

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Hekrova 805, Praha 4, 149 00



Sociální péče o rodiče dětských pacientů na psychiatrickém oddělení

Bakalářská práce

Gabriela Meluzinová

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha: 15. 4. 2013

Prague college of psychosocial studies



Social care for parents of pediatric patients at the psychiatric department

Gabriela Meluzinová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Prag: 15. 4. 2013

ANOTACE

Autorka pojednává o sociální práci s dlouhodobě hospitalizovanými psychiatrickými pacienty na dětském oddělení. V teoretické části se zabývá nejčastějšími dětskými psychiatrickými poruchami a jejich příčinami a přibližuje průběh hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení. Největší pozornost pak věnuje nejčastěji diagnostikovaným duševním poruchám – poruchám příjmu potravy a syndromu ADHD.

Práce si všímá nejen pocitů hospitalizovaného dítěte a jeho rodiny, ale popisuje i specifika práce zdravotnického personálu a zejména sociálních pracovníků. Nevyhýbá se ani možným důsledkům této vyčerpávající práce, jako je syndrom burn-out.

Hlavní část teoretické práce se zabývá úlohou sociálního pracovníka v péči o rodinu psychiatricky nemocného dítěte. Je rozdělena na konkrétní sociální péči o rodinu a speciální sociální péči o psychicky nemocné dítě.

Praktická část uvádí případové studie dětských psychiatrických pacientů a provádí jejich analýzu v souvislosti se sociálními faktory, jimž bylo dítě vystaveno.

Klíčové pojmy:

psychiatrie, pedopsychiatrie, duševní nemoc a sociální péče ve zdravotnictví.

ANNOTATION

The author talks about a social work with psychiatric patients at child department hospitalized for a long period.

The theoretical part is devoted to analysis of the most common child psychiatric disorders and their causes. It allows us to preview the course of hospitalization on the child psychiatric department. The highest attention is paid to most often diagnosed mental disorders – eating disorders and syndrome ADHD.

The author observes not only the feelings of hospitalized child and his family but also the specifics of medical staff, especially social workers. It does not avoid talking about the possible consequences of this exhaustive work, such as the syndrome burn-out.

The most of the theoretical part is devoted to talking about the role of social workers in family care of psychiatrically ill child. It is divided into two parts – the first one deals with the specific social care for the family and the second one with the specific social care for mentally disabled child.

The practical part presents case studies of child psychiatric patients and analyze them in the context of social factors to which the child has been exposed to.

The key words:

psychiatry, pedopsychiatry, mental illness and social work in health care.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji tímto, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala v příloženém seznamu literatury.

Gabriela Meluzinová

V Praze dne 15. dubna 2013

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní MUDr. Olze Dostálové, CSc., za ochotu, s kterou mi poskytovala odborné vedení a doporučení a za čas, který mi věnovala.

Gabriela Meluzinová

V Praze dne 15. dubna 2013

Obsah

ÚVOD.....	8
1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	9
1.1 Pojem: psychiatrie.....	9
1.2 Pojem: duševní nemoc.....	9
1.3 Sociální péče ve zdravotnictví.....	10
2 DĚTSKÉ PSYCHICKÉ PORUCHY.....	12
2.1 Příčiny dětských psychických poruch.....	12
2.2 Nejčastější dětské psychické poruchy.....	13
2.2.1 Poruchy příjmu potravy.....	13
2.2.2 Syndrom ADHD.....	16
3 POBYT NA DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	18
3.1 Negativní pocity dítěte.....	18
3.2 Personál u lůžka dítěte.....	19
3.2.1 Dětská sestra na psychiatrii.....	19
3.2.2 Sociální pracovník ve zdravotnictví vůbec a na psychiatrii zvláště	20
3.3 Syndrom burn-out	23
4 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI PÉČI O RODINU PSYCHICKY NEMOCNÉHO DÍTĚTE.....	25
4.1 Rodinná situace nemocného dítěte	25
4.2 Sociální péče v psychiatrii	26
5 SOCIÁLNÍ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA DÍTĚ HOSPITALIZOVANÉ NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	28
5.1 Úkoly sociálního pracovníka na dětském psychiatrickém oddělení.....	28
5.2 Metody sociální práce s dítětem na psychiatrickém oddělení.....	29
6 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	31
6.1 Metoda zvolená pro výzkumné šetření	31
6.2 První případová studie.....	32
6.2.1 Anamnéza	32
6.2.2 Nynější onemocnění	32
6.2.3 Sociální šetření.....	33
6.2.4 Analýza případu	35
6.3 Druhá případová studie	35
6.3.1 Anamnéza.....	35
6.3.2 Nynější onemocnění	36
6.3.3 Sociální šetření.....	36
6.3.4 Analýza případu.....	39
6.4 Třetí případová studie.....	40
6.4.1 Anamnéza	40
6.4.2 Nynější onemocnění.....	40
6.4.3 Sociální šetření.....	41
6.4.4 Analýza případu.....	42
6.5 Hodnocení praktické části.....	44
7 DISKUSE O HOSPITALIZACI DĚTÍ NA PSYCHIATRII.....	46
ZÁVĚR.....	48
LITERATURA.....	50
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	52

ÚVOD

Sociální péče ve zdravotnictví je téma, které spojuje dva nesmírně důležité obory. Sociální péči, která lidstvo provází od jeho vzniku a je nezbytnou součástí lidského bytí, a zdravotní péči, která se dříve či později dotkne každého z nás.

Myslím, že bych neuměla psát o věcech, kterým nerozumím, a proto jsem při volbě tématu bakalářské práce úmyslně zvolila kombinaci těchto dvou pomáhajících profesí, které jsou mi velmi blízké, a dlouhodobě se jim věnuji.

Jsem dětská sestra a na dětských oddělení pracuji již několik let. Každé oddělení má nejen svá odborná specifika, ale liší se také přístupem pečujícího personálu k malým pacientům. Nemusím, myslím, zdůrazňovat, jak je tento přístup důležitý. Díky své praxi si uvědomuji, jak rozdílná jsou někdy očekávání rodičů a jejich dětí na jedné straně a ošetřovatelského týmu na straně druhé.

V této práci bych se chtěla věnovat především sociální péči zaměřené na dětského pacienta a na rodiny hospitalizovaných dětí. Je-li však podtextem mé práce odhalit nezbytnosti, které umožní spokojenost nemocného dítěte a jeho rodiny, musím část své práce věnovat i ošetřovatelské péči. Domnívám se, že spolupráce mezi zdravotní a sociální péčí je základní podmínkou úspěšného rehabilitačního procesu.

V teoretické části bych se ráda nejprve věnovala dětské psychiatrii, nejčastějším diagnózám dětských psychiatrických pacientů a ošetřovatelské psychiatrické péči. V hlavní části se zaměřím na sociální péči ve zdravotnictví a na psychiatrických odděleních.

V praktické části uvádím typické kazuistiky ze sociální péče o psychiatrické pacienty a tím zároveň představuji typickou sociální péči o tyto pacienty.

Podklady pro tuto práci jsem získala především na dětské psychiatrické klinice ve FN Motol v Praze 5 pod vedením sociální pracovnice tohoto oddělení a na dětském psychiatrickém oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze 4 pod vedením staniční sestry tohoto oddělení. Dále jsem nastudovala odborné knižní publikace k tématu sociální péče ve zdravotnictví a psychiatrické péče, jejichž seznam je uveden v příloze věnované literatuře.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

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

1.1 Pojem: psychiatrie

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá studiem, diagnózou, léčbou, rehabilitací, výzkumem a prevencí duševních chorob. K dosažení zlepšení duševního zdraví využívá moderní psychiatrie biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační léčebné postupy (MALÁ a PAVLOVSKÝ, 2002). Jako samostatný lékařský obor patří psychiatrie mezi později vzniklé, mladší lékařské obory.

Pedopsychiatrie je dětská psychiatrie, která se zabývá duševními poruchami a chorobami u dětí a vyznačuje se proti psychiatrii dospělých četnými vlastními specifiky charakteristickými právě pro tuto věkovou skupinu. Výskyt psychických poruch je údajně větší v městských populacích než na venkově (GELDARD, 2008), ale může se samozřejmě vyskytnout v jakékoliv rodině kdekoliv.

1.2 Pojem: duševní nemoc

V historii bylo pro léčitele velmi obtížné oddělit duševní choroby od ostatních nemocí a ani dnes ještě není tento problém zcela vyřešen. Onemocnění, která jednoznačně spadají do psychiatrické péče, jsou psychózy, závislosti, poruchy osobnosti, ale také neurózy (VOKURKA, HUGO aj., 2008), ale např. o léčbu psychosomatických onemocnění se nadále dělí zástupci somatických oborů i psychiatrie.

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

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

Přítom rozpoznání hranice mezi nadměrně živým nebo zlobivým dítětem a dítětem s

poruchou chování, např. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti provázená hyperaktivitou), je pro rodiče velmi náročné. Přitom poruchy pozornosti a chování patří, podle názorů psychiatrických odborníků, mezi nejčastější psychiatrická onemocnění.

Představa lidí o psychiatrických poruchách je zcela pochopitelně laická. Málokdo si uvědomuje, že to, co je normální v určitém dětském věku, může být v jiném věku abnormální nebo dokonce již příznakem psychické poruchy. Společenská „nepřijatelnost“ psychických diagnóz pak ještě více včasnou diagnostiku a následnou léčbu oddaluje a komplikuje.

1.3 Sociální péče ve zdravotnictví

Obecně definuje **sociální péči** zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení v § 73 odst. 1 takto:

„Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry“.

Sociální práce ve zdravotnictví se od sociální práce terénní odlišuje v mnoha aspektech. Hlavním rozdílem je potřeba znalosti zdravotních diagnóz a jejich sociální dopad pro pacienta. Ať už je prvotním údajem špatný zdravotní stav pacienta a na to navazují sociální problémy, nebo dojde-li nejprve ke zhoršení sociální situace klienta a následně se zhorší jeho zdravotní stav, je kombinace sociálních problémů se zhoršeným zdravotním stavem vždy náročná pro sociálního pracovníka (KUZNÍKOVÁ aj., 2011; TROSTER aj., 2005).

Sociální péče ve zdravotnictví je tedy oblast, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální a je také důležitou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Sociální pracovník je prostředníkem mezi pacientem a světem mimo nemocnici. Pečuje především o hospitalizované pacienty, kteří mají kromě zdravotního i sociální problém, ale do jeho péče spadají i příbuzní nemocného – rodiče či děti, pokud se vlivem onemocnění své blízké osoby ocitli ve složité sociální situaci.

Ve zdravotnictví má sociální péče v České republice určitou tradici. Díky profesi tzv. sociálních sester se v minulém režimu zavedla sociální práce ve zdravotnických zařízeních

a dlouho se takto držela. I přesto se tehdy chápala sociální práce jako činnost převážně administrativní. V současné době však sociální pracovníci zdravotní přípravu často nemají, a proto jsou možnosti jejich uplatnění v tomto oboru omezené.

V dnešní době stále přetrvává názor, že sociální pracovník je jenom úředník na „sociálce“, který rozhoduje o udělení dávky sociální podpory, nebo - je-li v nemocničním zařízení - zařizuje pouze umístění pacientů do následné péče. Práce sociálního pracovníka je přitom naopak velmi těžká a mnohdy zdánlivě i beznadějná. Podle mého názoru je tato práce stále velmi nedocenená. A to především chápáním sociální práce laickou veřejností jako povolání o nízké profesní prestiži, chápáním odbornou veřejností ve smyslu nejasných kompetencí a v přístupu státu podprůměrným finančním ohodnocením.

Cílem sociální péče ve zdravotnictví je uspokojování sociálních potřeb pacienta, a to mají všichni sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví společné. To ovšem neznamená, že by v každém zdravotnickém zařízení vykonávali sociální pečovatelé stejnou činnost. Obsahem této činnosti je odstranit nebo alespoň zmírnit negativní důsledky nemoci, hospitalizace nebo postižení či úmrtí blízké osoby, a také psychosociálně patologických jevů, které s těmito sociálními událostmi úzce souvisí nebo jsou jejich důsledkem. Nicméně náplň a obsah procesu sociální péče jsou zpracovány každým zdravotnickým zařízením individuálně a průběžně aktualizovány.

Aby byla nelichotivá představa o této profesi v České republice překonána, vzniká řada nových institucí pro řešení sociálních problémů, vytvářejí se nové zdravotní a vzdělávací programy pro sociální pracovníky a také již existují nová, moderně smýšlející zařízení sociální péče.

Proces rozvoje sociální péče ve zdravotnictví je ovlivňován legislativními normami: zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních.

2 DĚTSKÉ PSYCHICKÉ PORUCHY

2.1 Příčiny dětských psychických poruch

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

Jinou příčinou, která také může spustit psychické problémy, jsou např. organická onemocnění. Výhodou je, že pokud je takové onemocnění vyléčeno, odezní obvykle i psychické potíže. Je-li však toto organické onemocnění chronické, vyžaduje-li dlouhodobou léčbu, či je-li fatální, přetrvávají i duševní problémy a je potřeba zahájit i psychiatrickou léčbu.

