobnostních a profesních předpokladů, které jsou zmíněny v předchozí kapitole. Tyto předpoklady přispívají k uvědomování si daných skutečností a odlišení podstatných a méně podstatných poznatků získané při práci s rodinou. Důležité je, aby pracovník vyhodnocoval rodinu „*vždy v rámci širšího sociálního kontextu fungování celé rodiny.*“ (Smutková, 2007, s. 28)

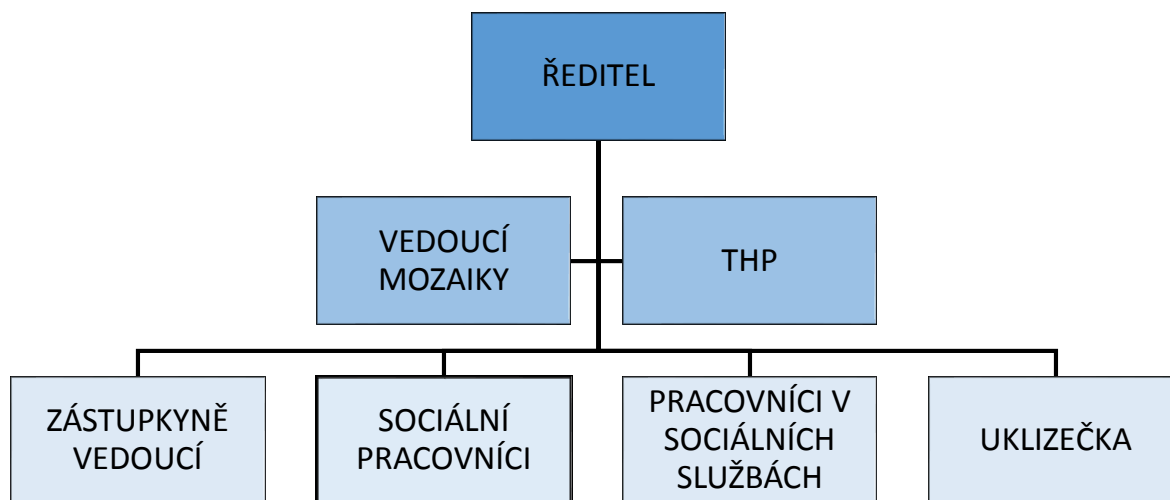
„Míra hodnocení ohrožení dítěte je dynamickým, nikoliv konstantním faktorem, proto jeho výsledek nelze chápat jako výslednou diagnózu, ale jako vodítko pro stanovení způsobu okamžité reakce, posloupnosti kroků, časového harmonogramu realizace řešení a způsobů rozhodování a zapojování dalších subjektů.“ (Pemová, Ptáček, 2016, s. 124)

2.3 Sociálně aktivizační služba Mozaika

V této podkapitole se zaměřujeme na vymezení sociálně aktivizační služby (dále SAS). Proto si zde vymežíme konkrétní sociálně aktivizační službu, ve které je proveden výzkum v rámci naší bakalářské práce.

SAS Mozaika sídlí ve Vsetíně. Jejím zřizovatelem je Diakonie Českobratrská církev evangelická (středisko Vsetín). SAS Mozaika poskytuje služby od 1. 5. 2005. Posláním služby je poskytování terénní a ambulantní sociálně aktivizační činnosti pro rodiny s dětmi, které žijí v sociálně nepříznivých podmínkách. Cílem je přispět k začlenění rodin do společnosti a předcházet sociálnímu vyloučení. Cílovou skupinou služby jsou rodiny s nezletilým/i dítětem/dětmi a těhotným ženám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením a nacházející se v nepříznivé sociální a životní situaci. Klienty SAS Mozaiky jsou převážně romské rodiny ze sociálně vyloučených lokalit. Služby jsou poskytovány v ORP Vsetín, které se skládá z 32 obcí. Věková struktura cílové skupiny není nijak omezena.

Organizační struktura personálu SAS Mozaiky je následující:



Obrázek 1 zdroj: <http://iregistr.mpsv.cz>

SAS Mozaika disponuje 6 pracovníky, z toho je jeden vedoucí sociální pracovník, tři sociální pracovníci a dva pracovníci v sociálních službách. Mozaika sídlí v prostorách věžového domu v centru města Vsetín (u autobusového nádraží) v 7. patře.

Služba je poskytována zdarma. V případě využívání fakultativních služeb jako je např. zajištění dopravy, ubytování či stravy na pobytové akci pro rodiny s dětmi jsou poplatky uvedeny v aktuální nabídce.

Provozní doba SAS Mozaika je rozdílná dle formy poskytování služby. Ambulantní hodiny jsou v každý všední den v čase 9:00 – 11:00 h. Terénní forma poskytování služby je každý den v době 7:00 – 18:00 h, v pátek je terénní služba zkrácená – do 16:00 h. Služby mohou být poskytovány i mimo uvedenou provozní dobu na základě individuálních potřeb klientů, a to po předchozí domluvě mezi uživatelem a pracovníkem. Dále jsou realizovány různé mimořádné akce i mimo tento časový rozsah.

Poskytováním sociální služby SAS Mozaika usiluje o to, aby rodina byla schopna samostatně zajišťovat:

- péči o děti (oblečení, hygiena, vzdělání, zdravotní péče, citový a rozumový vývoj, atd.),
- péči o domácnost (platby za nájem a služby, úklid, přiměřené vybavení, atd.),

- hospodaření s finančními prostředky, zvláště v souvislosti s udržení si bydlení,
- dobré občanské soužití (minimalizace sociálně-patologických jevů, konstruktivní řešení konfliktních situací, bezproblémové kontakty se společenským prostředím a širší rodinou atd.),
- využívání běžně dostupných zdrojů pomoci (psycholog, rodinná poradna, školská zařízení atd.) a „běžné“ služby (např. kulturní, volnočasové aktivity),
- uplatňování svých práv a oprávněné zájmů (vyřízení dávek, jednání s úřady, jednání s lékaři, jednání se školou atd.),
- integraci a úspěch na trhu práce. (vnitřní směrnice SAS Mozaiky, 2011)

Součástí práce sociálního pracovníka v SAS je motivovat rodinu k aktivnímu řešení své sociálně nepříznivé situace a především motivovat rodinu ke zlepšení života dítěte a jeho úspěšnosti při vzdělávání. Dále podpora rodiny při hospodaření jako prevence zadlužení případně ztráty bydlení. Pracovník by měl hledat všechny možné dostupné možnosti, které by rodinu podpořily. Tím především máme na mysli spolupráci i s jinými organizacemi a orgány. Téma sociální práce s rodinou si podrobněji popíšeme v následující kapitole.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU

V dalším textu se zaměříme přímo na sociální práci, která je adresována rodinám s potřebou podpory a pomoci v běžném fungování společnosti a tím přispět k sociálnímu začlenění.

Sociální pracovník, podobně jako jiní pracovníci pomáhajících profesí, se setkává s komplexními problémy klientů. Klíčovou charakteristikou v jeho pracovní roli je schopnost vcítit se do situace klienta, vnímat skryté stránky klientova problému a účinně reagovat a podporovat ho v konstruktivním řešení. (Matoušek, 2008)

Sociální práce s rodinou je specifickou disciplínou sociální práce. Je třeba brát v potaz, že každá rodina se skládá z jednotlivých členů, kdy každý sám za sebe má své problémy, požadavky, potřeby. Zároveň se tyto jednotlivci spojují v systém. Tento systém pak funguje v závislosti na jednotlivých členech, jednotliví členové systém ovlivňují svým specifickým způsobem. Vnímat je také potřeba vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, kdy tyto vztahy mohou být velice různorodé a pohybují se na škále od velmi vřelých a pozitivních až po vztahy závislosti, konfliktů, neshod. V rámci rodiny mohou vznikat koalice, společné spolčení některých členů vůči jiným, apod. Někdy se může jednat o zcela přirozené situace, např. chování dospívajících dětí vůči rodičům, jindy však může jít o patologické jevy, např. rodiče upřednostňují jedno dítě.

Cílem sociální práce s rodinou by měla být sanace rodiny tak, aby všichni její členové měli adekvátní podmínky pro zdravý život a vývoj, pro uplatňování svých oprávněných zájmů a zajištění bezpečí. Sanace rodiny je definována jako: „*postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, příp. kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen.*“ (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 17) Výše zmíněné autorky také uvádí, že sanaci nelze považovat za cestu, která přispěje ke zrušení dětských domovů. Ale lze ji vnímat za nástroj, který by měl zajistit co nejmenší deprivaci dítěte vznikající oddělením od rodiny, a ke kvalitním změnám v postojích rodičů a jejich rodinných a sociálních podmínkách.

Je potřeba s rodinou pracovat na takových cílech, které pomohou rodině naučit se plnit své základní funkce, aby rodina mohla zůstat společně a nebylo nutné rodinu rozdělovat. Tzn., aby rodiče znali a uměli naplňovat svá rodičovská práva a plnili své povinnosti a děti mohly vyrůstat ve své rodině, kde budou mít zajištěny své základní potřeby. Předpokladem pro plnění těchto cílů je kvalitní diagnostika, kdy je potřeba definovat, z čeho problémy rodiny pramení. Dalším předpokladem je porozumění problémové situaci, zda se jedná o

úmyslné zanedbávání či o absenci dovedností a schopností rodičů. Na tomto základě pak sociální pracovník volí nejen vhodné metody práce, ale i intenzitu kontroly, popř. intervence.

Práce s rodinou je velmi časově náročná. Agentura pro sociální začleňování uvádí, že zpravidla spolupráce mezi pracovníkem a rodinou trvá 6 měsíců a že jeden pracovník může efektivně pracovat s deseti rodinami. (Agentura pro sociální začleňování, © 2012-2019)

Při práci s rodinou se setkáváme s různorodými problémy, o kterých nelze říci, že mají jedno řešení. Tyto problémy mají často různé a složité příčiny a projevy. Je to i z důvodu, že při práci s rodinou se setkáváme s různými typy rodin. Například romskými rodinami, uprchlickými rodinami apod. Každá rodina je neopakovatelným subjektem, a proto problémy, které mají stejné znaky, nemusí mít stejné řešení. (Smutková, 2007)

Levická (2004) vymezuje následující okruhy problémů:

- neúplnost rodiny (bezdětné manželství, děti žijící bez biologických rodičů)
- hmotná nouze
- sociální nouze
- dysfunkční rodiny (rodiny, v nichž minimálně jeden člen je závislý, nezaměstnaný, páchá trestnou činnost, je závažně nemocen, děti s poruchou chování, rodiny, v nichž je přítomno násilí)
- rozpad manželských vztahů (rozvod, doplněné rodiny apod.)

