



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po  
poškození mozku z pohledu sociálního pracovníka**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor: Bc. Kateřina Mandátová**

**Vedoucí práce: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.**

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po poškození mozku z pohledu sociálního pracovníka*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....

*Bc. Kateřina Mandátová*

### **Poděkování**

Velké poděkování patří vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné vedení této práce a cenné rady, dále pak celému týmu, který byl součástí projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku". Dík patří také sociálním pracovníkům, kteří se na výzkumu podíleli.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na sociální práci s osobami poškození mozku a je součástí projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)". Do této práce byli zapojeni sociální pracovníci a sociální pracovnice z Českobudějovicka, jejichž práce může zahrnovat i práci s osobami poškození mozku. Do výzkumu byli tito pracovníci/pracovnice zařazeni z důvodu zmapování navazujících služeb po hospitalizaci osob poškození mozku. Tyto organizace a informace o nich pak byly v rámci poradenství sdělovány pacientům, kteří byli zařazeni do projektu GAJU. Komplexní výsledky projektu budou zpracovány v rámci publikační činnosti.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První – teoretická část – je zaměřena na základní popis poškození mozku, blíže jsem se věnovala cévní mozkové příhodě, dále je zde popsán koordinovaný rehabilitační tým, role sociálního pracovníka, dále je zde popsána zátěž, které sociální pracovník, jakožto osoba v pomáhající profesi může čelit a syndrom vyhoření, jakožto možný důsledek této zátěže.

Ve výzkumné části bylo cílem zkoumání dle subjektivních výpovědí sociálních pracovníků, kteří působí v navazujících organizacích pro pacienty poškození mozku v Českých Budějovicích zjistit, jaká vnímají pozitiva a negativa sociální práce u těchto pacientů, abychom si tak mohli komplexně představit obraz práce sociálního pracovníka s pacientem poškození mozku.

V souvislosti s cílem byly stanoveny výzkumné otázky: Jaká jsou dle subjektivního názoru sociálního pracovníka pozitiva a negativa sociální práce u pacienta poškození mozku? Dále pak otázka: Co je příčinou pozitiv a negativ, které sociální pracovník při své práci vnímá? Byla použita kvalitativní výzkumná strategie, technika rozhovoru pomocí návodu u čtrnácti sociálních pracovníků z navazujících organizací, jejichž cílová skupina se zaměřuje i na osoby poškození mozku. Data byla zpracovávána v programu Atlas.ti 7.

Na základě analýzy dat byla zmapována pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po poškození mozku, která dotazovaní pracovníci ve svých výpovědích uvedli, a z výsledků práce vyplynulo, že sociální pracovníci především tato negativa:

**Administrativa**, která v důsledku legislativy stále narůstá a převažuje nad prací s klientem. **Finance** – které se týkají jak financování služby, tak nedostatečných prostředků na odměny pro zaměstnance, či finanční náročnosti služeb pro klienty. **Nedostatek kvalitního personálu, časová náročnost činností**, která úzce souvisí s obsáhlou administrativou a s faktem, že sociální pracovník pracuje mnohdy i nad rámec svých pracovních povinností a kompetencí. **Nespolupráce rodiny klienta nebo nedostatečný zájem rodiny o klienta. Legislativa**, která se mnohdy dle výpovědi neslučuje s praxí, sociální pracovníci musí sledovat aktuální novelizace zákona a je to pro ně časově náročné a vyčerpávající. **Absence navazujících organizací pro pacienty po poškození mozku, nedostatek kompetencí/pravomocí/informací sociálního pracovníka, nedostatečná motivace**, a to nedostatečné finanční ohodnocení či chybějící benefity pro zaměstnance, tak konflikty s úřady, bariéry, které se vyskytují při práci sociálního pracovníka či nedostatečné prostředky.

Z analýzy výsledků dále vyplynulo, že sociální pracovníci subjektivně vnímají při práci s pacienty po poškození mozku nejčastěji tato pozitiva: **spokojenost klienta, pomoc lidem, pocit dobře odvedené práce, pozitivní zpětný vazba, práce „baví“, pozitiva ve vztahu k pracovnímu prostředí.**

Z výsledků je patrné, že při práci sociálního pracovníka převládají pozitiva nad negativy, oproti tomu práci v multidisciplinárním týmu hodnotili sociální pracovníci jako pozitivní a pro klienta i tým prospěšnou.