Rozvoj psychických potíží také bohužel často způsobí zneužívání psychoaktivních látek, což však není v dětské psychiatrii naštěstí běžné. Bohužel u dospívajících pacientů přítomnost psychických problémů následkem užívání těchto látek, už tak velkou výjimkou není.

Mnohem častějším důvodem psychických onemocnění jsou u dětí reakce na stres. Dítě obvykle prožije silně traumatizující událost, při které je např. ohrožen něčí život, a související stres způsobí rozvoj psychických potíží. Také dlouhodobé působení sociální či psychologické patologie, a to především v rodině, může dítěti způsobit psychické problémy.

Genetický výzkum v současné době přináší, zejména díky mapování lidského genomu, mnoho nových informací ve všech medicínských oborech. Proto i v psychiatrii vzniká řada nových genetických studií, jejichž úkolem je objevit různé predispoziční faktory, které mohou spouštět psychiatrické poruchy. Patří mezi ně např. studie rodin, dvojčat nebo adoptivní studie (BARKER, 2007).

Ačkoliv je genetika bezesporu nejdynamičtěji se rozvíjející vědní obor, dokud nebudeme moci naši genetickou výbavu změnit nebo lépe řečeno opravit, je třeba se s těmito příčinami smířit. Je vždy velmi smutné, vznikne-li genetickou změnou jakékoliv onemocnění, nejen psychiatrické, ale je opravdu tragické, vznikne-li v době prenatálního či perinatálního vývoje a to vlivem nezaviněného, ale bohužel často i zaviněného poškození dítěte. Infekce, alkohol, kouření či jiné psychoaktivní látky mohou následně způsobit vážné

poškození plodu. Předčasný porod nebo zranění během porodu pak často ovlivní další tělesný i psychický vývoj právě narozeného dítěte, ve kterém nebývá o psychické potíže nouze.

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

2.2 Nejčastější dětské psychické poruchy

Není cílem této práce věnovat se podrobně dětské psychiatrii. Proto zde nebudu uvádět všechny psychiatrické poruchy a onemocnění, ale zaměřím se pouze na ty, se kterými jsem se setkala během své praxe na dětské psychiatrii, a se kterými jsou tam děti hospitalizovány nejčastěji.

Dle odborníků mezi nejčastější dětské psychiatrické poruchy patří především poruchy chování a opozičního vzdoru, hyperkinetické poruchy a poruchy pozornosti, úzkostné poruchy, afektivní poruchy, sebevražedné pokusy, specifické vývojové poruchy, schizofrenie a jiné psychózy, enuréza (noční pomočování u staršího dítěte), reakce na psychickou zátěž, autismus, mentální retardace, poruchy psychomotorického vývoje, komunikační poruchy a poruchy spánku (ŘÍČAN a VÁGNEROVÁ, 1991).

Tyto diagnózy jsou poměrně velmi časté, ale ne všechny vyžadují hospitalizaci dítěte na psychiatrickém oddělení. Oddělení, kde jsem byla na praxi, se specializovalo především na děti s poruchami příjmu potravy a s těžšími poruchami pozornosti provázené hyperaktivitou. Překvapující pro mě byl poměrně velký počet dětí hospitalizovaných po pokusu o sebevraždu a naopak malý počet psychotických pacientů.

2.2.1 Poruchy příjmu potravy

Jídlo je zdrojem základních živin a pocit nasycení přináší uspokojení jedné z nejzákladnějších lidských potřeb. Jídlo však také ovlivňuje somatické a psychické zdraví. V dnešní době našťastí už stále více lékařů nejen předepisuje svým pacientům léky na nemoci vzniklé v důsledku špatného stravování, ale i se snaží změnit pacientův přístup k potravinám obecně.

Přístup k jídlu se během života pochopitelně mění a každý z nás vnímá nutnost přijímat

potravu jinak. Pro někoho je jídlo odměna, jiný ho vnímá jako únik před starostmi nebo nudou. Někdy je také jídlo ulehčením při latentní depresi. Někdo je labužník a jídlo velmi „prožívá“, jiný sní cokoli a o jídle téměř nepřemýšlí. Proto se jen velmi těžko dá stanovit norma, která by určila, co je ještě fyziologický a co již patologický přístup k příjmu potravy.

Již z historie jsou známé různé formy narušeného příjmu potravy. Např. ruminace (vrácení rozkousaného sousta zpět do úst), pica (touha po nevhodných jídlech) nebo dnes dobře známá obezita jsou popsány poruchy již z dob středověku (KRCH, 1999).

Poruchy příjmu potravy, které dnes plní dětská psychiatrická oddělení, jsou také známé již z minulosti. Např. již ve středověku se dlouhodobé odmítání potravy pokládalo za známku duševní poruchy. A tak je tomu i dnes. A bohužel právě poruchy příjmu potravy jsou nejčastějším důvodem pro hospitalizaci dítěte na dětské psychiatrii.

Nejčastějšími poruchami příjmu potravy u dětí i dospělých jsou mentální anorexie a mentální bulimie doprovázená nuceným zvracením. Ačkoliv na první pohled to tak nevypadá, jsou si tato onemocnění velmi podobná. Obě tyto poruchy spojuje přehnaný strach z obezity a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti (KRCH, 1999).

Mentální anorexie postihuje nejčastěji dívky ve věku 13 – 20 let, mentální bulimie pak mladé ženy mezi 16 – 25 rokem. Poměr dívek a chlapců je 10 : 1. Zatímco pro anorexii je typické zejména úmyslné snižování tělesné hmotnosti pomocí vytrvalého odmítání jídla, zvýšená fyzická aktivita a nepřiměřený zájem o zdravé jídlo, mentální bulimie se projevuje neodolatelnou touhou po jídle a opakujícími se záchvaty přejídání s následným zvracením.

Jednoduchá odpověď na otázku „proč?“ je nespokojenost s vlastní postavou. Ve skutečnosti to tak jednoduché není a tato nespokojenost zahrnuje širokou škálu skutečností. Období dospívání či adolescence je jedno z nejnáročnějších vývojových stádií pro ještě nezralou psychiku každého jedince. Ačkoliv jsem již zmínila stopy těchto poruch v historii, sama si trůfám posuzovat pouze důvody současných pacientek.

Dívky, se kterými jsem hovořila, často zmiňovaly jako první spouštěč své poruchy posměšky příbuzných, spolužáků ... Ale já se přikláním k názoru, že ten hlavní důvod má původ v sociálním a kulturním tlaku společnosti. Často zmiňované módní trendy, které vyzdvihují abnormální štíhlost, přílišné odhalování v médiích, vede velkou část veřejnosti k pocitu, že v životě uspějí jen přehnaně štíhlí až hubení jedinci. Je všeobecně známo, že

děti snadno podléhají reklamám, ale rodiče obvykle dokáží dětské touhy usměrnit. Jenže dívky v televizi již nesledují produkty, které se jim nabízejí, nýbrž samotné modelky a jejich „úžasná“ těla. I nyní by měli zakročit rodiče a zmatené dívky pomoci pochopit priority. Bohužel, právě rodinné prostředí bývá u těchto pacientek často narušené a nezdědka si totéž co dívenka myslí i její rodiče.

Dívky, které je nakonec nutno s mentální anorexií nebo bulimií hospitalizovat, splňují obvykle kritéria depresivní poruchy. Vzhledem k tomu, že ani těžká kachexie, selhávání základních funkcí či riziko smrti nevedou u těchto dívek ke změně vnímání svého těla a změně stravovacích návyků, považují někteří lékaři anorexiu za sebevražedné chování (KRCH, 1999).

Kromě depresivních nálad se u těchto pacientek často objevuje úzkost, pocity selhání, strach ze zvýšení tělesné hmotnosti a u některých dívek někdy i obsedantní příznaky.

Možnosti léčby pacientů s poruchou příjmu potravy jsou poměrně široké. V ideálním případě je možno u starších pacientů s mírnějšími příznaky dosáhnout uzdravení na základě svépomoci nebo edukativní intervence. Tato léčba spočívá ve využití příruček a nutričního poradenství. Výsledky léčby však nejsou tak přesvědčivé jako u některých intenzivnějších, nejčastěji kognitivně -behaviorálních terapií (KRCH, 1999).

Pro většinu pacientů je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace, kdy pacienti odchází na noc domů. Zejména dospívající dívky pak mnohem lépe léčbu snášejí. Pro mladší pacienty, jak jsem se dozvěděla na dětské psychiatrii, je však efektivnější hospitalizace s pečlivým dohledem.

Důvodem k hospitalizaci je nejčastěji nutnost tyto pacienty tělesně stabilizovat. Pacientky jsou tělesně velmi slabé, letargické, objevuje se bradykardie nebo velmi nízký tělesný tlak. Lékaři k tomuto poslednímu kroku také přistupují, je-li nezbytně nutné:

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

Naprosto nezbytnou součástí dlouhodobé léčby mladých anorektiček a bulimiček je rodinná terapie. Správný přístup rodiny může výrazně terapii mladé pacientky podpořit, rodiče však nezářídka potřebují s péčí o své nemocné dítě pomoci. Úkolem sociálního pracovníka je tuto pomoc nabídnout a spolu s rodinou postiženého dítěte ji realizovat.

2.2.2 Syndrom ADHD

Druhou nejčastější diagnózou, která plní dětská psychiatrická oddělení, jsou poruchy pozornosti (Attention Deficit Disorder) a poruchy pozornosti provázené hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Jedná se o vývojové poruchy, které charakterizuje nepřiměřený stupeň nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Deficit pozornosti umožňuje dítěti pouze krátkodobé zaměření se na určitou věc, znemožňuje soustředěnost a často také ovlivňuje psychomotorický vývoj, tedy jemnou a hrubou motoriku (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, 2007).

Mezi charakteristické projevy chování dětí s poruchou chování bez hyperaktivity patří snadná rozptýlenost vnějšími podněty, problémy s nasloucháním a plněním pokynů, potíže se soustředěním a udržením pozornosti nebo nevyrovnaný výkon při práci a také např. nepořádnost. Bohužel pro tuto poruchu je typické, že se málokdy diagnostikuje. Právě to, že dítě není hyperaktivní a tedy „neotravuje“, činí s takto postižených dětí nevýrazné a pomalé „lajdáky“. Děti jsou pro okolí nezajímavé a líné, a s tímto nespravedlivým ohodnocením pak dospívají a žijí.

Je-li porucha pozornosti provázena hyperaktivitou, objevuje se především vysoká míra aktivity, impulzivita a malé sebeovládání, agresivita, sociální nevyzrálost a to vše doprovází malé sebevědomí a značná frustrovanost (RIEFOVÁ, 1999). Hyperaktivita se také typicky projevuje častými zbytečnými pohyby a zvýšeným řečovým projevem. S impulzivitou pak souvisí neklid, zbrklé a nepromyšlené reakce a zvýšená vztahovačnost.

Termín ADHD bývá také doprovázen termínem ADHD s agresivitou a jedná se o nejvážnější typ poruch pozornosti a méně častým termínem ODD (Oppositional Defiant Disorder) – porucha opozičního vzdorů.

Děti se syndromem ADHD se svému okolí jeví jako nevychované nebo neukázněné. Laická veřejnost se obvykle domnívá, že příčinou tohoto nevhodného chování je neschopnost rodičů, respektive špatná výchova v rodině. Ve skutečnosti se jedná o psychiatrickou poruchu, která vzniká obvykle kombinací více důvodů.

Nejčastější příčinou bývá vliv genetických činitelů, porušené chemické pochody v mozku nebo i metabolické poruchy. Velmi často se také vznik tohoto syndromu považuje za důsledek poškození mozku v prenatálním nebo raně postnatálním období. Komplikovaný či protrahovaný porod, který způsobí hypoxii mozku, nedostatečná výživa matky, kouření, alkoholismus, drogová závislost matky nebo závažné onemocnění či úraz novorozence – to vše může zapříčinit vznik syndromu ADHD (DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, 2007).

Nutnost hospitalizace dítěte s poruchou pozornosti na dětské psychiatrii nastává obvykle tehdy, když se k tomu připojuje velmi špatné rodinné zázemí, kdy rodiče nejprve dítěti neumí pomoci a pak ho „odloží“ pro nezvladatelnost, dále šikana dítěte, ale i šikanování jiných dětí, agresivita nebo pokus o sebevraždu.