Výše zmíněné okruhy problémů vyžadují individuální přístup při řešení. Hlavní prioritou je poskytnutí rodině patřičnou pomoc, která zajistí optimální vývoj dítěte a jeho bezpečí. Právo dítěte zaručuje několik právních předpisů včetně zákona č. 359/199 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. Na základě tohoto právního předpisu působí orgány, které vykonávají službu zabývající se sociálně právní ochranou dětí. Tyto instituce se nazývají Orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Na základě zákona o rodině č. 94/1963 Sb. a mezinárodní deklaraci práv dítěte je prioritou při práci s rodinami zájem dítěte a sociální ochrana i intervence. „*V péči o rodinu, děti a mládež se uplatňuje přímá i zprostředkovatelská sociální práce:*

- *v poradenské péči*
- *v přípravě k manželství a rodičovství různými formami preventivně-výchovného působení,*
- *v ochraně ohrožených dětí v afunkčních či dysfunkčních rodinách,*

- *v sociálně právní ochraně dětí*
- *a při opakovaném zanedbávání výchovné péče nevhodným jednáním nebo opomenutím rodičů.*“ (Novosad, 2004, s. 43)

V rámci SAS sociální pracovníci podporují a napomáhají rodinám, které se ocitly v sociálně nepříznivé situaci a nedokáží svou situaci řešit vlastními silami. „*Cílem je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku.*“ (Bechyňová, 2008, s. 18)

Bechyňová (2008) uvádí, že otevřenost a schopnost rodičů pracovat na kvalitativních změnách rodiny ovlivňuje kvalita vztahu mezi pomáhajícími pracovníky, rodiči a jejich dětmi. Pracovník nejdříve musí pracovat na získání důvěry členů rodiny. Poté může začít pracovat na zlepšení situace rodiny. (Agentura pro sociální začleňování, © 2012-2019)

Sociální pracovník, vstupující do rodiny, má vždy velice složitou roli a jeho práce v rodině není jednoduchá. Je potřeba vnímat všechny členy rodiny a jejich potřeby, zároveň potřeby rodiny jako celku. Vždy trvá delší dobu, než se podaří rodinu poznat natolik, aby práce byla prospěšná všem a zároveň respektovala práva jednotlivců. Zvýšenou pozornost je potřeba také věnovat dětem. Jejich potřeby se někdy diametrálně liší od představ rodičů, což může být pro sociálního pracovníka rizikovou oblastí. Bránit práva a zájmy dítěte a zároveň narušit vztah důvěry rodičů k pracovníkovi, protože bez tohoto vztahu není možné v rodině pomáhat.

3.1 Romská rodina

Jednou z cílových skupin možných klientů sociální práce je romská rodina. „*Romové představují výraznou etnickou skupinu.*“ (Kajanová a kolektiv, 2009, s. 31)

Matoušek a kol. (2014) uvádí, že změny ve společnosti, které nastaly po roce 1989, zapříčinily větší vytlačování Romů na okraj společnosti než dříve. Na základě vytlačování vznikly nespontánně tzv. sociálně vyloučené lokality určující život Romů.

Práce s romskou rodinou má určitá specifika, tudíž je potřeba reflektovat tyto odlišnosti vyplývající z romských tradic a historie případně z jejich aktuální životní situace a životních podmínek. „*Proto je důležité a nutné přistupovat v rámci sociální práce k této komunitě s ohledem na tato specifika – reflektovat nejčastější a nejtypičtější problémy, které se v této skupině vyskytují, a případně dodržovat základní znalosti z oblasti sociální práce s menšinami.*“ (Urban, 2015, s. 28)

S charakteristickými rysy Romů je úzce spjato jejich vnímání rodiny, které zaujímá první místo v hodnotovém žebříčku této komunity. Význam rodiny pro Romy ovlivňuje jejich společenský život, socializaci a akulturaci, jelikož je zpravidla větší než u majoritní společnosti. Příčinou může být, že Romové většinou nemají jiné společenské sítě jako je tomu u většinové společnosti.

Hovoříme-li o rodině v kontextu většinové české společnosti, máme převážně na mysli atomární rodinu (tj. rodina tvořena rodiči a dětmi). Pokud se zajímáme o romskou rodinu, musíme vnímání rodiny rozšířit o další příbuzenské vztahy někdy až vztahy v rámci celé komunity. Romská rodina je mnohem větší, vícegenerační. (Navrátil a Šišláková in Sirovátka, 2004)

Na rozdíl od majoritní společnosti u Romů můžeme vidět velkou soudržnost mezi příbuznými. Tato soudržná rodinná síť zajišťuje sociální ochranu, která znamená, že o všechny členy v rodině je postaráno a nikdo nezůstává sám. Především se to projevuje životním stylem Romů, kdy rodiny žijí v domácnostech ve větším počtu než je obvyklé. Provázanost rodiny přispívá k její psychologické funkci, která plní, že všechny problémy jsou řešeny společně v rodinném kruhu. Zde můžeme narazit na problém nezodpovědnosti u jedinců, kdy převedení odpovědnosti na rodinu vede jedince ke ztrátě potřebnosti individuálního růstu ve svém životě. Tato potřeba může ovlivnit jeho postavení ve společnosti. Rozdíl vnímání odpovědnosti sám za sebe, je další odchylkou od Evropské kultury. V neposlední řadě rodina u Romů znamená ekonomické zajištění všech příbuzných. Zajištění především spočívá v obstarání obživy. Můžeme tedy říci, že členové romských rodin sdílí všechno od bydlení přes problémy či finanční prostředky. (Český rozhlas, © 2019)

Pochopení hodnoty rodiny pro Romy, je dobrým předpokladem do praxe. Rodinu ovlivňuje její složení, sociální status a postavení v komunitě. I přes různosti rodin, lze vyzorovat určité znaky, které jsou pro Romské rodiny typické. Status rodiny je často daný od vnějších znaků, jako je vybavení domácnosti, drahé telefony oblečení. Právě takové ulpívání na statusových znacích se s mírou sociálního vyloučení zvyšuje, dokud není překročena určitá hranice, kdy rodina rezignuje a bojuje o holé přežití. Zde můžeme narazit na tzv. svačkový efekt, kdy rodina nechá dítě doma z důvodu, že nemá prostředky na pořízení luxusní svačiny do školy. Romští rodiče jsou oproti majoritní společnosti méně autoritativní, což ukazuje někdy problémy týkající se školní přípravy a docházky nebo chování dětí. Děti se v rodině také účastní jakékoliv situace. Ať už jsou to různé neshody nebo problémové záležitosti týkající se dluhů apod. (Matoušek a kolektiv, 2014)

V knize Psychologie Romů se dočteme, že dle Davidové (In Bakalář, 2004) se tradiční romská rodina vyznačuje patriarchálním modelem, kdy dominantní postavení zaujímá muž a žena je mu podřízená. Muž má postavení živitele a ochránce rodiny a žena se stará o provoz rodiny a výchovu dětí. Tato tradice ještě doznívá doposud. V některých případech muž je dlouhodobě nezaměstnaný a žena se stává živitelkou. Tento obrat je kvůli tomu, že žena má příjem až už z dávek případně z legální práce. „*Pozice žen je dnes na rozdíl od nedávné doby emancipovanější.*“ (Matoušek a kol., 2014, s. 165) Ženy se zabývají jednáním s úřady včetně vyřizování státní sociální podpory. Postavení dítěte v rodině je dáno pořadím mezi sourozenci, pohlavím a věkem. Dle tradice jsou však preferováni chlapci před dívkami. (Matoušek a kolektiv, 2014)

3.2 Sociální práce s romskou rodinou

Jedním z úkolů sociální práce je boj proti sociálnímu vyloučení ohrožených skupin. Romské rodiny k ohrožené skupině bezesporu patří. (Navrátil a kolektiv, 2003) Uvedeme si tedy důležité aspekty sociální práce s touto cílovou skupinou.

V publikaci Sociální práce v praxi se uvádí důležité předpoklady pracovníka při práci v romské komunitě, kterými jsou: poznání různorodosti romské populace, poznání svých postojů vzhledem ke klientům, poznání konkrétní komunity a především mít poznatky o chudobě, sociálním vyloučení a jejich vliv na člověka, rodinu a komunitu. (Rusnaková, Pollák, 2016) Bez znalostí romských hodnot, norem a tradic je práce s romskou menšinou obtížná a pracovník by hůře dosáhl změny, kterou klient očekává. (Urban, 2015) Právě poznání a odhalení kulturně podmíněných stereotypů a vzorců chování mohou ovlivnit efektivitu poskytované sociální i ošetrovatelské péče. (Tóthová a kolektiv, 2016)

Sociální pracovník při práci s rodinou řeší dostupné bydlení, potřebu odpovídajícího příjmu. Dále zajišťuje, aby rodina měla dostupnou zdravotní péči, rekvalifikaci nebo napomáhá vyhledávat zaměstnání a získat sociální podporu. Jeho úkolem je zabývat se mnohočetnými a komplikovanými problémy v celé jejich šíři. Při řešeních těchto záležitostí se často pracovník setkává s faktem, že rodina Romů je orientována na přítomnost. Tudíž dochází k tomu, že své problémy odkládá do budoucna. Dále si můžeme povšimnout zdůrazňování rodiny a potlačování individuality. To se projevuje tím, že na schůzky většinou nechodí sami. (Urban, 2015)