Výsledky dané práce slouží jako dílčí část pro sestavení komplexních výstupů koordinované rehabilitace u pacientů po poškození mozku z projektu GAJU. Výsledky z výzkumu se stanou součástí publikačních výstupů z výše zmíněného projektu.

**Klíčová slova:** sociální práce, poškození mozku, pozitiva, negativa, multidisciplinární tým

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on the social work with people after brain damage and is part of the GAJU project called "Coordinated Rehabilitation of Patients after Brain Damage (Reg. No. GAJU 138/2016 / S)". Collaboration with social workers from the region of České Budějovice was part of this thesis. Their work also consists of working with people after brain damage. The purpose of the collaboration was to map out follow-up services after hospitalization of people after brain damage. Information about these organizations has been shared with the patients who were included in the GAJU project. The complex results of the project will be elaborated within the publishing activities.

The diploma thesis is divided into two parts. The first - the theoretical part - is focused on the basic description of brain damage, there is more about the cerebral stroke, the coordinated rehabilitation team, the role of the social worker. There is also described the burden that the social worker as a person in the helping profession may face and burnout syndrome as a possible consequence of this burden.

In the research part, the main objective was to find out what positives and negatives the social workers perceive in working with people after brain damage. This objective was completed through interviews with the social workers situated in České Budějovice. We can fully understand the extend of the social workers' work with people after brain damage thanks to the interviews.

In connection with the goal, research questions have been identified: What are the positive and negative aspects of social work related to work with patient after brain damage according to the subjective opinion of a social worker? Another one: What influences the perception of positives and negatives which the social workers experience during their work? A qualitative research strategy was used, a technique of interviewing with use of instructions was chosen for the interviews with fourteen social workers of the organizations, whose target group also includes people after brain damage. Data was processed in Atlas.ti 7.

The administration which is more and more demanding due to the legislation. That results in less time with client and more time with paperwork.

Finance – which is related to the funding of services, lack of resources for employee remuneration and the financial difficulty for clients.

Lack of qualified staff, time consuming activities that are closely tied to the extensive administration and the fact that social workers often work beyond their job responsibilities and competencies.

Non-cooperation of a client's family or lack of interest of family on the client, there is also the legislation, which is often in contradiction with practice according to interviews. The social workers have to follow the actual amendments of the law and that is time-consuming and exhausting, absence of follow-up organizations for patients after brain damage, lack of competencies/authority/information of social workers, insufficient motivation, lack of financial remuneration or lack of benefits for employees, conflicts with authorities, barriers that may occur during work of a social worker or insufficient resources.

The analysis also reveals that social workers subjectively perceive these positives during their work with patients after brain damage: client satisfaction, helping people, the good feeling after job well done, positive feedback, fulfilling job, positive in relation to the work environment.

The results of the thesis show that the positive aspects dominates over the negative ones. Work in a multidisciplinary team has been perceived positively amongst the social workers and beneficial for the clients and for the team.

This work will serve as a sub-part for the elaboration of complex outcomes of coordinated rehabilitation of patients after brain damage from the GAJU project. Research results will become part of the publication outputs from the above-mentioned project.



**Keywords:** social work, brain injury, positive aspects, negative aspects, multidisciplinary team

# Obsah

ABSTRAKT .....	4
ÚVOD .....	12
1. POŠKOZENÍ MOZKU .....	13
1.1 Cévní mozková příhoda .....	14
1.1.1 Rizikové faktory .....	14
2. KOORDINOVANÁ REHABILITACE .....	16
2.1 Multidisciplinární tým .....	17
2.1.1 Složení multidisciplinárního týmu .....	18
3. SOCIÁLNÍ PRÁCE S PACIENTEM PO POŠKOZENÍ MOZKU .....	21
3.1 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu .....	21
3.2 Navazující organizace .....	21
3.2.1.1 Komunitní centra .....	22
3.2.1.2 Sociální poradenství .....	22
3.2.1.3 Služby sociální péče .....	23
3.2.1.4 Služby sociální prevence .....	24
3.3 Příspěvek na péči .....	24
3.4 Zátěž sociálních pracovníků .....	25
3.4.1 Syndrom vyhoření .....	25
4. PRAKTICKÁ ČÁST .....	28
4.1 Cíl práce .....	28
Operacionalizace pojmů .....	31