Poruchy pozornosti mají, stejně jako většina poruch, různé stupně postižení. Na psychiatrii jsou obvykle děti s těžší poruchou (ADHD s agresivitou), ale jak už jsem uvedla výše, není to jejich jediný problém. Velmi často jsou tyto děti označovány jako „nezvladatelné“. Označili je tak jejich učitelé, sousedi a v neposlední řadě i jejich rodina. Úkolem psychiatra je dítě vyšetřit, rozhodnout o délce hospitalizace a medikaci. Úkolem psychologa je naordinovat psychoterapeutickou léčbu. Úkolem sestry je toto dítě uhlídat. A úkolem sociálního pracovníka je takto postižené dítě vrátit do rodinného prostředí, a pokud to nelze - najít mu, co nejvhodnější náhradní rodinnou či ústavní péči.

3 POBYT NA DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Prožívání nemoci nebo průběh hospitalizace může výrazně ovlivnit léčbu nemoci. U dětí je toto prožívání dvojnásobně důležité. Hospitalizace je pro dítě každého věku i pro jeho rodiče traumatizující životní zkušeností. Samozřejmě je také důležité, jaký postoj rodiče k nemoci jejich dítěte zaujmají. U psychické choroby se nejčastěji objevuje pesimistický postoj, který blokuje přirozené léčení dítěte anebo naopak přehnaně optimistická reakce, která vede k podcenění situace. Rodiče během hospitalizace často pociťují vinu a selhání ve své rodičovské roli, a protože v nemocnici se mnohdy cítí trpěnými pasivními pozorovateli, trpí pocitem zbytečnosti a zoufalství.

3.1 Negativní pocity dítěte

Většina dětí, které přicházejí s rodiči k lékaři, prožívá symptomy úzkosti a strachu. Strach je tělesná reakce organismu, která měla původně velmi důležitou sebezáchovnou funkci a chránila lidský organismus před poškozením. Významnou úlohu v životě jedince má jako součást procesu učení také uvědomování si nebo odnaučování strachu. Stejně jako se vyvíjí dítě, vyvíjí se i jeho strach (ROGGE, 1999).

Zatímco v batolecím období je strach spojen se zmizením milované osoby, koncem druhého a začátkem třetího roku se objevuje strach vzniklý nějakou nepříjemnou zkušeností. Během předškolního věku se dítě začíná bát tmy, samoty nebo příšer. Kolem osmého roku věku často vzniká strach ze smrti a nemocí. V období dospívání je to zejména strach z veřejného vystoupení, z osob opačného pohlaví, ze změny školy, přátel (VALENTA aj., 2001).

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

Úzkostné pocity, které cítí hospitalizované dítě, vznikly na základě jeho zkušeností s bolestí. Příchod do nemocnice nebývá dobrovolným rozhodnutím, a i dospělý málokdy ví, co ho vlastně čeká. Dítě, jehož strach a úzkost se opomíjí, samozřejmě velmi trpí. Existují-li stále dětská oddělení (a já vím o dvou), kde mohou rodiče své dítě navštívit jen o návštěvních hodinách, nedosahuje úroveň našeho zdravotnictví evropských standardů.

Nejen rodiče si však tyto dětské strachy někdy neuvědomují. Sama mám zkušenost s mladými lékaři, kteří přichází z lékařských fakult s mnoha odbornými informacemi, ale při práci s dětmi se stále řídí „mýty“ o dětském prožívání bolesti. Často se domnívají, že čím mladší dítě – tím méně vnímá bolest, že si dítě bolest a zákroky nepamatuje, že na dítěti poznají, co právě cítí, a že je zbytečné děti na výkony připravovat.

Hospitalizované děti nepříjemných a bolestivých výkonů prožijí mnoho a při špatném přístupu zdravotního personálu a rodičů může být poškození dětské psychiky veliké.

Na psychiatrickém oddělení není invazivních výkonů samozřejmě tolik a tak problémem těchto malých pacientů je spíše dlouhodobá hospitalizace. Na hospitalizované dítě klade nejen nároky adaptace na nemoc, ale dítě si také musí zvyknout na různá omezení nemocničního prostředí. Psychiatrickí pacienti, kteří jsou tělesně v pořádku, velmi těžce snášejí především omezení pohybu, sportovních a herních aktivit v jejich přirozeném prostředí, ale i sociálních kontaktů s kamarády a spolužáky (VALENTA aj., 2001).

U takto frustrovaného dítěte se neřídko objevuje neklid, napětí a úzkost, které se mohou projevit agresivním a neurotickým chováním. Při nepochopení psychické frustrace dítěte pak pochopitelně dochází ke špatnému hodnocení jeho chování a může následovat i nevhodná reakce personálu.

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

3.2 Personál u lůžka dítěte

3.2.1 Dětská sestra na psychiatrii

Práce zdravotní sestry je krásná. Je také smysluplná, důležitá, nenahraditelná, odborná, ale také velmi, velmi náročná. Já sama mám tuto práci velmi ráda, ale po letech praxe jsem si vědoma toho, že ne každá kolegyně tuto náročnost zvládne. Je zřejmé, že pro práci zdravotní sestry je nutné mít určité osobnostní předpoklady. Zejména duševní vyrovnanost, schopnost rychlého rozhodování, pravdomluvnost a schopnost mlčenlivosti a samozřejmě umění jednání s lidmi (STAŇKOVÁ, 1978).

Na psychiatrickou sestru jsou kladeny ještě větší požadavky. Je to zejména ona, kdo s dětskými pacienty tráví v bezprostředním kontaktu většinu své pracovní doby. Je proto především nutné chápat duševní chorobu jako onemocnění, a ne jako většina veřejnosti –

pacienta degradovat na „blázna“. Pro psychicky nemocné dítě je velmi důležité, aby cítilo podporu při uzdravování, bylo motivováno k aktivní účasti a spolupráci na léčbě a neztratilo víru, že nakonec nalezne své místo ve světě. A toto všechno je možné pouze za předpokladu, že sestra má svoji práci ráda.

Duševní poruchy často přináší různé situace, kdy pacienti prožívají úzkost nebo zmatenost a mohou dokonce ohrožovat sebe nebo ostatní. Možnost těchto potíží pak pochopitelně vyžaduje neustálou pozornost sestry, která musí umět i potlačit eventuální vlastní negativní emoce a zachovat si klidnou mysl. Bezesporu to není jednoduché.

Na dětské psychiatrii jsou požadavky na sestru stejné jako na dospělé psychiatrii, ale vnímám tam ještě jeden rozměr její práce. Spolu s péčí o dětské pacienty je tady ruku v ruce nezbytná spolupráce i s jejich rodiči.

Všechny tyto nemalé nároky na péči o dětské psychiatrické pacienty, plus přepracovanost z nedostatku zdravotnického personálu, směnný provoz nebo vztahy mezi zdravotníky vedou bohužel často k nárůstu stresu a následnému syndromu burn-out. Jedná se pochopitelně o situaci, která péči o pacienty značně ovlivňuje.

3.2.2 Sociální pracovník ve zdravotnictví vůbec a na psychiatrii zvláště

3.2.2.1 Sociální pracovník ve zdravotnictví

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

Praxe již potvrdila, že úspěšnost sociální péče závisí především na míře spolupráce celého ošetrovatelského týmu, tedy na propojení procesu sociální péče a ošetrovatelského procesu. Tento vnitřní (multiprofesní) tým, který tvoří lékaři, psychologové, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, psychiatři, terapeuti a sociální pracovníci, je založen na myšlence spolupráce těchto odborníků a koordinace postupu. Zástupci jednotlivých profesí vnášejí své specifické dovednosti a spolupracují tak, aby byla léčba a pomoc pacientovi co nejúčinnější. Je-li tento tým funkční, sociální pracovník propojuje veškeré činnosti ostatních členů tohoto týmu. Proto je tak důležité, aby byly jasně vymezeny kompetence

jednotlivých členů tak, aby je vzájemně nepřekračovali a dokázali spolupracovat. Pak není problémem např. plánovat společná řešení pacientových potřeb, snadno dochází k předávání nezbytných informací k vyhodnocování výsledků a tím je možné samozřejmě efektivněji pacientovi pomáhat (KUZNÍKOVÁ aj., 2011). Ideální je stálá přítomnost sociálního pracovníka na klinice či oddělení, která umožňuje kdykoliv být nablízku jak pacientům, tak jeho rodině a ostatním členům ošetrovatelského týmu. Také umožňuje účast na vizitách, hlášeních, nebo-li mít přehled o všech aspektech léčby pacienta.

Kromě společné činnosti s vnitřním multiprofesním týmem je sociální pracovník zároveň koordinátorem spolupráce s tzv. vnějším týmem, nebo-li se sociálními pracovníky obecních úřadů v místě bydliště pacienta, úřady práce, správou sociálního zabezpečení, policií, soudy, praktickými lékaři či pediatry, organizacemi poskytujícími služby sociální a zdravotní péče nebo organizacemi zajišťujícími služby sociální prevence.

3.2.2.2 Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka

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

Mezi ty nenahraditelné schopnosti, kterými by sociální pracovník rozhodně měl disponovat, patří na prvním místě určitě schopnost empatie, dále autentičnost, citová vyrovnanost, laskavost, přijímání a respekt, přirozená autorita, schopnost aktivně naslouchat nebo nestrannost. Velmi důležité jsou také komunikační dovednosti. Ve vztahu s klientem je zároveň nutné zvládat schopnost vymezování hranic, nebo-li umět rozlišit, co je ještě záležitostí sociálního pracovníka a co naopak je pouze v kompetenci klienta (KUZNÍKOVÁ aj., 2011). Nemělo by se také zapomenout na etické principy sociální práce, které by samozřejmě měli sociální pracovníci mít v sobě automaticky integrované a ty nejasné pak mohou najít v etickém kodexu sociálních pracovníků.

Zdravotně sociální pracovník by oproti svým kolegům z jiných sociálních oblastí měl navíc znát Všeobecnou deklaraci lidských práv, práva pacientů, práva hospitalizovaných dětí, Deklaraci práv duševně postižených osob a Chartu práv tělesně postižených.

3.2.2.3 Činnosti sociálního pracovníka na dětské psychiatrii

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

- řešení situace akutně hospitalizovaných pacientů,
- sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných, která zahrnuje sociální poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb, řešení finančních a bytových záležitostí, spolupráce s příbuznými, psychosociální podpora,
- sociální prevence, která by měla za pomoci rozhovoru s pacientem zjistit sociální potřeby,
- stanovení sociální anamnézy a prognózy s cílem reintegrace,
- aplikace metod sociální práce (KUZNÍKOVÁ aj., 2011).

Konkrétní praktické činnosti sociálního pracovníka by měly vycházet z důkladné *sociální anamnézy*. Pak je možné volit další pracovní postupy tak, aby byly v dané situaci pro pacienta nejvhodnější. Podle závažnosti problematiky stanovuje sociální pracovník spolu s pacientem priority, postupy a cíle následného sociálního procesu. Je velmi vhodné - a u dětských pacientů nezbytné - zapojit do procesu sociální práce také pacientovu rodinu a blízké osoby.

Mezi základní činnosti, které sociální pracovník vykonává patří především *psychosociální podpora*. Konkrétně obhajoba potřeb pacienta vůči zdravotnické organizaci a sociálnímu okolí, zajištění sociální podpory a pomoci při řešení finanční a existenční situace klienta, poskytnutí psychické podpory, včetně zajištění krizové intervence a vytváření společného plánu následné péče (KUZNÍKOVÁ aj., 2011).

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

Velmi důležitou součástí sociální práce ve zdravotnictví je *sociální poradenství*. Zdravotně sociální pracovník poskytuje průběžné informace o jeho postupech při řešení

sociálního problému a umožňuje porozumět nové situaci jak pacientovi tak jeho rodině. Také plánování propouštění a následné péče pro pacienta, který se zatím nemůže vrátit do domácího prostředí, kdy sociální pracovník zajišťuje pečovatelské služby nebo hospicovou péči, spadá do sociálního poradenství.

Nástrojem vykonávání všech těchto činností je *komunikace*. Není důležitější metoda než rozhovor s pacientem nebo s jeho rodinou. Rozhovor je pravděpodobně nejdůležitější, také nejnáročnější a nejčastěji používanou metodou k získávání informací od pacienta a jeho blízkých osob, ale i k jejich sdělování. V sociální práci se používá diagnostický rozhovor, terapeutický rozhovor, rozhovory s mutliprofesním týmem nebo asistence při rozhovoru pacienta s jeho blízkými nebo pacienta s jinými odborníky.

3.3 Syndrom burn-out

Práce sestry i sociálního pracovníka na dětském psychiatrickém oddělení přesahuje často svou náročností míru tolerance na zátěž. Proto nelze vynechat zmínku o nejzávažnějším psychickém profesionálním postižení.

Syndrom vyhoření či vyhasnutí (burn-out syndrome) byl poprvé popsán v roce 1975 psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem. Původně byl spojen s osobami pečujícími o narkomany ve chronickém stádiu, později se objevuje i v souvislosti s osobami projevujícími letargii, zoufalství a bezmocnost.

Toto onemocnění je typické u lidí, kteří mají neustálý a intenzivní kontakt s lidmi. Postihuje nejčastěji pracovníky pomáhajících profesí, tedy lékaře, zdravotní sestry, učitele, policisty, sociální pracovníky, ale i úředníky či advokáty.