Následně si vymezíme určitá specifika, která jsou významná pro sociální práci s romskou rodinou. Prvním specifikem je dlouhodobá **nezaměstnanost** spojená se snahou opatřit si prostředky na život způsobem, který je v rozporu s normami a zvyklostmi majoritní společnosti. (Matoušek a kolektiv, 2014) Nezaměstnanost negativně ovlivňuje situaci a život rodin. Neuspokojivé postavení na trhu práce prohlubuje sociální vyloučení. Podíl nezaměstnaných ve sledovaných vyloučených lokalitách je 80-85%. (Urban, 2015) S nezaměstnaností úzce souvisí **vzdělání**, kterému Romové nepřikládají vysokou hodnotu. Nemají totiž důvěru ve školský systém, který by měl přinést šanci na lepší práci a na vyšší společenské postavení. U romské rodiny můžeme vidět i odlišný pohled na své **zdraví**. Rodiny často neřeší prevenci nemoci a nevnímají důsledky svého chování. Příkladem může být postoj rodiny ve vnímavosti rizika kouření. (Matoušek a kolektiv, 2014) O problematice zdraví u romských rodin se budeme více zabývat v následující podkapitole. Co se týká **finanční situace** rodiny, děti jsou obeznámeny s faktem, že v rodině nejsou peníze. Častým řešením odvrácení nedostatku peněz je, si finanční prostředky půjčit. K zadluženosti romských rodin také přispívá nakupování objektivně ne zcela důležitých věcí (například LCD televizory, značkové oblečení apod.). Tyto nákupy jsou často realizované prostřednictvím splátek u věřitelů s vysokou roční procentní sazbou nákladů. (Urban, 2015) Romové vnímají peníze jako záležitost celé rodiny, nikoliv pouze dospělých. Tento postoj se liší od většinové společnosti. Další odlišnost od většinové společnosti je **projev emocí**. Romové dávají svým emocím volný průběh, tudíž racionální hodnocení situace nemusí být pro ně běžné. Pracovník musí být tedy při jednání s romskými klienty trpělivý a jejich projevy emocí vydržet a nebrat si je příliš osobně. (Matoušek a kolektiv, 2014)

Cíle sociální práce s romskou rodinou jsou stejné jako u rodin většinové společnosti. Avšak přístupy k jejich dosažení mohou být odlišné vzhledem k různorodosti vnímání hodnotových žebříčků.

3.3 Problematika zdraví v romských rodinách

Výše v textu jsme si popsali různorodé problémy rodin. Vzhledem k charakteru celé bakalářské práce a výzkumu se zaměříme do hloubky na problematiku zdraví v romských rodinách.

U romské populace je typická vysoká natalita a mortalita na rozdíl od většinové společnosti žijící v ČR. Tento fakt může být způsoben instrumentálním přístupem Romů ke zdraví, kdy nevnímají tolik význam prevence a atributy zdravého způsobu života. Zdraví vnímají sice

jako důležitou hodnotu, ale řeší ho, až když se projeví jeho nedostatky. (Kajanová, Urban, 2009)

Problematické jevy, které se vyskytují u romských obyvatel, mohou mít dopady na zdravotní stav. U osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách je zaznamenán větší výskyt sociálně-patologického chování, který je výrazným narušitelem zdraví. (Urban, 2015) Za sociálně patologické chování můžeme považovat takové chování jedince, které je vnímané okolní společností jako nežádoucí, nezdravé, nenormální až nebezpečné. (Informační centrum Holešov, © 2016)

S nikotinismem se můžeme setkat již u malých dětí. V rámci výzkumného projektu Sastipen (Romská populace a zdraví, 2009) bylo zjištěno, že některé děti přicházejí do kontaktu s cigaretou již před 13. rokem věku a že kouření není neobvyklé i u těhotných romských žen. Urban (2015) tuto skutečnost přisuzuje vlivu vzorů v rodině a malou míru zákazů v romské rodině směřující k dětem. U mladé romské populace byl zaznamenán dokonce nárůst užívání ilegálních drog. Další zaznamenané faktory ovlivňující zdraví jsou špatné stravovací návyky u dětí a mladistvých. Tyto návyky spočívají převážně ve vysoké konzumaci sladkých a mastných jídel, polotovarů a jídla z „rychlého občerstvení“. Ve stravě naopak chybí zástup vitamínů a mléčných výrobků. (Urban, 2015) Tyto stravovací návyky a nedostatek pohybu mohou zapříčinit nadváhu případnou obezitu. Nadváhu můžeme považovat za jakýsi předstupeň obezity a zároveň by měl být varovným signálem. „*Obezita je velmi často jednoduše definována jako stav abnormálního hromadění tuku v tukové tkáni v rozsahu, který může vést k poškození zdraví jedince.*“ (Tóthová a kolektiv, 2015, s. 53) Obezita může zapříčinit mnohé zdravotní potíže a komplikace. Především je spojena se zvýšeným výskytem metabolických, respiračních, kardiovaskulárních a gastrointestinálních onemocnění a s příčinou některých nádorů. Obezita dále zhoršuje zdravotní stav a kvalitu života v oblasti ortopedických, gynekologických a kožních komplikací. (Hainer a kol., 2011)

Dle Kajanové a Urbana (2009) horší zdravotní stav ovlivňuje několik následujících faktorů. Především je již zmíněná nevhodná strava. Dále také nevyhovující bytové podmínky a špatné hygienické návyky. Na základě špatné hygieny se ve vyloučených lokalitách objevují infekční a parazitární choroby. Dalším faktorem je omezený přístup ke zdravotní péči a nedostatek financí na léky, diskriminace a v případě sociálně vyloučených lokalit může být ohrožujícím determinantem i vzdálenost od lékařské služby.

Urban (2015) uvádí, že romská populace je vystavena zvýšenému stresu v důsledku socioekonomických stresorů (především nezaměstnanost a finanční situace) a sociální patologie, avšak neexistuje výzkum na měření míry stresů u Romů. Autor vychází z výzkumu z roku 2009, který je zaměřen na deprese a psychosomatické obtíže. Podle tohoto výzkumu trpí Romové nejčastěji bolestí hlavy a migrénami (28%). Účastníci výzkumného souboru uvedli také, že užívají léky na uklidnění (17%) a trpí depresemi (14%). Davidová (In Urban, 2016) ale poukazuje na to, že socioekonomické vlivy nejsou natolik vnímanými stresory jako problémy v rodině. To vychází z hodnotového žebříčku a tradiční pojetí rodiny u Romů.

V rámci sociální práce je potřeba pracovat s romskou rodinou na prevenci a podpoře zdraví. Zaměřit se i na zdravý vývoj dítěte již během těhotenství matky, kdy je potřeba pohlídat výživu matky, konzumace alkoholu, kouření a drogy. Práce dále spočívá v podpoře výchovy dětí, kdy je potřeba zamezit kontaktu dítěte s návykovými látky jako jsou alkohol, cigarety nebo drogy. Podpořit rodinu při zajištění vhodné péče v případě nemoci či postižení. (Matoušek, Pazlarová a kolektiv, 2014)

Autoři Kajanová a Urban (2009, s. 50) uvádějí, že „*zdravotní stav romské populace vykazuje ve srovnání s celkovým obyvatelstvem v ČR vyšší nemocnost a podíl invalidity.*“ Tento fakt je cenný pro zdravotníky případně zdravotně sociální pracovníky, kteří mohou poskytnout primární péči.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V teoretické části je poukazováno, že sociální péče je úzce spojena s péčí zdravotní. Práce s romskými rodinami musí být komplexní, ale na základě teoretické části jsme zjistili, že v romských rodinách je zdravotní péče dost problematická. Především ve fázi prevence. Proto oblastí tohoto výzkumu je zjišťování potřeby rodin v sociálně aktivizační službě týkající se profese, která by splňovala odbornost jak v sociální tak i zdravotní oblasti. V praxi se často setkáváme, že zdravotně sociální pracovníci vykonávají svou profesi v nemocnicích, kdežto v sociálně aktivizačních službách jsou pouze sociální pracovníci. Práce se tedy zaměřuje na zjištění, zdali klienti i pracovníci v konkrétní sociálně aktivizační službě uvítají pracovníka, který by měl vzdělání se zdravotnickým základem.

V této kapitole jsou uvedeny cíle výzkumu, výzkumné otázky, charakteristika zvolené metody a techniky sběru dat a poslední podkapitola se zaměřuje na popis výzkumného souboru.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit potřebnost profese zdravotně sociálního pracovníka v sociálně aktivizační službě Mozaika. V případě potvrzení této potřebnosti je dílčím cílem vytvoření pracovního místa v sociálně aktivizační službě Mozaika.

4.2 Výzkumné otázky

Pro zjištění stanovených cílů jsme si položili následující výzkumné otázky.

Otázka č. 1: Poskytují pracovníci sociálně aktivizační služby podporu v oblasti zdravotní péče?

Otázka č. 2: Je pro pracovníky a klienty sociálně aktivizační služby srozumitelná lékařská dokumentace?

Otázka č. 3: Zaměřují se pracovníci sociálně aktivizační služby na prevenci onemocnění?

Otázka č. 4: Uvítají pracovníci sociálně aktivizační služby a jejich klienti odborníka v oblasti zdravotní péče?

4.3 Metodika výzkumu

Pro zjištění stanoveného cíle jsme si zvolili metodu kvantitativního šetření. „*Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu*

závislosti apod.“ (Kutnohorská, 2009, s. 21) V rámci kvantitativní metodologie byla použita pro sběr dat anketa, jejíž výhodou je jednoduchost a stručnost otázek a odpovědí. Právě z tohoto důvodu jsme si vybrali tuto metodu, neboť výzkum je prováděn s cílovou skupinou, jejíž gramotnost může být na slabší úrovni, než je tomu u běžné populace. Další výhodou jsou přehledné výsledky, které se dobře zpracovávají.

Dle Kutnohorské (2009) je anketa výzkumnou technikou, která by neměla zahrnovat více než 5-10 otázek. Pro tento výzkum byly sestaveny dvě ankety. Jedna anketa určená pro pracovníky sociálně aktivizační služby a druhá pro jejich klienty. Obě ankety obsahují 9 uzavřených otázek. Námi použité ankety byly zcela anonymní a dobrovolné. Specifikem ankety pro klienty sociálně aktivizační služby je, že obsahuje dvě otázky, u kterých odpověď respondentů přímo navazuje na další otázku. Konkrétně je to otázka č. 2, pro kterou je podmínkou kladná odpověď, aby navazovala na otázku č. 3. A naopak zápornou odpovědí na otázku číslo 8 naváže respondent na otázku č. 9.