Výzkumné otázky .....	32
5. METODIKA .....	33
5.1 Použité metody při sběru dat .....	33
5.2 Harmonogram výzkumu a analýza dat .....	33
5.3 Etická pravidla .....	35
5.4 Výzkumný soubor .....	36
6. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	37
NEGATIVA.....	37
POZITIVA .....	67
7. Diskuze .....	78
8. Závěr .....	83
9. Seznam literatury a použitých zdrojů .....	86
Seznam použitých zkratk .....	92
Seznam příloh .....	93

## ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na sociální práci s osobami po poškození mozku. Ať už je poškození mozku způsobeno onemocněním či úrazy, představuje problém v celé společnosti. Pokrytí navazujících organizací sociálních služeb a péče o osoby po poškození mozku i pro jejich rodiny je mnohdy obtížné především z hlediska dostupnosti, kvality či finanční náročnosti těchto služeb.

Důvodem pro zkoumání této problematiky byl předpoklad, že lidé po získaném poškození mozku a jejich rodiny narážejí na celou řadu úskalí také z hlediska návaznosti služeb, nebo i zapojení a spolupráce multidisciplinárního týmu.

Nejen rodiny se potýkají s mnohými překážkami v rámci navazujících organizací. Sociální pracovníci/pracovnice – jakožto pomáhající profese – mohou vnímat tlak a negativa jejich práce jak ze strany státu (legislativa, administrativní zátěž, finanční ohodnocení), tak ze strany organizace, v níž pracují, pacienta či jeho rodiny. To se může negativně odrážet i při jejich práci. Předmětem výzkumu je taktéž mapování pozitiv, která přináší práce sociálních pracovníků. Cílem zkoumání je dle subjektivních výpovědí sociálních pracovníků, kteří působí v navazujících organizacích pro pacienty po poškození mozku v Českých Budějovicích zmapovat, jaká vnímají pozitiva a negativa sociální práce u těchto pacientů, abychom si tak mohli komplexně představit obraz práce sociálního pracovníka s pacientem po poškození mozku.

Výsledky dané práce dále budou sloužit jako dílčí část pro sestavení komplexních výsledků koordinované rehabilitace u pacientů po poškození mozku z projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)". Tato práce může také přispět ke zlepšení informovanosti rodin lidí po poškození mozku o možnostech, návaznosti a dostupnosti služeb sociální péče.

Diplomová práce se skládá s teoretické a praktické části, v teoretické části jsou objasněny základní pojmy a informace, v praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumu.

## 1. POŠKOZENÍ MOZKU

Mozek je životně důležitý orgán, který je zodpovědný za individuální, mentální i intelektuální funkce člověka, jako jsou myšlení a paměť a až 80 % všech lidských orgánů je využíváno mozkem; jako orgán je jedinečný a je plně závislý na krevním zásobení, přerušení tohoto zásobení na 7-10 sekund může vést k nevratnému poškození postižené mozkové části (Feigin, 2007). K poškození mozku u člověka dochází za různých okolností, může se jednat o získané poškození v důsledku úrazu, vlivem onemocnění mozku nebo se jedná o vrozená postižení (Maršálek et al. 2011). Jak uvádí Powell (2010), termínem získané poškození mozku lze vysvětlit takové poškození, které není vrozené ani degenerativní; mezi tato získaná poškození mozku se řadí:

- cévní mozková příhoda
- infekce (meningitida nebo encefalitida)
- hypoxie – nedostatek kyslíku v mozku
- mozkové nádory
- neurotické poruchy
- úrazy hlavy