V poslední době se syndrom vyhoření objevuje i u lidí, kteří se intenzivně a často dlouhodobě starají o člena rodiny, který je těžce nebo chronicky nemocný.

Průzkumy ve zdravotnictví ukázaly, že největší výskyt syndromu vyhoření se týká pracovníků v hospicích, na onkologických odděleních, odděleních intenzivní péče, psychiatrie, neurologie a koronárních jednotek.

Syndrom burn-out je tedy především psychosomatické onemocnění, pro které je charakteristická kombinace více symptomů. Nejprve tělesné vyčerpání, které se projevuje chronickou únavou, problémy se spaním, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, pocitu tělesné slabosti a později i zvýšenou nemocností. Dále psychické vyčerpání, kdy je pacient cynický, negativistický, pesimistický a přestává si věřit. A v neposlední řadě se objevuje

emocionální vyčerpání, projevující se pocity beznaděje a bezmoci, dále antipatií, podrážděností a uzavíráním se do sebe (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Sestra, která trpí syndromem vyhoření už není ochotna a vlastně ani schopna se zabývat problémy pacientů, vnímat jednotlivé osobnosti a její svěřenci se pro ni stávají velkou zátěží. Dochází k odmítání pacientů, jejich nevhodné kritice i ironickému hodnocení, např. mezi kolegyněmi. Pojímá pacienty jako věci, které jsou rozbité a zdravotnická zařízení je mají opravit, což se označuje názvem *reifikace*.

Syndrom vyhoření se objevuje především v pomáhajících profesích a ať postihne kohokoliv, je vždy velmi žádoucí tuto situaci urychleně řešit. V případě zdravotních nebo dětských sester je „vyhoření“ závažné zejména proto, že se zcela jistě odrazí v kvalitě poskytované péče.

Existuje celá řada preventivních opatření, ale tato přirozená obrana spočívá především v tom, aby si každý uvědomil, že i jeho může tento problém postihnout. A toto uvědomění si není vždy pravidlem. Syndrom vyhoření velmi souvisí s osobnostními předpoklady zaměstnanců v pomáhajících profesích a i tyto preventivní činnosti závisejí na schopnostech a dovednostech jednotlivých pracovníků v psychicky náročných oborech. Znat hranice svých možností a schopností, umět požádat o pomoc, povzbuzení a nevnímat to jako své selhání, schopnost sebehodnocení, zlepšování pracovní atmosféry, spokojenost v osobním životě, dobrá tělesná kondice, umění odpočívat ...to vše a mnoho dalších jsou nezbytné předpoklady pro zdravý duševní přístup ke své profesi (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Ráda bych na tomto místě zdůraznila význam a velkou potřebu supervizí, které však naše státní zdravotnictví (až na pár výjimek) svým zaměstnancům neposkytuje. Jsem si naprosto jistá, že absence supervizí a vysoký počet zdravotníků v různých stádiích syndromu burn-out v nemocničních zařízeních je jedním z hlavních důvodů nekvalitní zdravotní péče na některých odděleních.

I v případě sociálních pracovníků je na místě připomenout poměrně velký výskyt syndromu vyhoření. Určitou prevencí proti tomuto syndromu jsou osobnostní předpoklady pro výkon služby sociálního pracovníka, o čemž už byla zmínka. I zde platí nezbytná potřeba supervize, která tento rozsáhlý problém v pomáhajících profesích pomáhá redukovat. Je třeba zdůraznit, že sociální pracovníci, na rozdíl od zdravotních pracovníků, v některých zařízeních supervizi již mají. Bylo by žádoucí, aby tento trend narůstal a prosadil se i ve zdravotnictví!

4 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI PÉČI O RODINU PSYCHICKY NEMOCNÉHO DÍTĚTE

4.1 Rodinná situace nemocného dítěte

Rodiče jsou často první, kteří u svého dítěte pozorují symptomy charakteristické pro psychickou poruchu, ale stanovení správné diagnózy by mělo být vždy v kompetenci odborníka.

Jakmile je diagnóza určena, ocitá se celá rodina náhle v situaci, která má všechny projevy těžké krize. Ačkoliv problémy s dítětem narušovaly rodinnou situaci již delší dobu, stanovení diagnózy je definitivním koncem jejich nadějí v lepší výsledek. V tuto chvíli je velmi důležité, jaká pomoc se rodině nabídne.

Správná diagnóza by měla obsahovat popis problému, hodnocení dítěte, prognózu, ale i zásady péče o takto postižené dítě a zejména doporučení vhodných služeb, kontakty na organizace, které mohou rodičům nabídnout pomoc. Setkávám se bohužel často s rodiči, kteří již mají za sebou všechna vyšetření a znají diagnózu, ale stále nemají žádnou představu o skutečném problému jejich dítěte. A tento nedostatek informací pochopitelně jen více prohlubuje frustraci rodičů, odmítání reality a oddaluje přijetí této nové náročné rodinné situace.

Jsou to obvykle matky, které nesou největší díl péče o nemocné dítě, a proto většinou ztrácejí své zaměstnání, volný čas, přátele a nezřídka životního partnera – otce dítěte. Na první pohled by se mohlo zdát, že otcové snášejí náročnou situaci lépe, ale často však jen nejsou schopni sdělovat své emoce. Zůstane-li matka s dítětem doma, otec je nucen více pracovat, nést břemeno zajištění rodiny, a to může být postupně nad jeho síly a rodinu nakonec opouští.

Žena sice převezme celodenní péči o dítě, nemusí pracovat, ale zároveň ztrácí jakýkoliv kontakt s okolím. Následně podléhá často nepochopeným emocím, únavě, špatné náladě až depresi a nezřídka potřebuje odbornou pomoc psychologa.

Je-li součástí takto postižené rodiny další dítě, je jeho život také velmi narušen. Rodiče na ně mají méně času - a tak se brzy objevuje pocit opomíjení a následná žárlivost na nemocného sourozence.

I pro informované rodiče je velmi těžké tuto novou rodinnou situaci zvládnout, a proto

je nezbytné nejen rodině poskytovat informace o zdravotním stavu dítěte, ale nabízet zejména péči sociálního pracovníka.

4.2 Sociální péče v psychiatrii

Úkolem sociálního pracovníka je i zde především snížení nebo zmírnění sociálních důsledků nemoci pacienta, a to jak ve vztahu k pacientovi, tak i k jeho rodině. Cílem sociální péče s rodinou na dětských odděleních je pomoci rodině řešit problémy s aktuální hospitalizací dítěte s krátkodobou, ale zejména s dlouhodobou diagnózou. Sociální pracovník se v zdravotnickém zařízení může setkat s různými rodinami, které mají různé sociální zázemí. Pakliže je toto prostředí funkční a vyhovující, je hlavním společným cílem všech sociálních pracovníků vrátit pacienta do tohoto prostředí (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Primární snahou sociální péče je pracovat s celou rodinou pacienta. Ne vždy je však toto možné, a tak se může sociální pracovník setkávat také jenom s její částí. Nejčastěji pracuje s matkou a dítětem, otcem a dítětem a také s prarodiči a dítětem.

Zdravotně sociální pracovníci pracující s rodinou pacienta působí obvykle nejprve jako zprostředkovatelé základních informací o nemoci jejich člena rodiny. Objasňují podstatu onemocnění, seznamují rodinu s rizikovými faktory nemoci, vysvětlují důvod a průběh naplánovaných vyšetření a léčby a následně pravděpodobné důsledky onemocnění do budoucnosti. Tyto informace je vždy dobré podložit informačními materiály a odbornou literaturou.

Kromě této edukační činnosti provádějí sociální pracovníci také psychosociální podporu tak, že nabízejí členům rodiny psychickou podporu v jejich nové náročné situaci, neboli poskytují jim prostor pro vyjádření jejich strachu a nejistot. Obvyklou reakcí rodičů, kteří se právě dozvědí nepříjemnou diagnózu jejich dítěte, je obrovská potřeba získat co nejvíce informací o této diagnóze a tím se lépe zorientovat v nové situaci. A právě k nim je směřována sociální pomoc, neboť ostatní zdravotní pracovníci na neustálé a opakované zodpovídání mnoha dotazů, i při nejlepší vůli, nemají tolik prostoru.

Velmi častým problémem, který dále sociální pracovníci řeší, jsou vztahy v rodině chronicky nemocného pacienta. Je-li např. pacient dospívající a opakovaně hospitalizovaný, vnímá často své onemocnění jako diskriminační vůči vrstevníkům, jako příčinu všech svých neúspěchů a potíží a mnohdy pak viní i své rodiče. Dochází ke konfliktním situacím s rodiči a dítě nezřídká odmítá dodržovat nezbytná lékařská nařízení.

Velký strach mají rodiče chronicky nemocných dětí také z budoucnosti. V České republice však dnes už existuje velké množství organizací, které se zabývají konkrétními chronickými onemocněními a pomáhají rodičům s péčí o jejich dítě. Specializovaná zařízení pro umístění psychiatricky postižených dětí jsou však u nás ojedinělá. Proto by společným cílem všech snah rodičů, lékařů, terapeutů, pedagogů a sociálních pracovníků měla být právě příprava psychicky nemocného dítěte a dospívajícího na život ve společnosti, navzdory svému handicapu.

I přes mnohé nedostatky zdravotního i sociálního systému si troufám tvrdit, že v České republice je rodinám s psychiatricky postiženým dítětem zajišťována pomoc, která je kvalitní, bezplatná a dostupná všem. Ta státní však někdy neposkytuje dostatečně bezpečné a empatické zázemí pro celou rodinu. Proto je tak přínosný vznik svépomocných organizací, které obvykle zakládají sami rodiče postižených dětí. A je úkolem sociálního pracovníka rodiny stejně postižených dětí o této možnosti informovat a poskytnout všechny kontakty. Možnost vyměňovat si rady o dalších variantách pomoci chronicky nemocnému dítěti může v některých případech i nahradit psychosociální intervenci. Pravidelná setkávání rodičů mohou být účinnou metodou jak zvládat největší stres.

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

- *Systemický přístup*, jehož hlavní myšlenka je založena na interakci klientů a jejich prostředí. Sociální pracovník se stává součástí rodiny pacienta a zastává významnou úlohu komunikace mezi jednotlivými členy rodiny. Tento přístup předpokládá, že problémy rodiny jsou ve vztazích a lze je chápat jako důsledky zřetězení různých okolností. Sociální pracovník zde funguje jako facilitátor, který aktivuje nevyužité zdroje rodiny a hledá alternativy řešení.

- *Antiopresivní přístupy neboli antidiskriminující přístupy*, které jsou namířeny proti znevýhodnění a utlačování. Úlohou sociálního pracovníka je odstranění diskriminace a útlaku. Základními rysy jsou spravedlnost, rovnost, spoluúčast. To znamená, že s každým se bude nakládat podle práva, budou se brát ohledy na individuální potřeby lidí a do řešení problémů se zapojí celá rodina (KUZNÍKOVÁ, 2011).

5 SOCIÁLNÍ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA DÍTĚ HOSPITALIZOVANÉ NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

V předchozích kapitolách jsem se již sociální péči o psychiatricky nemocné dítě částečně věnovala. Bylo to však nejčastěji v kontextu rodiny. Již jsem několikrát uvedla, že duševní onemocnění vždy rodinu zasáhne do hloubky a že pokud chce sociální pracovník uspět v práci s takto postiženým dítětem, bez spolupráce s rodinou to téměř nejde. Přesto bych se v následující části zaměřila na tu část sociální práce na psychiatrickém oddělení, která se týká pouze dítěte.

Domnívám se, že i ti terapeuti, kteří s dětmi nikdy nepracovali, tuší, že práce s dítětem není stejná jako s dospělým a má svá specifika. Sociální pracovník se setkává s dětmi různého věku, různých znalostí a schopností. Znalost vývojových stupňů a rozdílů těchto jednotlivých stádií je proto nezbytná, aby pečovateli mohl dobře ohodnotit případné odchylky od normy a následně mohl zvolit vhodné nástroje a metody, díky kterým může s dítětem úspěšně pracovat.

5.1 Úkoly sociálního pracovníka na dětském psychiatrickém oddělení

Zatímco cílem sociálního pracovníka, který pracuje na dětském psychiatrickém oddělení s dospělými - tedy s rodinou nebo blízkými osobami dítěte - je pomoci omezit, odstranit nebo vyrovnat se s problémy, které jejich rodině psychická nemoc dítěte přináší, cíl práce s dítětem je jiný. Dítě je v sociální práci na dětských odděleních hlavním klientem a jeho potřeby jsou na prvním místě. A zcela pochopitelně nejsou stejné jako potřeby jejich rodičů.