Limitem ankety může spočívat v její menší návratnosti. (Kutnohorská, 2009) V rámci našeho výzkumného šetření bylo rozesláno 36 anket ke klientům a 5 anket k pracovníkům sociálně aktivizační služby Mozaika. Naše návratnost byla v počtu 34 anket od klientů a 5 anket od pracovníků.

4.4 Výzkumný soubor

Z hlediska výzkumu jsme si vybrali rodiny s dětmi, které jsou klienty sociálně aktivizační služby Mozaika. Našimi respondenty pro tento výzkum je 36 rodin s dětmi, z toho 32 rodin je romského původu. Z hlediska výběru respondentů, byla rozhodující podmínka mít uzavřenou smlouvu se sociálně aktivizační službou, tedy být klienty dané služby. Jiné atributy jako je počet dětí, věk případně vzdělání o výběru nerozhodovaly. Dalšími respondenty byli sociální pracovníci sociálně aktivizační služby Mozaika. U druhé skupiny výzkumného souboru byla rozhodující podmínka mít pracovní smlouvu s poskytovatelem sociálně aktivizační služby. Velikost úvazku nebyl rozhodující.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

V této kapitole budeme analyzovat získané data prostřednictvím ankety. Získané informace jsme znázornili ve formě tabulek. Při tvorbě tabulek byl použit software Microsoft Excel. Jelikož jsme výzkum prováděli na dvou různých výzkumných souborech, je interpretace dat rozdělena na dvě podkapitoly. Jedna část znázorňuje výsledky získané od sociálních pracovníků a pracovníka v sociálních službách Mozaiky a ta druhá část popisuje výsledky získané od klientů sociálně aktivizační služby.

5.1 Zpracování ankety od pracovníků sociálně aktivizační služby

Otázka č. 1: Řešíte často s klienty potíže týkající se jejich zdravotního stavu?

Tabulka 1 - Řešení zdravotního stavu

Časté řešení zdrav. stavu klienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	4	80%
NE	1	20%
Celkem	5	100%

Komentář

Otázka číslo 1 se věnuje zjištění, kolik pracovníků sociálně aktivizační služby řeší zdravotní stav svých klientů. Z tabulky vyčteme, že bylo osloveno 5 respondentů z toho 4 respondenti (80%) souhlasili, že s klienty řeší oblast, která se týká jejich zdravotního stavu. Pouze 1 respondent (20%) uvedl, že tyto potíže doposud neřešil.

Otázka č. 2: Doprovázíte klienty k lékaři?

Tabulka 2 – Doprovody k lékaři

Doprovod klientů k lékaři	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	3	60%
NE	2	40%
Celkem	5	100%

Komentář

Otázka číslo 2 zjišťovala, zda se respondenti setkávají se situací, kdy poskytují podporu klientovi prostřednictvím doprovodu k lékaři. 3 respondenti (60%) poskytli klientům doprovod k lékaři a 2 dotázaní (40%) nikoliv.

Otázka č. 3: Jsou pro Vás lékařské zprávy srozumitelné?*Tabulka 3 – Srozumitelnost lékařských zpráv*

Srozumitelnost lékařských zpráv	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	0	0%
NE	0	0%
NĚKDY	5	100%
Celkem	5	100%

Komentář

Otázka číslo 3 se zabývá tím, zda jsou pro respondenty srozumitelné lékařské zprávy v rámci podpory svých klientů. Všichni respondenti v sociálně aktivizační službě zvolili odpověď někdy (100%). Žádný z respondentů nevyjádřil jasnou odpověď ano nebo ne.

Otázka č. 4: Vysvětlíte klientovi obsah lékařské zprávy?*Tabulka 4 – Vysvětlení lékařských zpráv*

Vysvětlování lékařských zpráv klientům	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	3	60%
NE	0	0%
NĚKDY	2	40%
Celkem	5	100%

Komentář

Otázka číslo 4 se zaměřovala na to, zdali respondenti zvládají vysvětlit obsah lékařské zprávy klientům. Odpověď ano uvedli 3 respondenti (60%), odpověď někdy uvedli 2 respondenti (40%) a odpověď ne nebyla vybrána žádným respondentem (0%).

Otázka č. 5: Zaměřujete se při své práci na prevenci onemocnění u klientů?*Tabulka 5 - Prevence*

Zaměření se na prevenci onemocnění u klientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	3	60%
NE	2	40%
Celkem	5	100%

Komentář

V otázce číslo 5 byli respondenti dotazováni, jestli se zaměřují na prevenci onemocnění u svých klientů. 3 dotazovaní (60%) odpověděli, že ano a 2 respondenti (40%) uvedli odpověď ne.

Otázka č. 6: Myslíte si, že cílová skupina, se kterou pracujete, by uvítala pracovníka vzdělaného se zdravotnickým základem?*Tabulka 6 – Potřebnost ZSP*

Názor na potřebnost klientů pracovníka vzdělaného se zdravotnickým základem	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	5	100%
NE	0	0%
NEVÍM	0	0%
Celkem	5	100%

Komentář

Otázka číslo 6 vyjadřuje názor respondentů na to, zda si myslí, že cílová skupina, se kterou pracují, by uvítala pracovníka vzdělaného se zdravotnickým základem. Všichni respondenti, tedy 5 pracovníků (100%), se shodli a uvedli odpověď ano. Odpověď ne a nevím nebyla nikým zvolena.

Otázka č. 7: Znáte profesi zdravotně sociálního pracovníka?*Tabulka 7 – Znalost profese ZSP*

Znalost profese zdravotně sociálního pracovníka	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	4	80%
NE	1	20%
Celkem	5	100%

Komentář

Otázka číslo 7 se zabývá znalostí profese zdravotně sociálního pracovníka u 5 respondentů. Odpověď ano byla zaznamenána u 4 respondentů (80%) a zbylý 1 respondent (20%) uvedl, že profesi zdravotně sociálního pracovníka nezná.

Otázka č. 8: Uvítali byste do pracovního týmu zdravotně sociálního pracovníka?*Tabulka 8 – ZSP v pracovním týmu*

Zdravotně sociální pracovník v pracovním týmu	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	3	60%
NE	0	0%
NEVÍM	2	40%
Celkem	5	100%

Komentář

Na otázku číslo 8 odpověděli 3 respondenti (60%), že by uvítali do svého pracovního týmu pracovníka, který by měl profesní zařazení zdravotně sociálního pracovníka. Zatímco 2 respondenti (40%) uvedli, že neví. Respondenti, kteří odpověděli na danou otázku neví, uvedli v předchozí otázce, že profesi zdravotně sociálního pracovníka znají. Tudíž vliv neznalosti profese nemá vliv na otázku číslo 8. Nikdo z respondentů není zásadně proti.

Otázka č. 9: Myslíte, že tato profese je pro SAS Mozaika přínosem?

Tabulka 9 – Přínos ZSP

Přínos ZSP v SAS	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	4	80%
NE	0	0%
NEVÍM	1	20%
Celkem	5	100%

Komentář

V otázce číslo 9 si téměř všichni respondenti myslí, že profese zdravotně sociálního pracovníka by byla přínosem pro sociálně aktivizační službu Mozaika. Ano zodpověděli 4 respondenti (80%) a 1 dotázaný (20%) odpověděl neví. Tento jeden respondent v otázce číslo 7 odpověděl, že zná profesi zdravotně sociálního pracovníka. Tudíž jeho odpověď nesouvisí s neznalostí dané profese. Odpověď ne žádný respondent nevedl.

5.2 Zpracování ankety od klientů sociálně aktivizační služby

Otázka č. 1: Jak dlouho spolupracujete se SAS Mozaika?

Tabulka 10 – Délka spolupráce

Délka spolupráce se SAS	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-6 měsíců	9	26%
7 měsíců až 1 rok	7	21%
Více jak 1 rok	18	53%
Celkem	34	100%

Komentář

V otázce číslo 1 zjišťujeme délku spolupráce klientů se sociálně aktivizační službou Mozaika. Otázka byla položena 34 respondentům z toho 18 respondentů (53%) uvedlo, že jejich spolupráce trvá déle jak jeden rok. 7 respondentů (21%) odpovědělo délku spolupráce sedm měsíců až jeden rok a 9 dotázaných (26%) zaznačilo v této otázce méně jak šest měsíců.

Otázka č. 2: Obracíte se na sociálního pracovníka SAS Mozaika, když jste Vy nebo Vaše dítě nemocné?

Tabulka 11- Oslovení pracovníka SAS v nemoci

Oslovení SAS v nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	22	65%
NE	12	35%
Celkem	34	100%

Komentář

V otázce číslo 2 byli respondenti dotazováni, zdali se obracejí na pracovníka sociálně aktivizační služby, když jsou oni nebo jejich děti nemocné. Odpověď ano označilo 22 respondentů (65%) a zbylých 12 respondentů (35%) uvedlo odpověď ne.

Otázka č. 3: Pokud jste v předchozí otázce zodpověděl/a ANO, jak často?

Tabulka 12 – Četnost oslovení

Četnost oslovení SAS v nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
vždy když jsem já anebo mé dítě nemocné	8	36%
jen při speciálních zdravotních problémech, s kterými si nevím rady	8	36%
málokdy	6	28%
Celkem	22	100%

Komentář

Otázka číslo 3 se zaměřuje na to, jak často respondenti oslovují pracovníky sociálně aktivizační služby Mozaika. Podmínkou pro zodpovězení této otázky bylo, aby odpověď respondentů na předchozí otázku (č. 2) byla ano. To znamená, že se respondent na pracovníky obrací, když je on nebo jeho dítě nemocné. Odpověď ano zaznamenalo u předchozí otázky 22 respondentů (65%). Z toho počtu jich 8 dotazujících (36%) uvedlo, že se na pracovníky obrací vždy, když jsou oni nebo jejich dítě nemocné. Stejný počet, tedy 8 respondentů (36%) označilo odpověď, která uvádí, že se na pracovníka obrací jen při speciálních zdravotních problémech. 6 respondentů (28%) oslovuje pracovníky jen málokdy.

Otázka č. 4: Uvítáte pracovníka, který bude odborník i ve zdravotní péči?