Úraz hlavy můžeme dělit na traumatické poškození mozku otevřeného (průnik lebkou do hlavy), nebo uzavřeného charakteru (následek prudkého úrazu). Poškození může vzniknout také v souvislosti s přerušением dodávky kyslíku, přenášeného do mozku krví (Čížková et al. 2011). Jak dále uvádí Powell (2010), poškození mozku může mít za následek řadu **fyzických následků** jako je například porucha hybnosti a koordinace pohybů, pro obnovení pohybových schopností pacienta je třeba procvičovat postupně jednotlivé pohybové dovednosti; důležitá je také správnost pořadí jednotlivých cviků. V této fázi je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem, který ukáže pacientovi pohyby a pozice a pomůže mu v jejich správném provedení. Jako další následek poškození mozku jsou Powellem (2007) dále uváděny poruchy rovnováhy a závratě (s tímto problémem může pacientovi opět pomoci fyzioterapeut). Dyspraxie, porucha smyslového vnímání, únava a vyčerpanost, bolesti hlavy, poruchy polykání a mluvení a v některých případech

i epilepsie nebo poruchy inkontinence moči a stolice. Je důležité také neopomíjet kognitivní následky poranění mozku. Mezi ty patří dle Powella (2010) především problémy s pamětí, s pozorností a schopností soustředit se, rychlostí rozhodovat se, problémy se schopností plánovat a organizovat, popřípadě řešit problémy, dále také s pochopením prostorové orientace a vizuálním vnímáním a se schopností užívat řeč (Powell, 2010).

## 1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda, nebo iktus či mozková mrtvice je akutní cévní poškození mozku, což je náhle vzniklé závažné postižení mozkových krevních cév (Feigin 2007). Cévní mozkové příhody postihují tkáň mozku velmi zásadním způsobem a můžeme je dělit na **ischemické** z nedokrvení a **hemoragické** z krvácení, které lze dělit na krvácení do mozku (intracerebrální) nebo do prostoru mezi tenkou blanou pavoučnicí a mozkiem (subdrachonoidální) (Kejklíčková, 2011). Je to urgentní stav, který vyžaduje přesnou diagnostiku a včasnou intervenci. (Seidl, 2008) pokud příznaky netrvají déle než 24 hodin, mluvíme o tzv. TIA= tranzitoní ischemické atace (Kölbel, 2011).

### 1.1.1 Rizikové faktory

Jak Fergin (2007) ve své knize uvádí, je mnoho případů, kdy cévní mozková příhoda vzniká jako kombinace medicínských faktorů jako je například vysoký krevní tlak, hypertenze, diabetes apod. a příčin návykových jako je například kouření; udává se, že až 85% CMP lze předejít kontrolou těchto rizikových faktorů a to buď pomocí léčebných prostředků, nebo změnou životního stylu, jsou však rizikové faktory, kterým předejít nelze. Mezi tyto neovlivnitelné rizikové faktory patří například věk nebo dědičné dispozice; někteří autoři Seidl (2015) a Kejklíčková, (2011) uvádí mezi neovlivnitelné rizikové faktory i rasu či pohlaví.

Mezi medicínské rizikové faktory ve své knize (Fergin, 2007) řadí tyto faktory:

- Hypertenze
- Vysoká hladina tuku v krvi
- Ateroskleróza

- Různé srdeční poruchy
- Genetické faktory
- Migrény

Mnohé z těchto faktorů se vzájemně ovlivňují, jeden může zesilovat účinek jiného a obráceně; riziko vzniku cévní mozkové příhody se zvyšuje počtem rizikových faktorů. Většina z nich je však ovlivnitelná a dá se jim předejít (Feigin, 2007). Návykové rizikové faktory vyplývají z životního stylu člověka a řadí se mezi ně kouření, špatná životospráva, nesprávná strava, stres, nedostatek spánku, nedostatek pohybu, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog či hormonální antikoncepce apod. (Feigin, 2007). Dle Kejklíčkové (2011) zvyšuje kouření riziko vzniku CMP až čtyřikrát. Jako další rizikové faktory také Kejklíčková (2011) uvádí deprese, nadváhu nebo například substituční hormonální terapii v menopauze, osoby po úrazu krku nebo po nesprávně provedené chiropraktické manipulaci s krční páteří.

Péče o pacienta s poškozením mozku v důsledku cévní mozkové příhody i jiného poškození mozku by měla být provázaná. K provázanosti péče může být prospěšné využití multidisciplinárního týmu odborníků, kterému se budu věnovat v následující kapitole. Tým spolupracujících odborných složek může zajistit komplexní a efektivní péči pacientovi a zároveň i jeho rodině.