Mezi hlavní úkoly sociální práce s dítětem na psychiatrickém oddělení patří zejména zajistit tomuto dítěti bezpečí. Například tím, že sociální pracovník řeší problémové situace v jeho rodině, nebo tím, že se snaží předejít tzv. hospitalizmu, kdy dítě vlivem dlouhodobé hospitalizace a odloučením od blízkých lidí na vše rezignuje a stagnuje ve svém vývoji. Dalším úkolem sociálního pracovníka je snaha, aby dítě dokázalo fungovat bez potíží i po návratu do domácího prostředí. Je-li sociální pracovník zároveň terapeut, může pomoci dítěti získat o sobě dobré mínění, naučit dítě přijímat svá omezení a tím utužit jeho vnímání sebe samého a díky tomu lépe snášet důsledky svého psychického onemocnění.

Zmínila jsem, že sociální pracovník může být i terapeutem. Ráda bych nyní upřesnila pojem sociální terapie. Cílem sociální terapie je působit na pacienta tak, aby dosáhl určitých změn ve svém chování a díky tomu lépe obstál v jeho sociálním prostředí a předešel případnému rizikovému chování, které mu způsobuje problémy. Na první pohled je tento cíl velmi podobný psychoterapeutickému, ale jsou zde zásadní rozdíly, které umožňují sociálnímu pracovníkovi zůstat v tzv. bezpečné rovině a neublížit.

Při práci s dítětem na psychiatrickém oddělení není žádoucí, aby sociální pracovník suploval péči psychologů a psychiatrů. Proto je tak důležité na tomto oddělení sociální práci odlišit od zdravotní – psychologické. Mezi zásady, kterými se sociální terapie řídí, patří např. to, že sociální terapie se zabývá především sociálním fungováním pacienta a zaměřuje se na již existující sociální problémy. Na psychiatrickém oddělení má dokonce možnost i těmto sociálním problémům předcházet. Sociální terapie více hodnotí a pátrá po způsobech jak využít různé zdroje a možnosti pacienta, neboť je v ní daleko více kladen důraz na řešení problémů. Sociální terapie nezachází do hloubky, zabývá se spíše viditelným chováním pacienta (ZAKOUŘILOVÁ, 2008).

Dalším významným rozdílem je, že se sociální terapie na rozdíl od psychoterapie často zahajuje i bez počáteční motivace pacienta. Na dětském oddělení je to téměř stoprocentní ukaz. Poměrně často musí také sociální pracovník postupovat i bez souhlasu a spolupráce pacienta nebo jeho rodiny.

5.2 Metody sociální práce s dítětem na psychiatrickém oddělení

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

Základní technikou poznání zdravého i nemocného dítěte je diagnostický rozhovor, kterému se však často nepřikládá význam, jaký mu přísluší (ŘÍČAN a VÁGNEROVÁ, 1991). Stejně jako v běžné sociální práci, jsou pro sociálního pracovníka na dětské psychiatrii informace o dítěti hlavním podkladem při rozhodování o další sociální péči. Rozhovor s dítětem má však svá specifika.

Způsob vedení úvodního rozhovoru je nutné přizpůsobit věku a zralosti pacienta, jeho současnému psychickému stavu a např. charakteru jeho problému. U dětí také není možné klást pouze dotazy a očekávat dostatečné odpovědi. Proto je běžné používat pomůcky,

např. pastelky, hry, hračky nebo jiné výtvarné potřeby. Také je možné dítě zapojit do vyprávění nebo pohádky a touto nenásilnou metodou získat potřebné informace. Je-li sociální pracovník proškolen v terapeutických dovednostech, má při práci s psychiatrickými dětskými pacienty obrovskou výhodu.

Před prvním rozhovorem s dítětem, zejména na dětských odděleních, je žádoucí seznámit s dostupnou dokumentací, abychom dítě či rodiče (jsou-li přítomni) nenutili znova opakovat, co je dítěti např. trapné nebo co by nemělo slyšet.

Samotný rozhovor se vždy odvíjí od dobrého navázání kontaktu. Platí to i u dospělých, ale u dítěte je správná atmosféra pro zdárný průběh rozhovoru nezbytná. Nejdůležitějším okamžikem bývá první dojem, který na dlouho ovlivní ochotu dítěte spolupracovat. Vlídne a přátelské prostředí je základní podmínkou pro navázání důvěrného vztahu a získání dítěte pro další spolupráci.

Pro další využití speciálních technik a metod sociální práce s dětským pacientem je také velmi důležité respektovat nejen věkovou hranici dítěte, ale i jeho hranici rozumovou, kdy je již dítě schopno tyto techniky akceptovat. Je-li dítě příliš malé, je vhodnější pracovat pouze s jeho rodiči. Výběr těchto metod dále ovlivňují dovednosti a schopnosti pacienta, jeho aktuální psychické ladění a v neposlední řadě komunikační úroveň.

Sama ze své zkušenosti vím, že lépe se s dětmi pracuje v místnosti speciálně pro děti upravené. Existují různá doporučení, jak by tato místnost měla vypadat, ale já se domnívám, že pro sociální terapii je dostačující částečné přetvoření místnosti pro hru. Malý dětský koutek, stoleček s pastelkami, pár figurek a autíček je jistě možné vybudovat v každé místnosti. Je samozřejmě podstatné, jakou sociální práci chce pracovník vykonávat a v jakém rozsahu je schopen poskytovat i činnost terapeutickou.

6 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Obsahem praktické části mé práce je analýza tří případových studií pacientů Dětské psychiatrické kliniky FN Motol.

Tyto kazuistiky jsou zpracovány z pohledu sociálního pracovníka, jehož úkolem je nejprve vypracovat sociální anamnézu každého pacienta a na základě sociálního šetření zvolit vhodnou sociální péči a eventuálně následnou sociální rehabilitaci.

Rozborem těchto případových studií bych ráda poukázala na etiologii nejčastějších diagnóz u dětí, které jsou hospitalizovány na dětském psychiatrickém oddělení a to se zaměřením na sociální patologii u těchto dětí.

6.1 Metoda zvolená pro výzkumné šetření

Při vytváření těchto kazuistik jsem použila kvalitativní metody výzkumu a to zejména nepřímé a přímé pozorování, analýzu osobní, rodinné a zdravotní anamnézy, zprávy ze sociálních úřadů z místa bydliště pacientů a jejich rodin a především rozhovory s pacienty a jejich rodiči. Toto šetření proběhlo v časovém období od září 2012 do ledna 2013.

Jak již jsem zmínila v teoretické části, jsou nejčastějšími diagnózami na dětském psychiatrickém oddělení mentální anorexie a ADHD. Proto jsem se zaměřila na dva pacienty s těmito onemocněními. Třetí kazuistika se zabývá pacientkou se suicidiálními sklony, které se mezi duševními problémy u dětí vyskytují také poměrně často.

Během svého výzkumu jsem s jednotlivými pacienty, o kterých jsem vypracovávala kazuistiky, hovořila osobně a soukromě opakovaně (nejméně 5x), a také jsem se dále zúčastnila skupinových terapií, ergoterapií a relaxací. Velmi ráda bych byla také hovořila i s rodiči těchto dětí, ale - ačkoliv byli několikrát vyzváni k rozhovorům se sociální pracovníci - dostavila se pouze jedna matka dítěte s diagnózou ADHD. Ostatní rodiče na výzvy nereagovali. Pohled z jejich strany jsem tedy získala nepřímo pouze analýzou zdravotní dokumentace a ze zpráv sociálních odborů v místě bydliště těchto rodin.

6.2 První případová studie

Tato studie se týkala dítěte které bylo hospitalizováno po pokusu o suicidium.

Šlo o dívku, 13 let, žákyni 8. třídy základní školy.

6.2.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: dívka se narodila z fyziologického těhotenství, v termínu. Její porodní váha byla 3 280 g, délka 50 cm. Spontánní porod proběhl bez komplikací, poporodní adaptace dítěte byla dobrá. Psychomotorický vývoj proběhl dle matky v normě, v péči logopeda nebyla. Toto je dívčina první hospitalizace, dívka prodělala pouze běžné dětské nemoci.

Rodinná anamnéza: dívka žije v neúplné rodině s matkou a jejím přítelem. Biologický otec odešel od rodiny v dívčiných 6ti letech a nyní je ve výkonu trestu pro neplacení alimentů. Sourozence nemá, rodina bydlí v panelovém domě a dívka má svůj vlastní pokoj.

Scholarita: dívka navštěvuje již třetí základní školu. V mateřské i v předešlých základních školách měla vždy problémy s chováním. V minulé základní škole v 6. třídě zapálila toalety, protože měla konflikt s třídní učitelkou. V současné základní škole se také objevují výchovné problémy – nekázeň, vulgarita.

Dívka není u svých spolužáků oblíbená. V chování se objevuje impulzivita, provokativní chování, vulgarita i agresivita vůči spolužákům. Školy byla nucena změnit z důvodu šikanování spolužáků. Její prospěch je slabě podprůměrný, má ráda pouze výtvarnou výchovu.

6.2.2 Nynější onemocnění

Pacientka je 35 dní hospitalizována po požití nadměrného množství medikamentů a následné intoxikaci po konfliktu s kamarádkou. Diagnostikována byla porucha přizpůsobení, jiné specifické poruchy osobnosti, socializovaná porucha chování a disharmonický vývoj osobnosti. Má ordinovanou individuální terapii, skupinovou terapii, medikaci dle stavu, režimová opatření a observaci. Návštěvy má povoleny 2x týdně 30 minut a možnost telefonování 15 minut denně.

6.2.3 Sociální šetření

6.2.3.1 Informace ze zdravotnické dokumentace

Matka dívky se dostavila až třetí den hospitalizace. Uvedla, že dcera má výchovné problémy asi rok: dělá si co chce, sprostě řve, nadává matce i jejímu příteli. Má hroznou fantazii, stále si něco vymýšlí: „*Vona furt lže ...*“

Vždy byla náročné dítě, hyperaktivní a neklidné. Její chování se však výrazně zhoršilo po rozchodu matky s dívčíným otcem. S přítelem si údajně docela rozumí. Stále se vzteká – pak odchází z domu, aby se uklidnila. Před pokusem o sebevraždu se pohádala s babičkou, pak vzala kuchyňský nůž a chtěla se zabít. Babička se jí v tom snažila zabránit a dívka jí pořezala.

„*Furt se chce zabít.*“

Dívku během hospitalizace navštívila matka pouze 2x, i když dívka má návštěvy povolené 2x týdně. 3x byla dívka doma na víkend – vždy se však vrátila o den dříve pro konflikty s matkou.

Matka opakovaně žádá o umístění v diagnostickém ústavu: „*Holka nechce, ale jinak to nejde ... teď už se stejně vrátit nemůže*“. Matka je ve 3.měsíci těhotenství.

6.2.3.2 Informace z osobního kontaktu a z rozhovoru

Dívka má štíhlou, drobnou postavu, má krátké vlasy a růžový melír. Na rukou má nápadné, černě nalakované a okousané nehty. Oblečena je ve tmavě šedivém volném svetru a černých legínách. Při rozhovoru spolupracuje, nejprve sice odpovídá bez zájmu a v krátkých větách, později je však hovornější. Nepozoruji žádnou agresivitu, ani jinou poruchu chování. Dívka je klidná a nepůsobí depresivně. Je patrná pouze mírná tenze a smutná nálada.

O důvodu hospitalizace hovoří klidně, pokus o sebevraždu hodnotí až poněkud nekriticky.

„*Jsem tu, protože jsem snědla prášky na tlak.*“

„*Chtěla jsem se nejdřív bodnout, ale babka mi vzala nůž.*“

Zranění babičky bagatelizuje: „*Neměla mi ho brát ...*“

Na otázku proč chtěla zemřít, ochotně nabízí hned tři důvody:

- V září jí zemřeli dva nejlepší kamarádi – bratři, oba na motorce – 14 dní po sobě.
- Líbí se jí bagrista, ale je starší a ženatý.
- Miluje dva kluky a jeden se s ní zrovna rozešel.

Dívka se během rozhovoru uvolňuje a je ochotná hovořit o pokusu o suicidium. Údajně ten den ve škole s kamarádkou ukradly peníze spolužačce. Kamarádka se ale šla přiznat řediteli a uvedla, že ji dívka šikanuje a donutila jí krást. Dívka ji následně zbila tak, že kamarádka skončila na pohotovosti. Zdá se, že je na to dívka hrdá: „*Umím zmlátit i devátáka.*“

Odpoledne šla k babičce: „*Aby mě doma nevyhmátli,*“ ale ta ji posílala domů.