Tabulka 13 – Odborník na zdravotní péči

Odborník na zdravotní péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
určitě ano	11	32%
asi ano	15	44%
nevím, je mi to jedno	6	18%
asi ne	2	6%
určitě ne	0	0%
Celkem	34	100%

Komentáře

Otázka číslo 4 se zabývá názorem respondentů, jestli by uvítali odborníka i na zdravotní péči. Otázka byla položena 34 respondentům. 11 respondentů (32%) odpovědělo s jistotou určitě ano, zatímco 15 respondentů (44%) odpovědělo asi ano. 6 respondentů (18%) uvedlo na danou otázku nevím, je mi to jedno. Pro možnost asi ne, se rozhodli 2 respondenti (6%) a nikdo z dotazujících neuvedl odpověď určitě ne.

Otázka č. 5: Když Vám lékař předepíše léčbu, je to pro Vás srozumitelné?

Tabulka 14 – Srozumitelnost lékařských zpráv

Srozumitelnost lékařských zpráv	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	19	56%
NE	15	44%
Celkem	34	100%

Komentář

V otázce číslo 5 jsme se ptali respondentů, zdali je pro ně předepsaná léčba lékařem srozumitelná. 19 dotazovaných respondentů (56%) uvedlo ano a 15 respondentů (44%) zaznamenalo odpověď ne.

Otázka č. 6: Pomohla by Vám podpora od pracovníka SAS Mozaika při řešení záležitostí týkající se zdraví?

Tabulka 15 – Zájem o podporu pracovníka SAS

Zájem o podporu pracovníka SAS	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	29	85%
NE	5	15%
Celkem	34	100%

Komentář

Otázka číslo 5 se věnuje zjištění, zda by respondentům pomohla podpora pracovníka SAS při řešení svého zdravotního stavu. Většina respondentů uvedlo, že by jim podpora pracovníka SAS pomohla. Jedná se o 29 respondentů (85%). Zbytek odpovídajících, tedy 5 respondentů (15%) odpovědělo na danou otázku ne.

Otázka č. 7: Byli jste někdy v situaci, kdy jste si nevěděli rady po návštěvě lékaře?*Tabulka 16 – Bezradnost po návštěvě lékaře*

Bezradnost po návštěvě lékaře	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	21	62%
NE	13	38%
Celkem	34	100%

Komentář

V otázce číslo 7 měli respondenti uvádět svou zkušenost po návštěvě lékaře. Konkrétně jestli se ocitli v situaci, kdy si nevěděli rady po jeho návštěvě. Z dotázaných 21 respondentů (62%) uvedlo odpověď ano a zbylých 12 dotázaných (38%) zaznamenalo opačnou odpověď, tedy ne.

Otázka č. 8: Pomohl Vám v řešení zdravotního stavu sociální pracovník ze SAS Mozaika?*Tabulka 17 – Poskytnutí pomoc pracovníka SAS*

Poskytnutá pomoc pracovníka SAS	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	24	71%
NE	10	29%
Celkem	34	100%

Komentář

Otázka číslo 8 se respondentů dotazovala na to, jestli jim někdy pracovník SAS pomohl při řešení zdravotního stavu. Odpověď ano zaznamenalo 24 respondentů (71%) a 10 respondentů uvedlo, že jim pracovník v SAS nepomohl při řešení zdravotního stavu, protože uvedli odpověď ne.

Otázka č. 9: Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, uvítali byste pomoc pracovníka se znalostmi ze zdravotnictví?

Tabulka 18 – Uvítání pomoci pracovníka

Uvítání pomoci pracovníka se znalostmi ze zdravotnictví	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	4	40%
NE	6	60%
Celkem	10	100%

Komentář

Poslední otázka číslo 9 zjišťovala názory, zda by respondenti uvítali pomoc pracovníka se znalostmi ze zdravotnictví. Podmínkou pro zodpovězení této otázky bylo, aby odpověď respondentů na předchozí otázku (č. 8) byla ne. To znamená, že respondenti v předchozí otázce uvedli, že jim pracovník SAS nepomohl při řešení zdravotního stavu. 4 respondenti (40%) by pracovníka se znalostmi ze zdravotnictví uvítali a zbylých 6 dotazovaných (60%) zaznamenalo odpověď ne.

6 ZÁVĚR VÝZKUMU A DOPORUČENÍ DO PRAXE

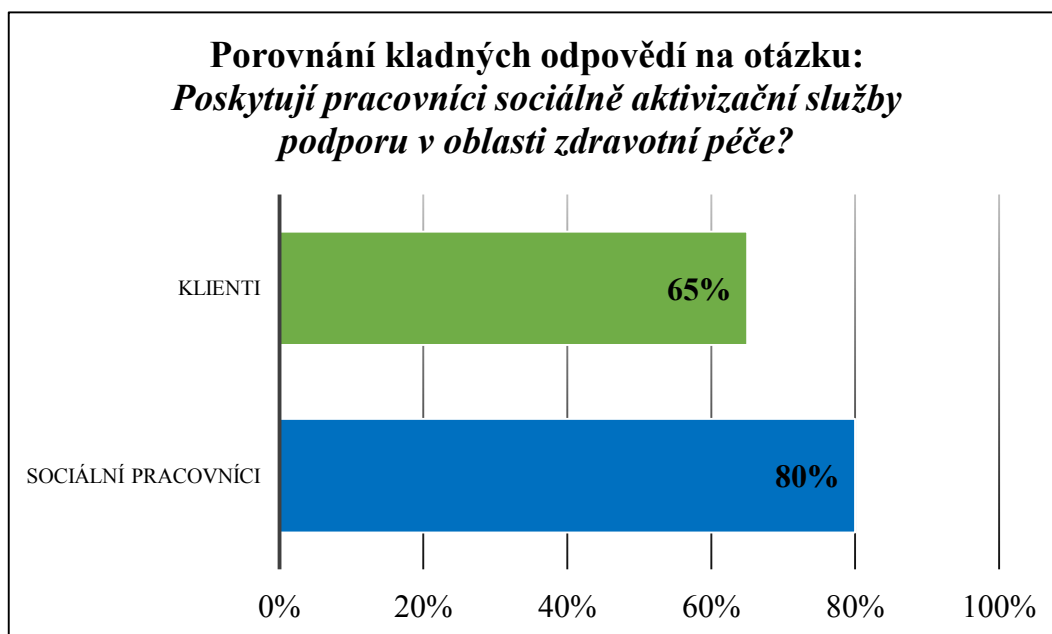
Bakalářská práce se zabývá propojením sociální práce a zdravotní péče. Především se zabývá profesí zdravotně sociálního pracovníka. S profesí zdravotně sociálního pracovníka se můžeme setkat v nemocnicích. Nás však zajímá uplatnění této profese v sociálně aktivizační službě. Proto jsme si vybrali pro náš výzkum konkrétní sociálně aktivizační službu, kde realizujeme dotazníkové šetření jak mezi pracovníky, tak i mezi klienty. Hlavním cílem pro tuto práci jsme si stanovili zjistit potřebnost zdravotně sociálního pracovníka v sociálně aktivizační službě. V případě zjištění potřebnosti takového pracovníka jsme si stanovili dílčí cíl, a to vytvoření pracovní pozice pro zdravotně sociálního pracovníka, který by zajišťoval nejen sociální práci ale i podporu a pomoc v oblasti zdraví a nemoci. V rámci této kapitoly se budeme věnovat podrobnému hodnocení výsledků provedeného výzkumu.

Potřebná data jsme získali prostřednictvím ankety sestavené dle výzkumných otázek. Anketa byla předložena 34 respondentům z řad klientů sociálně aktivizační služby Mozaika a 5 respondentů z řad pracovníků sociálně aktivizační služby Mozaika. Všechny ankety byly vypsané písemně. K vyhodnocování výzkumných otázek máme k dispozici dvě různé ankety (zvlášť pro pracovníky a zvlášť pro klienty), které odpovídají na stejné výzkumné otázky avšak v jiné podobě otázek, aby byly přizpůsobeny danému okruhu respondentů. Porovnání odpovědí klientů a pracovníků jsme graficky znázornili. Grafické znázornění by mělo přispět k větší přehlednosti interpretovaných dat. Dále by mělo přispět k porovnání získaných dat od klientů a pracovníků. Při tvorbě grafů byl použit software Microsoft Excel.

Vyhodnocení výzkumných otázek:

Nejdříve si vyhodnotíme data vztahující se k **výzkumné otázce č. 1: Poskytují pracovníci sociálně aktivizační služby podporu v oblasti zdravotní péče?** Z ankety pro pracovníky se nám prostřednictvím prvních dvou otázek podařilo prozkoumat, zda pracovníci sociálně aktivizační služby podporují své klienty v oblasti zdravotní péče. Z výsledků jsme zjistili, že 80% pracovníků řeší často zdravotní stav svých klientů a z toho 60% pracovníků doprovází své klienty k lékaři. Z ankety pro klienty jsme prostřednictvím otázek číslo 2, 3 a 8 zjistili, že 65% klientů se obrací na pracovníky v případě nemoci a z toho 36% se obrací na pracovníky, vždy když je klient nebo jeho dítě nemocné a 36% jen při speciálních zdravotních problémech. Mezi klienty, kteří se obrací na pomoc pracovníků, patří převážně rodiny (64%), které spolupracují se sociálně aktivizační službou více jak 1 rok. Tyto data jsme získali při porovnání otázky číslo 1 a 2. V anketě klientů z otázky č. 8 vyplývá, že 71% klientům

pomohl pracovník sociálně aktivizační služby Mozaika při řešení jejich zdravotního stavu. Z toho lze usoudit, že v sociálně aktivizační službě pracovníci intervnují v oblasti zdravotní péče. Bylo by tedy vhodné orientovat se v této oblasti a mít znalosti z oboru zdravotnictví.