## **2. KOORDINOVANÁ REHABILITACE**

Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, které směřují k co nejrychlejší resocializaci osoby s restringovanou participací, řídí se zakládacími principy jako je včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost; dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost (Čeledová, Holčík, 2017); jak uvádí Švestková et al. (2017), koordinovaná rehabilitace je souvislá a komplexní činnost, která je uskutečňována prostřednictvím rehabilitačních nástrojů, které mají v co největší možné míře zmírnit přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého stavu, které omezují nebo znemožňují plnohodnotné začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti, cílem je umožnit těmto osobám dosáhnout nebo udržet optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a zároveň jim poskytnout prostředky a podporu pro dosažení co nejvyšší míry nezávislosti; Arnoldová (2015) také uvádí, že koordinovaná rehabilitace (může být označována i jako komprehenzivní rehabilitace) je léčba osob s postižením do které jsou zapojeny interdisciplinární (multidisciplinární) terapeutické přístupy, které zahrnují nejen zdravotnickou péči ale též sociálněprávní a pedagogicko-psychologickou, případně ekonomickou a technickou, jejichž cílem je integrace rehabilitovaného a jeho plná účast ve společnosti.



## 2.1 Multidisciplinární tým

Následující kapitola je věnována multidisciplinárnímu týmu, seznámení s jeho funkcemi a profesemi, které tým tvoří, obrazem spolupráce mezi jednotlivými složkami týmu a pozitivy, které spolupráce odborníků přináší pacientovi, rodině i systému péče obecně. Multidisciplinární tým definuje Solheim (2007) víceoborové zastoupení členů týmu, kteří mají specifické role. Často se ale stává, že tito odborníci mají odlišné priority, a tudíž nedostatečně spolupracují. Nedaří se pak sladit jednotnou intervenci v péči o pacienta a toto pak následně vede k menší efektivitě týmu (Solheim, 2007). Stejný požadavek pro funkčnost multidisciplinárního týmu uvádí i Jankovský (2015) v článku publikovaném v Sešitu sociální práce:

*„Má-li být úspěšně vybudován multidisciplinární tým, který je schopen kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce, je zapotřebí definovat vedle jeho cílů především základní principy činnosti (jakási ideová východiska), s nimiž by se mohli (a také měli) všichni členové týmu identifikovat“* (Jankovský, 2015, s. 8).

Výsledky v multidisciplinárním týmu pak přináší zejména týmová dynamika a spolupráce jednotlivých odborných složek týmu (Kuzníková et al. 2011). Multidisciplinární tým rozhodne, kdy bude zahájena rehabilitace. Ta by měla být zahájena ihned, jakmile to zdravotní stav pacienta dovolí; v některých případech lze rehabilitaci pacienta zahájit v prvních 24 hodinách po iktu, jindy je rehabilitace zahájena v následujících dnech či týdnech (Feigin, 2007). Rehabilitace začíná v nemocnici, nejdříve na iktové jednotce nebo jiné, oddělení, poté ve specializovaném rehabilitačním centru nebo oddělení; tím však rehabilitace pacienta nekončí, pokračuje i po propuštění pacienta z nemocnice, a to buď ve specializovaných ambulantních centrech, nebo doma; cílem rehabilitace je obnovit soběstačnost do co nejvyšší míry nebo co nejvíce omezit závislost pacienta na péči jiné osoby (Feigin, 2007).

Co se týká terminologie, je používán termín multidisciplinární tým, ale dle jedné z nejaktuálnějších změn v současné rehabilitační terminologii, který pochází z USA, je

nahrazen termín multidisciplinární termínem intraprofesní (interprofessional), který by měl lépe vystihovat nezbytnost spolupráce zdravotnických i nezdravotnických profesí (Švestková, 2017).