Po provedení pokusu o sebevraždu si dívka si uvědomuje, že má „průsvih“, ale doufá, že když je „v blázinci“, tak jí to projde. Nyní už se zabít nechce: „*Nic by to nevyřešilo ... nechci o tom už slyšet.*“

V současné chvíli ji nejvíce trápí budoucnost. Nechce jít do diagnostického ústavu. Na propustce přemlouvala matku, aby si ji vzala domů. Matka se jí svěřila, že je těhotná, a dívka to velmi těžce nese. „*Nechce mě, je jí to fuk, kde budu. Hlavně když bude mít pokoj.*“

6.2.3.3 Souhrn informací k případové studii

Dívka třináctiletá, hospitalizovaná 35 dní na dětské psychiatrii po pokusu o sebevraždu na základě poruchy chování. V současné době bez suicidiálních projevů, psychologickou léčbu akceptuje, má trvalou medikaci, kterou snáší bez problémů.

Intelekt dívky je mírně pod průměrem, k čemuž výrazně přispívá nemotivující rodinné prostředí. Dívka má velmi nízkou míru sebekontroly, její chování je často neadekvátní a agresivní. Projevuje se u ní věku neodpovídající sociální nezralost. Dívka pravděpodobně trpí histriónskou poruchou osobnosti – je egocentrická, teatrální, má odlišné uvažování, bájevitou lhavost a odlišnost chování s jeho sociálními důsledky. Musí být neustále v opozici, odmítá respektovat dospělé, stejně jako řád oddělení. Odmítá argumenty zdravotníků o nevhodnosti jejího chování a obvykle reaguje tím, že se chová stejně jako matka.

Největšími problémy dívky jsou drobné krádeže a šikanování ostatních dětí.

6.2.4 Analýza případu

Podle mého názoru je hlavní příčinou dívčinych problémů celkové selhání její výchovy již od útlého věku. Faktory tohoto selhání mohly být: nepřítomnost biologického otce, charakterové vlastnosti matky a nepodnětné domácí prostředí. Po otcově odchodu matka zřejmě nedokázala své dceři poskytnout plnohodnotnou výchovu po všech stránkách, které dítě potřebuje, a preferovala vlastní zájmy.

Na základě těchto nedostatků je dívka emočně deprivovaná, nestabilní a má výše uvedené poruchy chování.

Matka s přítelem dívku nezvládají a nejsou ochotni hledat řešení tohoto problému. Během hospitalizace matka o dceru nejeví zájem. Na opakovanou výzvu sociální pracovnice rodiče nereagovali a se sociálním oddělením nespolupracovali. Matka pouze lékařům sdělila, že žádá o umístění v diagnostickém ústavu. Matka je gravidní a současné zdravotní problémy dívky evidentně nemá zájem řešit.

Na základě tohoto zjištění bylo dívce zajištěno místo ve výchovném ústavu Klíčov, kam by dívka měla být do 14 dnů přeložena.

6.3 Druhá případová studie

Jedná se o dítě, které bylo hospitalizováno pro těžkou formu ADHD.

Jde o chlapce, 14 let, žáka 8. třídy základní školy.

6.3.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: chlapec se narodil z rizikového těhotenství 4 týdny před plánovaným termínem porodu, spontánně, po předčasném odtoku plodové vody. Vážil 2 125 g a měřil 41 cm. Pro hypoxii byl léčen oxygeno-terapií. Nebyl kojen. Psychomotorický vývoj byl opožděn – lezení 1 rok, chůze 19 měsíců. Řeč byla opožděná – 20 měsíců první slova, patlavost. Byl sledován na nefrologii pro enuresis nocturna, bral medikaci, nyní praveno. Časté úrazy – 4x fraktura končetin, 1x komoče. Hospitalizace celkem 6x. Běžné dětské nemoci.

Rodinná anamnéza: chlapec žije s matkou a nevlastním otcem a s prarodiči (rodiče matky) v rodinném domě, kde má svůj pokoj. Sourozence nemá. Biologický otec odešel od rodiny brzy po porodu, o chlapce nejeví zájem.

Scholarita: první stížnosti na chlapce se vyskytly již v mateřské škole, ale rodiče neudělili souhlas k psychologickému vyšetření. ADHD a SPU (dyslexie, dysortografie a dysgrafie) byly diagnostikovány ve 2. třídě základní školy a - protože se jednalo o těžší formu - byla chlapci předepsána trvalá medikace. O psychologické vyšetření požádala třídní učitelka, neboť chlapec měl velké problémy se zvládnutím učiva a chováním. Ignoroval třídní učitelku, provokoval ostatní spolužáky, mluvil vulgárně. V 5. třídě chlapce srazil spolužák tak, že se udeřil do hlavy o pilíř a následně o podlahu, chlapec utrpěl komoci mozku. 2x ho spolužáci hodili do rybníka. V 6. třídě mu spolužák šlápl na břicho a způsobil mu kontuzi břicha. Teprve tehdy matka iniciovala změnu školy a nyní již stížnosti na chlapcovo chování nejsou. Prospěch má chlapec průměrný, ale učitelé se shodují, že by byl schopen dosáhnout lepších studijních výsledků.

6.3.2 Nynější onemocnění

Chlapec byl na psychiatrické oddělení přeložen z ortopedického oddělení, kde byl hospitalizován s úrazem kolena po pádu z tramvaje. Pro překlad na psychiatrické oddělení bylo rozhodnuto pro projevy deprese, negativismu a riziko suicida. Chlapec má ordinovanou zvýšenou observaci, medikaci, individuální a skupinovou psychoterapie dle rozpisu. Diagnostikována porucha přizpůsobení, disharmonický vývoj osobnosti, jiné smíšené poruchy a hyperkinetická porucha chování.

6.3.3 Sociální šetření

Chlapec je údajně 4 – 5 let šikanovaný, ale předchozí základní škola toto tvrzení nepotvrdila.

6.3.3.1 Osobní kontakt a rozhovor s matkou

Elegantně oblečená, upravená mladá žena. Je ochotná se mnou promluvit, ačkoliv již hovořila se sociální pracovnící a ví, že jsem „jen“ studentka na stáži. U jejich rozhovoru jsem byla také přítomna. Cítím její naléhavou potřebu mi některé věci vysvětlit. Rozhovor se sociální pracovnící probíhal v nepříjemné atmosféře, neboť se ukázalo, že matka by ráda chlapce umístila do ústavu. Domnívám se, že by ráda získala můj souhlas s jejím „pohledem na věc.“

Během hovoru si poměrně často protiřečí, evidentně má obraz chlapce zidealizovaný a nemá reálný náhled na jeho problémy. Vnímám snahu přesvědčit mě o její pravdě.

Matka podniká, často jezdí na služební cesty. Když je doma, se synem se hodně hádají. Nevlastní otec se o chlapce nezajímá, spíše ho „shazuje“, říká, že je „magor“. Matka se cítí ublížená, stále opakuje, že jsou všichni proti nim. Chlapcovy problémy dává za vinu všem, jen ne synovi. V minulosti syn dostal léky na ADHD – matka je vysadila: „*Nezdálo se mi to nutné ... bylo to stejně bez efektu*“.

Matka má pocit, že je syn nyní ve škole spokojený: „*Může si mačkat balonek – to má na zklidnění*“. Před třemi týdny jí syn říkal, že ve škole šňupá pervitin. Šla to řešit do školy: „*Syn mi teď nevěří a bojí se tam jít zpátky ... že ho budou zase mlátit*“.

Na otázku, jaká byla reakce vedení školy na užívání pervitinu, odpovídá, že prý je to nezajímá, protože to nebylo v době školní docházky a žáci již nebyli na území školy.

Syn jí ještě řekl, že také pili vodku, ale to se jí nezdá věrohodné: „*To bych poznala ...*“

Maminka dále uvádí, že s chlapce doma žádné problémy nejsou. Občas syn reaguje na okřiknutí – má strach: „*To ta šikana ...*“.

Časté úrazy a zlomeniny matka vysvětluje fotbalem a šikanou. Důvodem poslední hospitalizace na ortopedii bylo zranění koleno. „*Syn říkal, že vypadl z tramvaje ... to ho ale určitě někdo strčil*.“

Na závěr dodává, že syn je moc chytrý a určitě půjde na vysokou školu. „*Jen kdyby neměl ty strašné kamarády...*“

Během hospitalizace matka přišla pouze 2x. Z toho 1x na výzvu sociální pracovníce. Na závěr jejich rozhovoru požádala sociální pracovníci o umístění syna do ústavního zařízení: „*Dejte ho do nějakého zařízení ... přítel říkal, že jinak nás nebo sebe brzy zabije ...*“ Když se dozvěděla, že by o umístění musela žádat přes OSPOD, rozčileně odmítla dále se sociální pracovnící hovořit. Na výzvy sociální pracovníce od té doby již nereaguje.

6.3.3.2 Osobní kontakt a rozhovor s pacientem

Vysoký, statný hoch, neupravený, občas popotáhne. Vyhýbá se očnímu kontaktu a stále si hraje s prsty. Nejprve si ani nechce sednout a ihned vulgárně hodnotí smysl: „*těhle keců*“.

Neví, proč je tady. Prý vypadl z tramvaje a „*ti dementi*“ (lékaři na ortopedii) ho poslali sem. Necítí se na psychiatrickém oddělení dobře, bojí se: „*Tady mě může kdokoliv udusit polštářem*.“ Na otázku proč si to myslí, odpovídá: „*Jsou tu samý magoři*.“

Je tedy zřejmé, že hospitalizaci na dětské psychiatrii chlapec snáší velmi těžce. Zejména proto, že matka za ním nechodí na návštěvy. Je na ni citově vázán, stýská se mu a často pláče. Situaci nerozumí.

Během pobytu se u chlapce objevují časté bolesti hlavy, poruchy usínání a noční buzení. Velmi si zhoršil prospěch, je negativistický k jakékoliv aktivitě a paní učitelka si na chlapce velmi stěžuje. Ve vztahu k ostatním pacientům je agresivní, straší spolubydlící a hodně si vymýšlí. Na dívky má časté sexuální narážky. Během psychoterapie nespolupracuje, nemluví a ruší.

Občas hovoří o sebevraždě: „*Bude lepší, když se zabiju ...*“.

Má obavu z budoucnosti, že se před ním budou ostatní děti sebe poškozovat: „*Jeden už to zkoušel ... že se jako pořeže ... tak jsem šel pryč*“. Měl prý strach ze své reakce: „*Máma říká, že se někdy chovám zbrkle ... mohl bych ho praštit*“.

Stále ho pronásledují sny o tom, co se mu dělo v minulé škole. „*Šikanovali mě ... měl jsem zlomenou ruku a otřes mozku*“.

O současné škole vypráví rád. Dokonce by rád, aby mu někdo pomohl s chováním: „*Jsem moc živý ... říká to i mamka*“.

O své zkušenosti s pervitinem říká, že to bylo: „*fakt jen jednou*.“ Pervitin údajně přinesl spolužák. Cítil horko v obličeji a viděl vlnky.

O rodičích nechce mluvit.

„*Máma sem nemůže chodit, je furt v práci ... stejně mám radši tátu ...*“.

Na otázku, zda-li ho otec navštívil, odpovídá: „*Neviděl jsem ho tři roky, ale ten mě má aspoň rád*“.

6.3.3.3 Souhrn případové studie

Chlapec s poruchou chování a suicidiálními příznaky, hospitalizovaný 65 dní. Na psychiatrické oddělení byl přeložen z dětské ortopedie pro nezvladatelné chování a suicidiální projevy. Během hospitalizace chlapec nespolupracuje a léčbu neguje. Má ordinovanou trvalou medikaci, kterou snáší bez komplikací. K ostatním pacientům se chová nepřátelsky, je agresivní a dle vlastních slov se jich bojí. S personálem převážně nekomunikuje, není však agresivní. Dospělé autority nerespektuje, provokuje je. V komunikaci používá časté vulgarismy a slangy.

Chování chlapce nese asociální znaky. Je snadno ovlivnitelný, rád by patřil do nějaké party a nevdá mu ani, když ho šikanují. Projevuje se u něj sociální nezralost, nerespektování norem.

Ze zdravotní dokumentace vyplývá, že je plný kontrastů: na jedné straně agresivní, silácké chování, na druhé straně velmi nešťastný, často pláče, protože se mu stýská. Je velmi zmatený a neumí si s absencí matky poradit.

6.3.4 Analýza případu

Primární problém v případě tohoto chlapce je zcela určitě v jeho rodině. Je nutné připomenout chlapcovo předčasné narození a hypoxii mozku, které byly pravděpodobnou příčinou ADHD. Chlapcova výchova byla tímto onemocněním významně ovlivněna a nezralá osobnost a zřejmě i porucha osobnosti jeho matky tuto skutečnost umocnila. Chlapci nebyl nastolen žádný režim a spolu s nedůsledností jeho matky došlo k celkovému selhání jeho výchovy.

Ze základní školy je zřejmé, že matka chlapce protežuje a - ačkoliv si jeho problémové chování uvědomuje - jejich příčinu vidí vždy jen v ostatních dětech. Matka tráví hodně času mimo domov a na chlapce nemá dostatek času. Výchovu a péči o syna přenechává příteli, který s nimi bydlí ve společné domácnosti. Ten však roli nevlastního otce neakceptuje a o chlapce se řádně nestará. Biologický otec o syna dlouhodobě nejeví zájem a se synem se nestýká.