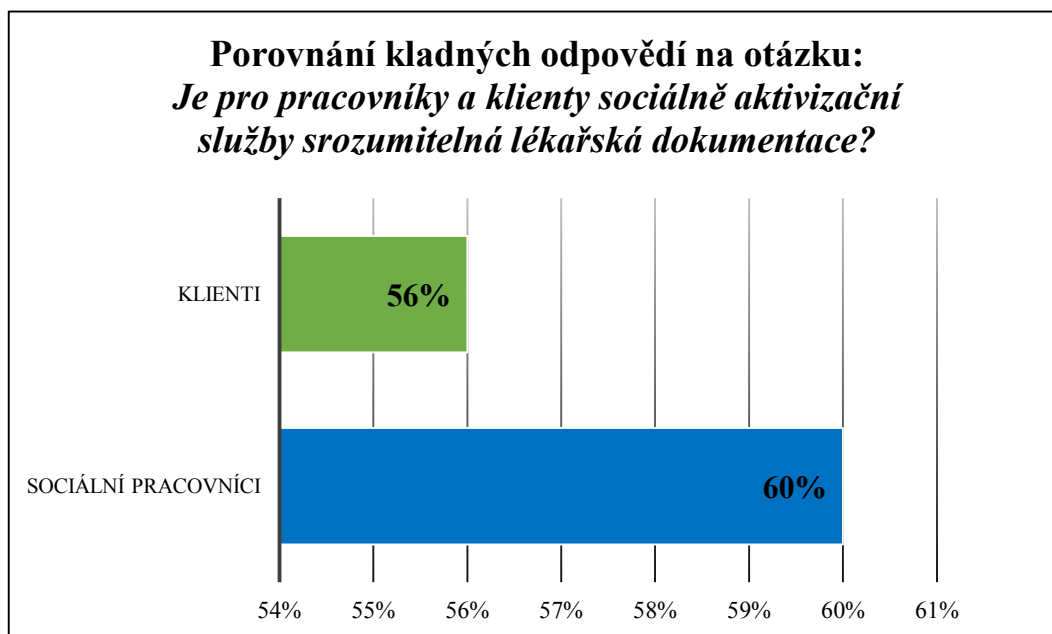


Graf 1 (výzkumná otázka č. 1)

Komentář

V grafickém znázornění porovnáváme otázky vztahující se k výzkumné otázce č. 1. V grafu č. 1 můžeme vidět většinovou shodu v odpovědích, které se týkají poskytnutí podpory v oblasti zdraví.

Výzkumná otázka č. 2 se zabývá zjištěním, zda **je pro pracovníky a klienty sociálně aktivizační služby srozumitelná lékařská dokumentace?**. K vyhodnocení výzkumné otázky jsme dospěli analýzou otázek z ankety pracovníků číslo 3 a 4. Všichni respondenti uvedli, že lékařským zprávám rozumí někdy a z toho 60% respondentů dokáže klientovi lékařskou zprávu vysvětlit. Načež z ankety klientů jsme odpověď na výzkumnou otázku získali prostřednictvím otázek číslo 5 a 6. Z odpovědí vyplynulo, že 56% klientů rozumí lékařským zprávám, avšak 62% se po návštěvě cítili bezradní. Výsledek ankety pracovníků považujeme za příznivý vzhledem ke vzdělání sociálních pracovníků. Z výsledků ankety klientů si všímáme, že je zapotřebí poskytnout podporu klientovi po návštěvě lékaře. I když většina uvedla srozumitelnost lékařských zpráv je zapotřebí podpořit klienty v naordinované léčbě.



Graf 2 (výzkumná otázka č. 2)

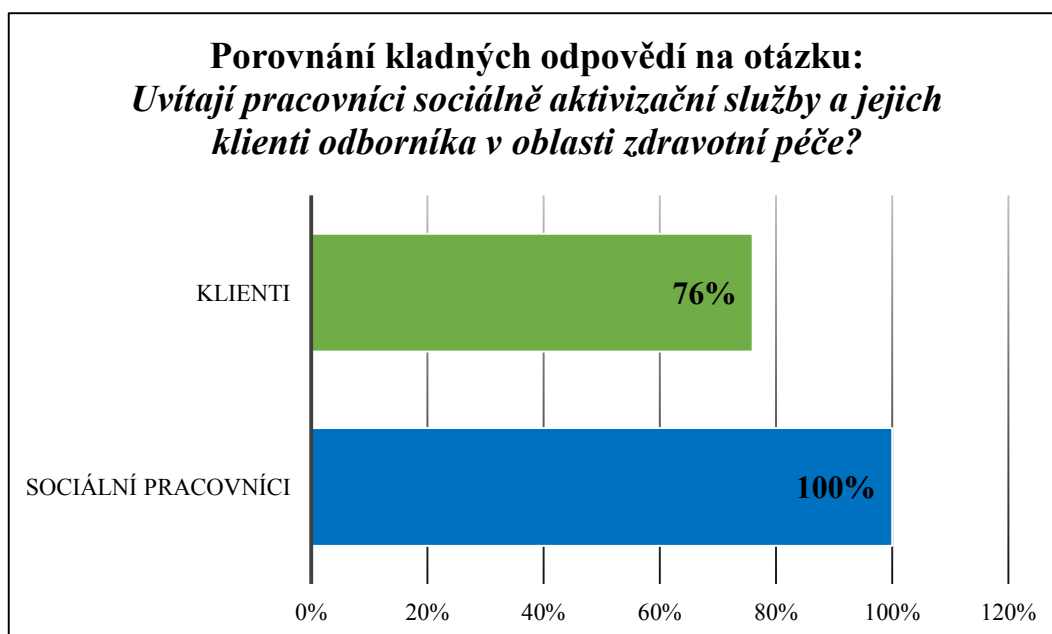
Komentář

Graf číslo 2 porovnává odpovědi týkající se otázky, která zjišťuje, zdali jsou pro klienty a pracovníky srozumitelné lékařská dokumentace. Z grafu můžeme vidět, že odpovědi u obou skupin respondentů jsou podobné.

Výzkumná otázka č. 3: Zaměřují se pracovníci sociálně aktivizační služby na prevenci onemocnění? V otázce číslo 5 se přímo ptáme pracovníků, zda se zaměřují na prevenci onemocnění u klientů. Větší část, tedy 60% pracovníků uvedlo kladnou odpověď. Tento výsledek vidíme jako nedostačující. Vzhledem k tomu, že jsme z teoretické části práce zjistili, že u romských rodin je potřeba se zaměřit na prevenci. Zde můžeme vidět velký přínos zdravotně sociálního pracovníka, který by se zaměřil především na prevenci. Bohužel z výzkumu není patrné, jestli se samotní klienti sociálně aktivizační služby zaměřují na prevenci onemocnění.

Poslední výzkumná otázka č. 4: Uvítají pracovníci sociálně aktivizační služby a jejich klienti odborníka v oblasti zdravotní péče? Tuto otázku vnímáme pro tento výzkum jako stěžejní, neboť právě podle ní zjistíme názor od pracovníků a klientů na potřebnost profese zdravotně sociálního pracovníka v sociálně aktivizační službě. Názory od pracovníků na potřebnost nalezneme v otázkách číslo 6, 7, 8 a 9. Znalost profese sociálního pracovníka uvedlo

80% dotázaných pracovníků. Všichni pracovníci si myslí, že cílová skupina, se kterou pracují, by uvítala profesi zdravotně sociálního pracovníka. Z toho 80% pracovníků si myslí, že tato profese by byla přínosem pro sociálně aktivizační službu Mozaika. I přes tento přínos, pouze 60% pracovníků by uvítali zdravotně sociálního pracovníka. Zbýlých 40% v této otázce nemá jasno. Tento údaj je pro nás překvapivý. Při vyhodnocování dat z ankety klientů, nám pomohli otázky číslo 4, 6. Odborníka ve zdravotní péči uvítá 76% respondentů. 85% klientů má zájem o podporu při řešení záležitostí týkající se zdraví. Ze získaných výsledků nám tedy jasně vyplynulo, že pracovníci i klienti sociálně aktivizační služby uvítají zdravotně sociálního pracovníka.



Graf 3 (výzkumná otázka č. 4)

Komentář

Výše uvedený graf číslo 3 interpretuje data týkajícího se názoru na potřebnost pracovníka se zdravotnickým vzděláním. V této otázce cítí větší potřebu sociální pracovníci než klienti.

6.1 Doporučení do praxe

Na základě zhodnocení všech výsledků z výzkumu jsme došli k závěru, že profese zdravotně sociálního pracovníka má veliké uplatnění i v sociálně aktivizační službě. Dle výzkumu se v této službě často prolíná sociální práce se zdravotní péčí. Proto naše doporučení do praxe je vytvoření této pracovní pozice v dané sociálně aktivizační službě. Tím naplníme dílčí cíl této bakalářské práce, a to vytvoření pracovního místa pro zdravotně sociálního pracovníka.

Důležité pro vytvoření pracovního místa je stanovení požadavků na vzdělání a osobnost pracovníka. V teoretické části se zmiňujeme o odborné způsobilosti zdravotně sociálního pracovníka. To znamená, že by měl splňovat zákonem stanovené podmínky na vzdělání. Z důvodu potřeby pracovníka, který by měl znalosti z oblasti zdravotnictví, je nezbytné, aby tento pracovník absolvoval akreditovaný zdravotnický bakalářský nebo magisterský studijní obor se sociálním zaměřením. Takový obor nabízí například Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Ostravská univerzita nebo Univerzita Pardubice. Za přijatelné vzdělání považujeme specializované studium v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry. Se vzděláním taktéž souvisí celoživotní vzdělání v oblasti nelékařských zdravotnických pracovníků, které je upraveno zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Požadavky na osobnost jsme taktéž popsali v teoretické části bakalářské práce. Především upřednostňujeme vlastnosti, jako jsou empatie, trpělivost, samostatnost, flexibilita, komunikativnost. Požadavek na flexibilitu pro nás znamená časově se umět přizpůsobit klientovi. A zároveň se umět i mentálně přizpůsobit jak klientovi tak dané situaci. Při práci nejen s romskou rodinou mohou často vyplynout situace, které jsou náročné a stresující. Od pracovníka se očekává, že v takové situaci bude jednat v zájmu rodiny, ale zároveň tak, aby ochránil práva dítěte. Nesmírně důležitou roli v sociálně aktivizační službě hraje komunikace. Jelikož v této sociální službě (Mozaice) jsou převážnými klienty Romové, je potřeba poznat a mít pochopení pro jejich formu vnímání a chápání. Jak bylo popsáno v teoretické části, romská populace má jiné hodnoty, a tak některé aspekty zdraví může zlehčovat a tím škodit nejen sobě, svému okolí ale i celé společnosti. Pracovník by měl dokázat komunikovat tak, aby efektivně předal informace týkající se zdraví či nemoci. Používat vhodně a citlivě dané informace týkající se případného onemocnění. Je důležité, aby se pracovník vždy doptával a ujišťoval, zda rodina daným informacím rozumí a jestli je potřeba v této oblasti rodinu podpořit. Ne vždy je totiž vhodné, aby se pracovník vměšoval do situací, které jsou pro rodinu příliš citlivé a osobní.