### 2.1.1 Složení multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární tým by měl zahrnovat odborníky ze složek zdravotní péče, sociální péče i ošetrovatelství. Tento tým za pomoci individuálního plánu pacienta rozvrhne rozsah a obsah péče, který bude pacientovi poskytován (Srbová, 2015). Tým zpravidla tvoří:

- **Sociální pracovník** – vykonává sociální šetření a sociální agendu, poradenství v oblasti dávek a sociálních služeb, depistážní činnost apod. (Srbová, 2015) Roli sociálního pracovníka v péči o pacienta po poškození mozku se budu věnovat v následující kapitole.
- **Lékař** – určí diagnózu, navrhne léčbu (Feigin, 2007). Během pacientova pobytu v nemocnici provádí vyšetření a předepisuje medikaci (Powell, 2010)
- **Fyzioterapeut** – pomáhá pacientovi obnovit schopnost používat svaly a klouby, pomáhá mu individuálně sestavovat efektivní cviky i jejich pořadí pro co největší možný návrat pacienta do původní fyzické kondice, pomáhá s nácvikem dovedností jako je například chůze s chodítkem, technika zvedání se či přesouvání z invalidního vozíku, cvičí s pacientem jemnou motoriku a sestavuje cviky na míru zdravotnímu stavu individuálně pro každého pacienta (Powell, 2010). Fyzioterapeut rovněž pomáhá pacientovi řešit problémy s rovnováhou, hodnotí rozsah pohybů v kloubech a udržuje součinnost hrudníku s dýcháním; může pacientovi zajistit i kompenzační pomůcky jako je například kolečkové křeslo, pomůcky k chůzi, podpůrné dlahy, speciální židli atp. (Feigin,2007) sestavení vhodného rehabilitačního plánu vyžaduje dobrou znalost jednotlivých

příznaků a schopnost posoudit jejich vliv na funkční dovednosti pacienta v jeho běžném životě je důležité subjektivní hodnocení pacienta, ten některé příznaky nemusí vnímat jako limitující (Hoskovcová et al, 2014).

- **Ergoterapeut** – ergoterapeut má v péči o pacienta důležitou roli, a to především v první fázi rehabilitace; stará se o to, aby se pacient snažil vykonávat činnosti samostatně a bez nutnosti pomoci jiné osoby (Powell, 2010). Jak ve své knize uvádí Feigin (2007), ergoterapeut musí nejdříve zhodnotit pacientovy schopnosti vykonávat každodenní aktivity jako je například hygiena, toaleta, oblékání se; během hospitalizace pacienta i po jeho propuštění do domácího prostředí; zároveň má za úkol poučit pacienta i rodinné příslušníky či ošetřovatele o nejbezpečnějším způsobu, jak tyto činnosti vykonávat a doporučit vhodné vybavení či pomůcky pro co největší usnadnění vykonávání těchto činností; ergoterapeut se také může podílet na hodnocení paměti, myšlenkových funkcí či vnímání po iktu.
- **Logoped** – úloha logopeda nespočívá pouze v pomoci obnovené komunikačních dovedností pacienta, ale také v podílení se na hodnocení pacientovy schopnosti polykat bezpečně jídlo a tekutiny (Feigin, 2007). Pomáhá rovněž pacientovi s mluvenou i psanou komunikací; má zkušenosti s komunikačními pomůckami a může pacientovi navrhnout vhodná cvičení a efektivní trénink, které mohou pomoci k obnově původní komunikační funkce (Powell, 2010). Jak ve své knize též uvádí Kejkličková (2011), důležitá je nejen práce s pacientem, ale i úzká spolupráce s ostatními složkami multidisciplinárního týmu, který o pacienta pečuje, i s pacientovou rodinou, ti by měli být seznámeni s diagnózou i prognózou pacientova zdravotního stavu, o finančních příspěvcích, úlevách ze zaměstnání i možnostech pečovatelské služby; důležitá součást práce logopeda je i instruktáž rodiny o možnostech využívání logopedických kompenzačních pomůcek včetně možnosti získání finančního příspěvku na jejich pořízení.

- **Psycholog** – lidé po cévní mozkové příhodě často trpí depresemi a úzkostmi, mohou pociťovat agresi či častou změnu nálad, negativně se na psychice pacienta může projevit i pobyt v nemocnici; zvládnout tyto obtížné situace může pacientovi pomoci psycholog, ten může skrze vyšetření odhalit i pacientovu motivaci uzdravit se (Kalvach, 2010).