Během hospitalizace matka syna navštívila 2x, ačkoliv má chlapec povolené návštěvy 2x týdně. Jednou se dostavila na výzvu sociální pracovnice. Během rozhovoru matka požádala sociální pracovníci o umístění syna do psychiatrické léčebny.

Ačkoliv sociální pracovnice matku opakovaně žádala o další setkání, ta se již neozvala. Sociální pracovnice ve spolupráci se sociálním odborem v místě bydliště chlapcovy rodiny a lékaři psychiatrické kliniky dala podnět k překladi chlapce do dětské psychiatrické léčebny Opařany.

6.4 Třetí případová studie

Dívka, 16 let, studentka gymnázia. Trpí mentální anorexií.

6.4.1 Anamnéza

Osobní anamnéza. Dívka se narodila z fyziologického těhotenství týden po plánovaném termínu porodu. Vážila 3 720 g a měřila 49 cm. Poporodní adaptace dívky proběhla bez komplikací, dívka byla kojena do 1 roku. Psychomotorický vývoj byl spíše urychlen (seděla v 6. měsíci, chodila v 11. měsíci), logopedie od 4 let – krátce. Prožila běžné dětské nemoci, 2007 – apendektomie.

Rodinná anamnéza. Rodiče dívky jsou rozvedeni od jejích 8 let. Soud rozhodl o střídavé péči, po 2 letech byla však na žádost dívky zrušena. Nyní se s otcem vídá 1x/14 dní o víkendu. Dívka žije s matkou a babičkou (matka matky) v malém rodinné domě, má svůj pokoj. Matka neměla od rozchodu s otcem žádného přítele. Před dvěma měsíci dívka utekla od matky kvůli údajnému alkoholismu a nastěhovala se k otci, u kterého bydlela až do své hospitalizace.

Scholarita. Dívka je studentkou 6. ročníku osmiletého gymnázia. Do základní školy nastoupila v šesti letech. Adaptace na nový režim jí nedělala žádné problémy. Sice nebyla vůdčím typem, ale v kolektivu byla vždy oblíbená. S učiteli vycházela dobře. Již na základní škole měla výborný prospěch a také na gymnáziu studuje s vyznamenáním. Ráda by pokračovala ve studiu na vysoké škole.

6.4.2 Nynější onemocnění

Současná hospitalizace dívky je již druhá, poprvé byla s mentální anorexií hospitalizována před 6 měsíci. Tehdy při výšce 169 cm vážila 42 kg (BMI 14,7). Rapidního snížení váhy si všimla její třídní učitelka a snažila se problém řešit s matkou. Dívce se ale podařilo matku přesvědčit, že o nic nejde. Dívka však později ve škole zkolabovala a byla rychlou záchrannou službou odvezena na pediatrickou kliniku. Lékaři dívku stabilizovali a přeložili na dětskou psychiatrickou kliniku, kde strávila 2 měsíce.

Současnou druhou hospitalizaci snáší poměrně dobře. Dívka opět později zkolabovala ve škole, ale tentokrát byla přivezena přímo na psychiatrii. Její váha při přijetí byla 44 kg (BMI 15,4). Nyní váží 47 kg a do ideální váhy dívce zbývá přibrat ještě 5 kg. Dívka režim

oddělení akceptuje, s pacienty i personálem vychází dobře. I když velmi dobře spolupracuje ve skupinové i individuální psychoterapii, dívčin náhled na její onemocnění je zatím bohužel nedostačující.

6.4.3 Sociální šetření

6.4.3.1 Osobní kontakt a rozhovor s pacientkou

Dívka je vysoká, štíhlá, dlouhovlasá tmavovláska, která působí velmi křehce, je nezdravě bledá. Oblečená je do volného trika a volných tepláků. Je jí chladno, musela si dojít pro svetr. Projevuje minimální kontakt, neusmívá se, chvílemi jí tečou slzy. Celkově působí apaticky. Na otázky odpovídá tiše a krátce.

Na otázku proč je tady, odpovídá že hodně zhubla. Neví proč – chtěla jen trochu a zůstat na 48 kg. Hubnout začala asi před rokem v souvislosti se vzájemným popichováním mezi spolužačkami. Postupně zvyšovala omezování jídla, doma si jídlo nosila do pokoje a pak je vyhazovala.

Dívka několikrát opakuje, že chce domů.

„Byla jsem blbá ... myslela jsem, že mě nemůžou znova hospitalizovat.“

„Chci domů ... už budu všechno jíst“.

Zároveň však dodává, že má obavy, aby jí to, co tady musí sníst *„nešlo do špeků“*.

Zdůrazňuje, že její váha nesmí překročit 50 kg.

O rodičích mluví bez zájmu, až lehce pohrdavě: *„Otec nic nepřipustí a všechno ví nejlíp“*.

Nemá dobrý vztah ani s babičkou: *„Furt ke mně chodí a nosí mi jídlo ... pak nadává mamce a brečí ... hlavně at' sem nechodí“*.

Ze zdravotní dokumentace vyplývá, že během návštěvy babičky dívka na babičku rozzlobeně křičela a pak utekla do pokoje.

Dívka mi dále sděluje, že se pořád učí, protože chce studovat medicínu nebo práva. Zájmy nemá prý žádné. Nemá ani kamarádky, protože se s nikým nevydrží déle přátelit. Spolužačky jí dřív říkaly, že je hubená, ale už jí nic neříkají: *„Tak jsem asi tlustá ...“*.

Uznává, že má střídavou náladu a bývá často podrážděná. Do školy, ale chodí docela ráda: *„Tady je škola ale nuda ...“*.

Na oddělení se cítí smutná, chce domů. Velmi špatně snáší dozor u jídla. Má ráda skupinovou psychoterapii: „*Nevěděla jsem, že to má někdo doma horší než já ...*“.

Baví jí i pracovní terapie. Spí dobře.

6.4.3.2 Informace ze zdravotní dokumentace o členech rodiny

Matka dívky s lékaři i sociální pracovníci spolupracuje, ale pouze telefonicky. Dívku navštívila zatím pouze 1x, ale dívka prvních 14 dní neměla povolené návštěvy. Matka nechtěla mluvit s lékaři. Jednou přišla babička dívky a sociální pracovníci sdělila základní údaje o rodině. Připustila velmi špatné vztahy mezi jednotlivými členy rodiny.

Během sociálního šetření byl zjištěn u matky alkoholismus, který sama potvrdila. V současné době se údajně pokouší o abstinenci, aby jí nebyla dcera odebrána. Je rozhodnuta podstoupit protialkoholickou léčbu a doufá, že se dcera vrátí k ní domů.

Otec dívky byl několikrát sociální pracovníci žádán o schůzku, ale opakovaně se omluvil. Dceru také zatím nenavštívil.

Sociální odbor v místě bydliště dívky sdělil sociální pracovníci, že rodina nemá žádné problémy a o alkoholismu matky nic neví.

6.4.3.3 Souhrn údajů případové studie

Dívka s mentální anorexií, hospitalizovaná 21 dní. Je to její druhá hospitalizace pro toto onemocnění. Během hospitalizace je dívčino chování bezproblémové, je emočně labilní, ale např. během ergoterapie je její nálada výrazně lepší. Velmi dobře spolupracuje v psychoterapii. Kromě vitamínové léčby není nutná jiná medikace. S personálem komunikuje slušně, k ostatním pacientům má mírně odtažitý vztah.

Je evidentní, že dívka má o své nemoci dost informací, působí velmi inteligentně a informovaně. Z pozorování její práce při ergoterapii je zřejmá pečlivost až perfekcionismus. Během pracovní činnosti dívka vždy ochotně pomáhá ostatním pacientům, ale sama nová přátelství nevyhledává. Při jídle však bývá podrážděná, negativně reaguje na personál, pokud je nucena dojídat jednotlivé pokrmy. Jednou byla přistižena při pokusu o zvracení, ačkoliv mentální bulimií netrpí.

6.4.4 Analýza případu

Etiologie tohoto případu nepůsobí jednoznačně. Dívka se začala omezovat v jídle údajně kvůli spolužačkám. Nevhodné poznámky kamarádek nebyly však podle mého

mínění nejpodstatnější. Rozchod rodičů a následný alkoholismus matky budou zřejmě primárními viníky dívčina psychického rozpoložení, které vyvrcholilo v mentální anorexii. Nedostatek matčiny péče, který nedokázala nahradit babička, dívčino převzetí zodpovědnosti za matčino alkoholické selhání a věčně nespokojený otec způsobily nedostatečně vsřícené a láskyplné prostředí. Dívka sama sebe trestá za rodinnou situaci a usiluje o získání kontroly alespoň nad vlastním tělem. Nelze také vyloučit, že se chce radikálně odlišit od matky, která nedovede vzdorovat alkoholu a být tak lepší.

Ačkoliv mezi rodiči nejsou ideální vztahy, snaží se nyní spolupracovat a rádi by dceři pomohli uzdravit se. Domluvili se, že by dívka po propuštění šla opět k matce a babičce.

Sociální pracovnice dětského psychiatrického oddělení souhlasí s návratem dívky do domácího prostředí, a to za předpokladu spolupráce se sociálním odborem v místě dívčina bydliště, a proto na úřad odesílá: „Žádost o kontrolu poměrů“, „Oznámení o přijetí nezletilé“ a „Žádost o dohled.“

Pracovnice sociálního odboru následně oznámily zkontaktování obou rodičů a potvrzení jejich spolupráce. Dívku po propuštění převezmou do péče spolu s pediatrem a matka dívky bude pravidelně kontrolována, zda-li dodržuje ambulantní protialkoholickou léčbu.

6.5 Hodnocení praktické části

Hlavním cílem praktické části této práce byla ukázka průběhu onemocnění dětí hospitalizovaných na dětské psychiatrické klinice s nejčastější etiologií, které jsou zároveň také v péči sociálního pracovníka. Ačkoliv psychiatrické onemocnění je hlavně zdravotní problém, zcela úmyslně jsem zdravotní příčiny těchto poruch jen lehce nastínila a zaměřila jsem se na sociální přístup a možné důvody onemocnění z hlediska sociálního. Mým cílem bylo pokusit se odhalit určité sociální souvislosti mezi jednotlivými případovými studii.

Otázky, které bych si mohla položit by zněly:

1. Jak ovlivňují sociální faktory vznik a vývoj psychiatrického onemocnění u dětí?
2. Jaké společné sociální faktory by mohly být příčinou zbytečně dlouhodobé hospitalizace zkoumaných dětí na dětském psychiatrickém oddělení?

Jednoznačně mohu odpovědět, že sociálních faktorů a vlivů působících na vznik duševních poruch a na nutnost dlouhodobé hospitalizace je více. Nicméně se domnívám, že jeden mohu pojmenovat s jistotou. Hlavním faktorem, společným pro obě otázky, je bezesporu selhání rodičů a rodiny v širším slova smyslu. Připomínám, že jsem hodnotila jen případové studie, které bylo nutné řešit sociálním pracovníkem.

Během analýzy všech dostupných údajů a rozhovorů jsem zjistila, že ačkoliv je psychiatrické onemocnění zdravotní problém, jeho vznik a další vývoj je sociálními faktory ovlivněn ve velké míře. Nelze takto zobecnit veškeré psychiatrické diagnózy, ale v mnou uvedených se tato skutečnost jednoznačně potvrdila. Mohu tedy tvrdit, že nedostatečně stimulující a pečovatelské domácí prostředí, spory rodičů během rozchodu, jejich osobní selhávání a tím i selhávající výchova jsou základními sociálními faktory, které vznik a další vývoj psychického postižení dítěte výrazně ovlivňují.

Podle mého názoru jsou děti hospitalizované na dětské psychiatrii ve většině případů zbytečně dlouho. Hlavním a prvním důvodem k hospitalizaci dítěte s duševní poruchou je samozřejmě samotný zdravotní problém dítěte, ale většina z nich nevyžaduje tak dlouhou hospitalizaci, jaká pak ve skutečnosti je. A tím druhým důvodem, který hospitalizaci prodlužuje, je právě sociální patologie rodiny hospitalizovaného dítěte. Je možné říci, že děti se sociálními problémy jsou v této množině zbytečně dlouhodobě hospitalizovaných zastoupeny stoprocentně.

Samotnou léčbu i odchod dítěte do domácího prostředí nejčastěji komplikuje právě

nespolupráce rodičů, jejich nezáměr o psychiatricky postižené dítě. Chování těchto dětí je často narušené a rodiče náročnou situaci neumějí a později už ani nechtějí řešit. Děti pak obvykle odcházejí do výchovných ústavů nebo psychiatrických léčeben.

Na druhou otázku si tedy mohu odpovědět, že společným sociálním faktorem zbytečně dlouhodobé hospitalizace je zcela určitě selhání péče rodičů, rozchod rodičů a následný nezáměr jednoho nebo obou rodičů o dítě a také sociální nezralost těchto rodičů, kteří tuto složitou sociální událost neumějí řešit.