Pro pracovní pozici je potřeba pracovníkovi vymezit pracovní náplň, kterou bude v sociálně aktivizační službě vykonávat. Pracovní náplň by měla odpovídat dovednostem a odborným znalostem pracovníka. Pracovní náplň rozdělujeme do několika následujících částí:

Pracovní a organizační činnosti:

- Pracovník vykonává činnosti financované v rámci Programu Podpora a rozvoj vybraných druhů sociálních služeb ve Zlínském kraji.
- Pracovník je odpovědný vedoucímu SAS Mozaika.
- Úzce spolupracuje s členy pracovního týmu a předává podstatné a nezbytné informace o uživatelích, vzniklých situacích a událostech.
- Účastní se porad pracovního týmu a spolupracuje s ostatními pracovníky Diakonie.
- V rámci činnosti Mozaiky poskytuje sociální služby v rozsahu stanoveném zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Přímá pracovní činnost

- Individuální poradenství v oblasti prevence onemocnění, zejména mapování dostupných zdrojů v oblasti zdraví. Dále osvěta v rodinách týkající se oblasti zdraví (zpracování letáčků pro rodiny, uspořádávání akce zaměřené na prevenci, příprava vzdělávacích programů apod.).
- Poskytování pomoci a podpory při dodržování léčebného režimu, který je nastaven lékařem včetně srozumitelného předávání informací vyplívajících z odborných lékařských dokumentací.
- Spolupráce s lékaři, psychology a zdravotnickým personálem.
- Pomoc a podpora při integraci osoby se zdravotním postižením. Včetně poskytnutí poradenství týkající se vhodných kompenzačních pomůcek.
- Edukace rodiny vedoucí k lepšímu rozhodování ve prospěch zdraví a zdravého životního stylu.
- Návčik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností dítěte.
- Účast na případových konferencích a jiných konferencích v rámci podpory a ochrany zdraví.
- Spolupráce se Zlínským krajem v rámci různých projektů zaměřených na efektivní podporu zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením.
- Sestavování krizového plánu v případě ohrožení zdraví rodiny.
- Reagovat na problémy vzniklé s nemocemi a epidemiemi (vši, žloutenka, škrkavka apod.)
- V případě potřeby poskytnout klientům doprovod k lékaři.

- Poradenství v oblasti nemoci a s tím spojeno předávání informací a kontaktů na odborníky, kteří danou problematiku v oblasti zdraví řeší. Spolupráce s poradnami a případnými pobytovými službami pro osoby se zdravotním postižením.
- Spolupráce s Krajským hygienickým ústavem včetně dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví.
- Pomoc a podpora při vyřizování dávek spojené se zdravotním omezením.
- Najít, doporučit případně vyhledat návaznou sociální službu (např. raná péče, osobní asistence, hospic)
- Poskytování sociálních služeb klientům Mozaiky.
- Jedná dle zásad etického kodexu sociálního a taktéž zdravotnického pracovníka.

Vzdělávání

- Ve spolupráci s nadřízeným pracovníkem sestavuje plán osobního rozvoje a pracuje na jeho plnění. Průběžně si prohlubuje vzdělání v souladu se zákonem o sociálních službách.
- Samostatně studuje psychologickou a zdravotnickou literaturu, odborné časopisy, právní předpisy, aktuální informace v oblasti sociální práce a zdravotní péče s důrazem na práci Mozaiky.
- Účast na supervizích a vzdělávacích akcích v rámci organizace.
- Znalost a orientace v odborné lékařské terminologii včetně latinských názvů.

Dokumentace

- Vede dokumentaci týkající se přímé práce s uživateli, organizačního a administrativního zajištění chodu Mozaiky.
- Zodpovídá za ochranu osobních údajů v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a platnými směrnicemi střediska a služby. (Vnitřní dokumentace Diakonie ČCE– středisko Vsetín, 2018)

6.2 Vymezení rizik

V rámci vytvoření pracovní pozice v sociálně aktivizační službě lze narazit na určitá rizika. V této podkapitole si vymežíme několik z nich. Rizika mohou být spojená s osobnostními vlastnostmi pracovníka, s místem poskytování sociální služby anebo velkými nároky kladenými na pracovníka. Rizika spjatá s výkonem zdravotně sociálního pracovníka si rozdělíme do následujících bodů:

- Ochrana osobních údajů

První riziko můžeme vnímat v tenké hranici ochrany osobních údajů. Pracovník by neměl dále předávat informace získané ze zdravotnické dokumentace (např. diagnózu, léčebný postup). Informace týkající se zdravotního stavu jsou velmi osobní a je potřeba s nimi pracovat citlivě s ohledem na klienta. U Romů můžeme vnímat větší rezervovanost týkající se sdělování informací o svém zdraví z důvodu obav ze stigmatizace. Např. klientka nesdělí pracovníci, že děti mají vši, protože se domnívá, že bude pracovníci odsuzována (negativně hodnocena).

- Přístup pracovníka

Rizikem může být, pokud na tuto pozici je přijat pracovník, který již dříve pracoval ve zdravotnictví. Ve zdravotnictví se můžeme setkat s direktivnějším přístupem než tomu je v sociálních službách. Zde je práce více zaměřená na pomoc a podporu, nikoli kontrolu. Tento pracovník může mít potíže tyto dvě oblasti odlišit a změnit svůj přístup ke klientům. Pracovník může zneschopňovat klienta tím, že bude k sociální práci přistupovat direktivním přístupem. Je potřeba, aby pracovník znal své kompetence, a co je naopak v kompetenci klienta či rodiny. Pracovník v sociálně aktivizační službě by měl být pro rodinu oporou a partnerem při řešení problémových a náročných situací života. Měl by rodinu vést k co největší samostatnosti, aby nedocházelo k utváření závislosti na službě. Důležité je také vnímat rodinu jako celek nikoliv oddělovat jednotlivé části. Tento přístup je vysvětlen v teoretické části v kapitole sociální práce s rodinou.

- Překračování kompetencí

Obtíž může být v odbornosti a znalostech pracovníka. Může nastat situace, kdy pracovník bude stanovovat diagnózy popřípadě dávat doporučení k léčbě bez toho, aby klientovi doporučil návštěvu lékaře či zdravotnického zařízení. Rizikem je ohrožení zdraví klienta a vytváření závislosti na službě. Např. klient, který onemocní, vyhledá zdravotně sociálního pracovníka, než aby řešil danou situaci sám a obrátil se na lékaře.

- Syndrom vyhoření

Zdravotně sociální pracovník je vzhledem ke svým znalostem více vnímavý k rizikům ohrožujících zdraví v domácnosti klienta. Nemožnost posunout rodičovské kompetence, jež by vedly k odstranění těchto rizik, může v pracovníkovi vyvolat pocity bezmoci a vést až k syndromu vyhoření. Je tedy potřeba znát limity dané rodiny a možnosti sociálně aktivizační

služby. Pracovník by měl být schopen zhodnotit kdy je možné prostřednictvím sociální služby ještě rodině pomoci a kdy je potřeba rodinu přeměřovat na jinou službu, organizaci případně instituci. Měl by si také uvědomovat, že není všemocný a že konečné rozhodnutí je vždy na daném klientovi či rodině. Dalšími situacemi, které mohou být pro pracovníka stresujícími, je řešení dilemat spojených se zdravotním stavem rodiny a jejich členů.

- Nedodržování individuálního přístupu

Práce s rodinou v oblasti zdraví vyžaduje od pracovníka, aby důsledně dodržoval individuální přístup k jednotlivým rodinám. Různorodost klientů sociálně aktivizační služby klade na pracovníka vysoké nároky, které vyplývají z odlišného vnímání hodnoty zdraví a kulturních zvyklostí. Jinak zdraví a prevenci vnímá rodina většinové společnosti a jinak Romská rodina. Také odlišné hygienické návyky mohou hrát velkou roli při práci s rodinou. Problematiku zdraví u Romů jsme již popsali v teoretické části práce.

- Nákaza

Nesmíme opomenout, že velkým nebezpečím při práci s rodinami ocitávajíc se v nepříznivé sociální situaci, je riziko nákazy. Zdravotně sociální pracovník v sociálně aktivizační službě se může při své práci často setkat s přenosnými infekčními nemocemi a parazity. Jelikož pracovník sociálně aktivizační služby provádí i terénní formu služby tzn., že vstupuje do přirozeného prostředí rodiny, je zde riziko přenosu nákazy větší. Přirozeným prostředím může být i sociálně vyloučená lokalita., kde často bývají zhoršené hygienické podmínky. Proto je nutné, aby pracovník dodržoval postupy stanovené zaměstnavatelem k ochraně zdraví.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi je potřebná profese zdravotně sociálního pracovníka. V rámci zjišťování této potřeby byl proveden výzkum v konkrétní sociálně aktivizační službě nesoucí název Mozaika. Daným tématem se tedy zabýváme z důvodu zjištění, jaké může mít absolvent oboru zdravotně sociální pracovník uplatnění v sociálně aktivizační službě. Často můžeme totiž vnímat uplatnění této profese pouze ve zdravotnických, případně pobytových zařízeních. Chceme tedy poukázat, že propojení zdravotní péče a sociální práce má velký smysl ve všech sférách, především tedy v oblasti sociální práce s rodinou.

V teoretické části jsme popsali zdravotně sociální práci včetně jejího legislativního vymezení. Dále se zmiňujeme o profesi zdravotně sociálního pracovníka, sociální aktivizační službě a nezbytným vymezením je také popsání sociální práce s rodinou. Jelikož klienty v sociálně aktivizační službě (dále jen SAS) Mozaika jsou převážně rodiny romského původu, nesmí v teoretické části chybět vymezení sociální práce s romskou rodinou se zaměřením na problematiku zdraví.