### **3. SOCIÁLNÍ PRÁCE S PACIENTEM PO POŠKOZENÍ MOZKU**

V této kapitole se budu věnovat přímo sociální práci s pacientem po poškození mozku. Obsahem této kapitoly bude, jak jsem již zmínila v kapitole předešlé, úloha sociálního pracovníka v rehabilitačním týmu, dále navazující organizace sociálních služeb a jejich legislativní vymezení a přístupům, teoriím a metodám, které jsou používány u pacientů po poškození mozku.

#### **3.1 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu**

Sociální pracovník je jednou z odborných složek multidisciplinárního týmu; může pomoci pacientovi zvládnout emocionální a sociální důsledky jeho onemocnění, měl by mít přehled ve službách a návazných organizacích při poskytování poradenství klientovi i jeho rodině (Feigin, 2007). Na klienta a jeho situaci nenahlíží jen na základě klientovy diagnózy ale také v závislosti na prostředí či komunitě, kde klient žije; je důležité, aby sociální pracovník vnímal klienta komplexně a individuálně; zároveň funguje jako facilitátor a hledá nevyužité zdroje, motivuje pacienta a podněcuje ho ke zlepšování jeho fyzické i psychické kondice (Čípková, 2015). Sociální pracovník má také za úkol sestavovat tzv. individuální plán péče o pacienta, který je k dispozici všem členům multidisciplinárního týmu; musí mít přehled o navazujících službách pro klienty a poskytovat sociálně právní poradenství; úkolem sociálního pracovníka může být i zajištění následné rehabilitační služby pacienta po propuštění z nemocnice (Pfeifer et al., 2014).

#### **3.2 Navazující organizace**

V současné době existuje celá řada občanských sdružení, které pomáhají pacientům i jejich rodinám v řešení jejich změněné životní situace. Poskytují nejenom možnost další rehabilitace, popř. rekondičních pobytů, ale mnohdy i psychologické, sociální, pracovní a právní poradenství (Feigin, 2007).

### **3.2.1.1 Komunitní centra**

Komunitní centra by měla mít koordinační a zprostředkovatelskou roli v oblasti poskytování komunitních služeb a péče; pod fungováním komunitních center jsou k dispozici tzv. mobilní komunitní týmy. Členové mobilních komunitních týmů (2 sociální pracovníci, 1 psycholog, 2 ergoterapeuti) jsou vyškoleni v problematice poškození mozku, jejich úkolem by byla zejména přímá podpora uživatelů a zprostředkování vhodných návazných služeb v terénu i v prostorách centra (Maršálek et al., 2011).

Mobilní komunitní týmy poskytují zejména tyto služby:

- pomoc s řešením sociálních situací/problémů/příspěvků atp.,
- informační a poradenský servis,
- individuální/skupinovou/rodinnou podporu nebo psychoterapii,
- podporu v zajištění volnočasových aktivit (Maršálek et al., 2011).

V rámci komunity by měly fungovat služby na podporu sociálního fungování (programy sociální rehabilitace, sociálně aktivizační programy, denní a týdenní stacionáře), služby pro podporu v oblasti bydlení (chráněné bydlení, podporované bydlení, tréninkové bydlení) a služby pro podporu práce a zaměstnání (tranzitní programy, podporované zaměstnávání, sociální firmy, chráněné dílny a chráněná pracovní místa) (Maršálek et al., 2011).

### **3.2.1.2 Sociální poradenství**

*„pomoc, kdy se klient na základě nabídky, rad, návodů, nápadů a námětů aktivně rozhoduje, jak využít a rozvinout vlastní možnosti při řešení situace. Poradce pomáhá nacházet nejpříjemnější způsoby zvládnutí situace jako spolutvůrce rad.“* (Špatenková 2004, s95).