V uvedených případových studiích jsem se v části věnované „analýze případu“ pokusila danou kazuistiku zhodnotit z hlediska sociálního pracovníka. Vycházela jsem částečně z analýzy již získaných informací a částečně z mých rozhovorů s pacienty. Závěry, které jsem uvedla, byly pouze moje vlastní dedukce. Nicméně to, jakým způsobem tyto pacienti opustili psychiatrickou kliniku, je skutečné. Kromě dívky s diagnózou mentální anorexie byly obě děti přeloženy do jiných státních zařízení, nikoliv do domácího prostředí. Dívka s poruchou příjmu potravy zůstala zatím na psychiatrickém oddělení, ale jako jediná má reálnou šanci se domů vrátit.

7 DISKUSE O HOSPITALIZACI DĚTÍ NA PSYCHIATRII

Když jsem začala psát svoji bakalářskou práci, měla jsem poměrně dost zkušeností s dětskými pacienty, ale velmi malou znalost problematiky sociální práce ve zdravotnictví.

Domnívala jsem se, že péče sociálního pracovníka zaujímá minimální část z komplexní péče o dětského pacienta. Vycházela jsem ze své zkušenosti z interního a chirurgického oddělení, kde byla konzultace sociálního pracovníka zapotřebí 3x za 5 let.

Během své praxe na dětské psychiatrické klinice jsem však spolu se sociální pracovnící trávila většinu pracovní doby především u dětských pacientů na oddělení. Byla to pro mne obrovská zkušenost a získala jsem mnoho inspirace pro své další působení v sociální oblasti.

Nedomnívám se však, že všechna sociální oddělení ve zdravotnictví pracují takto dobře. Bohužel mám také zkušenost z psychiatrického oddělení pro děti v jiné nemocnici a tato praxe byla pro mne velkým zklamáním. Na toto oddělení sociální pracovník téměř nedocházel a o dětských pacientech rozhodoval od svého stolu v kanceláři. Obávám se, že problematika sociální péče ve zdravotnictví je v naší zemi stále nedořešená.

Proto jsem velmi potěšena, že mohu uvést minimálně jeden dobrý příklad – sociální odbor Dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Motole. Situace hospitalizovaných dětí a jejich rodin na dětské psychiatrii je díky kombinaci psychického onemocnění a obtížné sociální situaci nesrovnatelně těžší než na jiných odděleních. Není proto jednoduché provádět na tomto oddělení sociální péči k všeobecné spokojenosti. Velmi často není možné vyhovět přáním a potřebám všech zúčastněných a bohužel jsou to obvykle právě děti, jejichž přání – vrátit se domů – zůstane nevyslyšeno.

Přesto bych ráda zdůraznila kvalitu sociální péče na této psychiatrické klinice. Velmi intenzivně jsem vnímala snahu zdravotníků a sociálních pracovníků vrátit dítě do jeho domácího prostředí, i když rodinná situace nebyla vždy ideální. A i v případě, kdy skutečně toto nebylo možné, celý tým, který o dítě pečoval, hledal co nejvhodnější náhradní řešení.

Z nedostatku zkušeností nemohu spekulovat o kvalitě následné ústavní či komunitní psychiatrické péče, ale zařízení pro dětské psychiatrické pacienty spolupracující s motolskou dětskou psychiatrickou klinikou jsou mezi sociálními pracovníky vyhlášené svojí kvalitní péčí. Je důležitou zpětnou vazbou pro sociální pracovníky, když dítě, které nemohou vrátit domů, bude v dobré – byť ústavní – péči. Vzhledem k časté dlouhodobé hospitalizaci není výjimkou, když personál k dítěti přilne, a proto je sociální péče o tyto malé pacienty často velmi osobní a samozřejmě o to těžší záležitostí.

Ráda bych svoji práci uzavřela přáním: dětská psychiatrie není bohužel oddělení plné veselých a šťastně se uzdravujících dětí, a přestože mám ze sociální i zdravotní péče na psychiatrii v Motole velmi dobrý až uspokojující pocit, přála bych si, aby nutnost dlouhodobě hospitalizovat dítě s psychickou poruchou pouze ze sociálních důvodů byla mnohem menší. Věřím, že v budoucnu bude psychiatrických klinik ubývat a naopak přibudou náhradní varianty zdravotní péče o tyto pacienty, zejména v ambulantní nebo komunitní formě psychiatrické péče. Zároveň doufám, že se sociální péče o děti a rodiny natolik zkvalitní, že k mnoha hospitalizacím dětí s psychickým onemocněním nebude nutné vůbec přistoupit. Jsem přesvědčena, že včasný záchyt psychické poruchy u dítěte, adekvátní zdravotní intervence společně se sociálním poradenstvím pro rodinu postiženého dítěte může zabránit rozvoji nežádoucích důsledků psychické poruchy jak u dítěte, tak v rodinných vztazích. Pevně věřím, že takto dobře odvedená sociální práce přímo v rodině, je schopna dlouhodobé hospitalizaci na dětské psychiatrii nebo nepřijetí psychicky nemocného dítěte, zabránit.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je sociální práce s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty na dětském psychiatrickém oddělení. Ačkoliv je zaměřena především na sociální práci ve zdravotnictví, popisuje i prožívání těchto pacientů a jejich blízkých.

Autorka nejprve čtenáře seznamuje s nejčastějšími psychiatrickými poruchami dětského věku a s pojmy souvisejícími s problematikou dětské psychiatrie.

V další části teoretické práce přibližuje náročnost zdravotní a sociální péče o dětské psychiatrické pacienty a s tím související požadavky kladené na pečující personál. Tato náročnost sociální péče o psychiatrické pacienty a jejich rodiny může být příčinou vyčerpání a následného rozvinutí syndromu burn-out, kterému se autorka také věnuje.

Hlavní část bakalářské práce pojednává o konkrétní úloze sociálního pracovníka na dětském psychiatrickém oddělení a rozděluje tuto péči na sociální práci s hospitalizovaným dítětem a sociální práci s jeho rodinou.

V praktické části provedla autorka kvalitativní výzkum šetření případových studií tří dětských psychiatrických pacientů, kteří byli hospitalizováni na dětské psychiatrické klinice s nejčastějšími psychickými poruchami – ADHD, mentální anorexií a socializovanými poruchami chování.

Autorka se v analýze těchto kazuistik pokusila najít souvislost mezi vznikem a vývojem psychiatrického onemocnění a sociální prostředím, které dítě obklopuje. Položila si také otázku, je-li dlouhodobá hospitalizace opravdu nezbytná a mají-li na tuto dlouhodobost vliv právě sociální podmínky dítěte.

Ze závěrečného hodnocení tohoto výzkumu vyplynulo, že hospitalizace dětských psychiatrických pacientů je skutečně někdy zbytečně dlouhodobá. V případech, které autorka analyzovala, je hlavním důvodem prodloužené hospitalizace jednoznačně sociální prostředí dítěte. Zároveň se v těchto kazuistikách potvrdila i autorčina druhá hypotéza a to, že na rozvoji psychiatrického onemocnění těchto pacientů mají sociální podmínky jejich rodiny rozhodně významný vliv.

Cílem této bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s tématem sociální práce ve zdravotnictví, konkrétně na dětském psychiatrickém oddělení. Toto téma je stále v pozadí sociální práce, a proto se autorka pokusila objasnit jeho nezbytnost a důležitost v naší společnosti. Na základě studia dostupné literatury a především na základě praxe na

konkrétních dětských psychiatrických odděleních snad dostatečně tento význam péče sociálních pracovníků o pacienty na všech odděleních vyzdvihla a zdůraznila.

LITERATURA

- BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.
- ČENKOVÁ, T. *Psychologem svým dětem*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3587-0.
- DRTÍLKOVÁ, I. a ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- GELDARD, K. a GELDARD, D. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.
- HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu a potravy*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MALÁ, E. a PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7178-700-0.
- MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-853-8.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., a KOLÁČKOVÁ, J. (eds.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- REIFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.
- ROGGE, J.U. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8.
- ŘÍČAN, P. a VÁGNEROVÁ, M. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0131-4.
- STAŇKOVÁ, M. *Teorie ošetřování nemocných*. Praha: Avicenum, 1978. ISBN 978-80-2471-125-6.
- TROSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 80-7179-856-8.

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista*. Olomouc: PS VUP, 2001. ISBN 80-244-0345-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

VOKURKA, M. a HUGO, J. *Kapesní slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 80-734-5163-9.

ZAKOUŘILOVÁ, E. *Sociální terapie, aneb její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou*. Praha: Institut pro místní správu, 2008. ISBN 978-80-86976-14-6.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Gabriela Meluzinová

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Sociální péče o rodiče dětských pacientů na psychiatrickém oddělení

Počet stran (bez příloh): 51

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 14

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2013

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: 15. 4. 2013

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Gabriela MELUZINOVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychologii

Název práce: **Sociální péče o rodiče dětských pacientů na psychiatrickém oddělení**

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 49

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 19

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			3	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

			3	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

			X	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			X	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak si myslí autorka, že by měl znít správný název práce?

Jak by autorka práci pozměnila nebo vylepšila, kdyby ji psala znovu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka chtěla původně psát o dětech na psychiatrii, ale kolegium schvalující název práce jí doporučilo zaměřeni se na rodiče. O to se autorka také poctivě snažila. Po dokončení práce zjistila, že se práce zabývá více dětmi než jejich rodiči, a to zejména z toho důvodu, že v praxi byla spolupráce s nimi buď obtížná, nebo se o hospitalizované děti na psychiatrii přestali zajímat. Práce je tedy věnována spíše péči o děti, ale v kontextu je zaměřena pozornost i jejich rodičům, proto ji lze akceptovat. O úloze sociálního pracovníka se autorka v práci zmiňuje na několika stránkách.

Spolupráce s vedoucí práce byla uspokojivá. Práce splňuje požadavek samostatnosti, literatura dobře volena a je jí dostatek a citace jsou správně uváděny. U některých tvrzení, kde citace nejsou, by bylo však vhodné příslušné citace uvést.

Vzhledem k tomu, že jde o bakalářskou práci, považuji ji za přijatelnou.


Změna názvu by byla vítaná, ale nepovažuji za nutné, aby autorka práci celou přepracovávala.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Dobře, podle úrovně obhajoby a případné změně názvu i velmi dobře.

Datum, podpis:
18. 5. 2013


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Gabriela Meluzinová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Sociální práce o rodiče dětských pacientů na psychiatrickém oddělení

Oponent práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 51

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 19

Počet internetových odkazů: 0

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

				x
--	--	--	--	---

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

--	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

--	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

--	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

--	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

--	--	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

--	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

--	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

--

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ve své bakalářské práci se autorka chtěla zaměřit na sociální péči o rodiče dětských pacientů na psychiatrickém oddělení, což považuji, vzhledem ke studijnímu programu za vhodné. Práce bohužel neodpovídá názvu, v teoretické i praktické části se autorka věnuje péči o hospitalizované děti, ne o jejich rodiče.

Teoretická část diplomové práce je poměrně čtivá a srozumitelná. Autorka se věnuje vymezení pojmů, popisu dětských psychických poruch, velmi krátce se věnuje roli sociálního pracovníka a ještě převážně jen ve vztahu k pracovišti a dítěti. Nadbytečná mi připadá kapitola pojednávající obecně o zdravotních sestřích a syndromu vyhoření.

V praktické části autorka na třech kazuistikách chtěla ukázat, jak píše v úvodu, typickou sociální péči o psychiatrické pacienty /str.8/, tedy ne o rodiče jak píše v názvu. V úvodu k praktické části /str.31/ uvádí že rozбором vybraných kazuistik by chtěla poukázat na etiologii nejčastějších diagnóz u dětí na psychiatrickém oddělení, což se povedlo, ale bohužel se praktická část nevztahuje k názvu, tedy k práci s rodiči dětských pacientů. V kazuistikách bych očekávala např. ukázky práce sociálního pracovníka, kontaktní sestry... s rodiči hospitalizovaných dětí....

Na straně 31 studentka uvádí, že nejčastějšími diagnózami na dětském psychiatrickém oddělení jsou mentální anorexie a ADHD, nevím odkud autorka tuto informaci čerpala.

Po formální stránce mohla být práce lépe – pečlivěji zpracována. Příště bych autorce doporučovala více se věnovat uvádění citací. Ocenila bych pouze jeden způsob tvoření odstavců, ne odsazení a zároveň vynechání řádky. Také nepovažuji za vhodné psát odbornou práci jako je tato někdy v 1.osobě, jednotného čísla někdy ve 3.osobě.

Vzhledem k tomu že obsah neodpovídá názvu nemohu práci objektivně hodnotit a proto ji doporučuji k přepracování.

Doporučení k obhajobě: nedoporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Datum, podpis:



15.5.2013

Mgr. Eva Petráková