Praktická část práce poskytuje prostor pro samotný výzkum, na základě kterého zjišťujeme hlavní a dílčí cíl bakalářské práce. Prostřednictvím kvantitativního šetření zjišťujeme u klientů a pracovníků potřebnost pracovníka, který by měl zdravotnické vzdělání. Tato odbornost by měla přispět k podpoře rodin při řešení záležitostí týkající se zdraví. Zjišťování bylo provedeno na základě sestavení dvou druhů anket. Jedna anketa se zaměřovala na potřeby klientů a druhá na potřeby pracovníků. Získaná data jsme prezentovali prostřednictvím tabulek a krátkého komentáře. Porovnání odpovědí jak od pracovníků a klientů prezentujeme prostřednictvím grafů a taktéž krátkého komentáře. Závěrečná kapitola se věnuje vyhodnocení výzkumných otázek a doporučení do praxe.

Ze získaných výsledků jsme zjistili, že pracovníci se často setkávají s problematikou týkající se řešení zdravotního stavu klienta. V SAS Mozaika taktéž probíhá podpora rodin v podobě doprovodů k lékaři. Z výzkumu jsme také došli k výsledkům, že práce zdravotně sociálního pracovníka by byla velmi přínosná. Na to reagujeme doporučením k vytvoření pracovní pozice v SAS Mozaika. Při vytváření této pozice čerpáme z teoretického základu bakalářské práce. V kapitole doporučení do praxe se zmiňujeme o potřebných odborných předpokladech pro výkon této profese. Nechybí zde také vymezení osobnostních rysů a náplně práce. Pracovní náplň se snažíme vymezit přímo v rámci zdravotně sociální práce. V rámci pracovní

náplně vnímáme potřebu zdravotně sociální práce především v prevenci. Téma prevence je velmi zanedbávanou a problémovou oblastí u Romských rodin. S prevencí úzce souvisí zdravý životní styl, který je často u sociálně slabších rodin opomíjen. Vliv na životní styl rodin mají nejen nedostačující finanční prostředky, ale také bytové podmínky a nedostatečná edukace v oblasti zdraví a nemoci. V neposlední řadě nesmíme opomíjet vliv nedostupné lékařské péče na zdraví u rodin pocházejících ze sociálně vyloučených lokalit.

Práce zdravotně sociálního pracovníka se pojí s určitými riziky. Tyto rizika popisujeme v poslední podkapitole. Především se jedná o riziko přenosu nákazy, zneužití citlivých údajů nebo také v direktivním přístupu pracovníka ke klientovi.

Limit daného výzkumu vnímám v tom, že klienti byli převážně romské národnosti. Tudíž neznáme postoje rodin majoritní společnosti, které by dle mého názoru ovlivnily výsledky výzkumu.

Věříme, že získaná data a možnost uplatnění pracovní pozice zdravotně sociálního pracovníka v sociálně aktivizační službě bude přínosem a inspirací jak pro SAS Mozaika tak i pro jiné sociální služby tohoto typu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografie

- BAKALÁŘ, Petr. *Psychologie Romů*. Praha: Votobia, 2004. ISBN 80-7220-180-8.
- BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-530-5.
- BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
- COWLES, Lois A. Fort. *Social work in the health field: a care perspective*. 2nd ed. New York: Haworth Social Work Practice Press, 2003. ISBN 0-7890-2119-6.
- ČESKO, Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.
- ČESKO, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- ČESKO, Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
- KAJANOVÁ, Alena. *Sociální práce s etnickými a menšinovými skupinami: etnické, marginální a rizikové skupiny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009. ISBN 978-80-7394-181-9.
- KOLÁŘ, Zdeněk. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3710-2.
- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2473-843-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2473-676-1.
- LEVICKÁ, Jana. *Sociálna práca s rodinou I*. Trnava: Trnavská univerzita, 2004. ISBN: 80-89074-93-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0522-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787418.
- NEDĚLNÍKOVÁ, Dana a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008.
- NOVOSAD, Libor. *Základy teorie a metod sociální práce. II. Díl: Vybrané problémy, přístupy a metody sociální práce*. Liberec: Technická univerzita, 2004. ISBN 80-7083-890-6.
- OLÁH, Michal, Ján HUČÍK, Alena HUČÍKOVÁ, et al. *Sociálna práca v praxi: najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce*. Bratislava: Iris, 2016. ISBN 978-80-89726-58-5.
- ONDRUŠOVÁ, Zlata a kol. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-109-5.
- PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.
- SIROVÁTKA, Tomáš, ed. *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2004. ISBN 80-210-3455-6.
- SMUTKOVÁ, Lucie. *Sociální práce s rodinou: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.
- SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.

TOKÁROVÁ, Anna a kol. *Sociální práce: Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce*. 2. vyd. Prešov: AKCENT PRINT, 2003. ISBN 80-968367-5-7.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2016. ISBN 978-80-7422-467-6.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2007. ISBN: 978-80-86429-36-6.

URBAN, David. *Sociální práce s romskými rodinami*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-457-7.

VESELÁ, Renata. *Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 8086432483.

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Tribun, 2009. ISBN 978-80-7399877-6.

Internetové zdroje

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, © 2012-2019. Agentura pro sociální začleňování. In: socialni-zaclenovani.cz [online]. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/socialne-aktivizacni-sluzby-pro-rodiny-s-detmi>

Doplňkové údaje o sociální službě Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, © 2019. Registr poskytovatelů sociálních služeb. In: iregistr.mpsv.cz [online]. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?756g=2832d132742cccc1&736c=f214f8380b5ae188&SUBSESSION_ID=1557760012195_1

HYBLEROVÁ-ŠIMKOVÁ, Ivana, © 2007. Dítě mezi rodinou a institucemi - zkušenosti, závěry a výstupy z česko-francouzského pilotního projektu: Příklad dobré praxe v mikroregionu Kladno. In: *AKTUÁLNÍ OTÁZKY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE* [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <http://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2017/01/publikace-174.pdf>

KAŠTÁNKOVÁ KRISTOVÁ, Markéta, © 2019. Romská rodina. In: rozhlas.cz [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: https://www.rozhlas.cz/romove/tradice/_zprava/1731852

Romská populace a zdraví Česká republika – Národní zpráva © 2009. In: vlada.cz [online]. [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Sastipen.pdf>

Sociálně patologické jevy, © 2016. Informační centrum pro mládež. In: *tymycentrum.cz* [online]. [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <http://www.tymycentrum.cz/icmholesov/2016/03/socialne-patologicke-jevy/>

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ ODDĚLENÍ, © 2016 – 2019. Fakultní Thomayerova nemocnice. In: *ftn.cz* [online]. [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/zdravotne-socialni-oddeleni-76/>

Ostatní zdroje

Vnitřní dokumenty sociálně aktivizační služby Mozaika, 2011- poskytla sociálně aktivizační služba Mozaika

Pracovní náplň sociálního pracovníka, 2018 – poskytla Diakonie ČCE – středisko Vsetín

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ZSP Zdravotně sociální pracovník

SAS Sociálně aktivizační služba

např. například

tzv. tak zvané

atd. a tak dále

apod. a podobně

tzn. to znamená

č. číslo

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 zdroj: http://iregistr.mpsv.cz	30
--	----

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 - Řešení zdravotního stavu</i>	43
<i>Tabulka 2 – Doprovody k lékaři</i>	43
<i>Tabulka 3 – Srozumitelnost lékařských zpráv</i>	44
<i>Tabulka 4 – Vysvětlení lékařských zpráv</i>	44
<i>Tabulka 5 - Prevence</i>	45
<i>Tabulka 6 – Potřebnost ZSP</i>	45
<i>Tabulka 7 – Znalost profese ZSP</i>	46
<i>Tabulka 8 – ZSP v pracovním týmu</i>	46
<i>Tabulka 9 – Přínos ZSP</i>	47
<i>Tabulka 10 – Délka spolupráce</i>	48
<i>Tabulka 11- Oslovení pracovníka SAS v nemoci</i>	48
<i>Tabulka 12 – Četnost oslovení</i>	49
<i>Tabulka 13 – Odborník na zdravotní péči</i>	49
<i>Tabulka 14 – Srozumitelnost lékařských zpráv</i>	50
<i>Tabulka 15 – Zájem o podporu pracovníka SAS</i>	50
<i>Tabulka 16 – Bezradnost po návštěvě lékaře</i>	51
<i>Tabulka 17 – Poskytnutí pomoci pracovníka SAS</i>	51
<i>Tabulka 18 – Uvítání pomoci pracovníka</i>	52

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 (výzkumná otázka č. 1)</i>	54
<i>Graf 2 (výzkumná otázka č. 2)</i>	55
<i>Graf 3 (výzkumná otázka č. 4)</i>	56

SEZNAM PŘÍLOH

<i>Anketa pro pracovníky SAS 1</i>	73
<i>Anketa pro klienty SAS 2</i>	75

PŘÍLOHA P I: ANKETA PRO PRACOVNÍKY SAS

Anketa k bakalářské práci na téma:

Zdravotně sociální pracovník v sociálně aktivizačních službách

Otázky pro zjištění potřebnosti zdravotně sociálního pracovníka na pracovišti sociálně aktivizační služby Mozaika:

1. Řešíte často s klienty potíže týkající se jejich zdravotního stavu?

ANO NE

2. Doprovázíte klienty k lékaři?

ANO NE

3. Jsou pro Vás lékařské zprávy srozumitelné?

ANO NE NĚKDY

4. Vysvětlíte klientovi obsah lékařské zprávy?

ANO NE NĚKDY

5. Zaměřujete se při své práci na prevenci onemocnění u klientů?

ANO NE

6. Myslíte si, že cílová skupina, se kterou pracujete, by uvítala pracovníka vzdělaného se zdravotnickým základem?

ANO NE NEVÍM

7. Znáte profesi zdravotně sociálního pracovníka?

ANO NE

8. Uvítali byste do pracovního týmu zdravotně sociálního pracovníka?

ANO NE NEVÍM

9. Myslíte, že tato profese je pro SAS Mozaika přínosem?

ANO NE NEVÍM

9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, uvítali byste pracovníka se znalostmi ze zdravotnictví?

ANO

NE

Anketa pro klienty SAS 2