Služba sociálního poradenství je dle zákona 108/2006 O sociálních službách rozdělena na:

- základní sociální poradenství, které poskytuje osobám potřebné informace, které napomáhají k řešení zatěžující životní situace
- odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin např. v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách v poradnách pro seniory apod. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Mezi další činnosti, které služba poskytuje, patří sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, či zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (§ 37 zákona č. 108/2006., o sociálních službách). Doplnující je také definice Matouška (2003), který píše:

*„Instituce, které poskytují odbornou pomoc, zahrnují pracovníky mnoha profesí. Jsou to především sociální pracovníci, dále psychologové, psychiatři, speciální pedagogové a sociologové. V mnoha případech to mohou být také lékaři nejrůznějších odborností, právníci apod.“* (Matoušek 2003, s84).

### **3.2.1.3 Služby sociální péče**

*„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“* (§ 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Mezi tyto služby je dle zákona možno zařadit osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (Matoušek, 2008).

### 3.2.1.4 Služby sociální prevence

Definici o sociální prevenci nabízí Matoušek (2008), který píše, že je to kategorie definovaná v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, jejíž hlavním cílem je poskytnout službu, zabraňující sociálnímu vyloučení ohrožených osob. Jsou to osoby, které se ocitli v krizové sociální situaci, žijí v sociálně znevýhodněném prostředí nebo jsou ohroženy životními návyky. „*Jde o služby jako: telefonická krizová pomoc, raná péče, azylové domy, kontaktní centra, sociálně aktivační služby pro rodiny, služby následné péče apod.*“ (Matoušek 2008, s. 191).

### 3.3 Příspěvek na péči

Důležitou formou podpory ze strany státu je příspěvek na péči, který upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v jeho druhé části. „*Jde o dávku poskytovanou podle z. 108/2006 osobám, které jsou závislé na péči jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Předpokládá se, že žadatelem je osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.*“ (Matoušek 2008, s. 162).

Jak dále Matoušek (2007) uvádí, stupeň závislosti je posouzen podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat a tento příspěvek náleží osobě, která je v důsledku svého zdravotního stavu závislá na péči jiné osoby při zvládnutí běžných úkonů. Této osobě je pak poskytován finanční příspěvek z veřejného rozpočtu.

Osobě, která je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu hodnocena jako osoba, jež potřebuje od jiné osoby pomoc při zvládnutí běžných životních úkonů, bude přidělován určitý finanční příspěvek z veřejného rozpočtu a bude pak na rozhodnutí příjemce, jak tento příspěvek použije a které služby a od jakého subjektu si za něho „koupí“ (Matoušek, 2007).



### **3.4 Zátěž sociálních pracovníků**

Vztah je třeba navázat se všemi klienty či pacienty, ne vždy a ve všichni klienti však sdílejí se sociálním pracovníkem vzájemné sympatie; v tom případě je třeba zapojit profesionalitu a vůli a překonávat úskalí, aby vztah fungoval, což je citově velmi náročné (Venglářová, 2006).

Jak píše Stock (2010), klienti kladou vysoké nároky na kvalitu poskytovaných služeb, flexibilitu a rychlost, k tomu lze přičíst mnohdy značně regulativní prostředí zejména v pomáhajících profesích, od nichž úřady a vyžadují stálý přísun nejrůznějších dat, formulářů a oficiálních zpráv; zvýšená pracovní zátěž patří mezi rizikové faktory, v momentě, kdy naše nároky na sebe samé překročí mýtů toho, co dokážeme zvládnout, zažíváme stres. Dle Venglářové (2006) je při práci s klienty nebo pacienty personál vystaven mnoha zátěžovým situacím, může dojít k nahromadění faktorů, které ovlivní vznik syndromu vyhoření, jemuž se budu blíže věnovat v následující kapitole.

#### **3.4.1 Syndrom vyhoření**

Jak píše Paulík (2010), syndrom vyhoření patří k negativním důsledkům intenzivního nebo dlouhodobého rozporu mezi kladenými nároky a adaptabilitou člověka zejména v emocionální rovině. Větší riziko je dle Matouška (2003) u lidí, kteří mají intenzivní a dlouhodobý kontakt s klienty, u lidí pracujících původně s vysokým nasazením, idealistických, velmi obětavých, málo asertivních, soutěživých, perfekcionistických neschopných relaxace, zatížených navíc mimopracovními náročnými událostmi, žijících pod časovým tlakem, málo sebevědomých, úzkostných, depresivně laděných, považujících svou profesi za společensky podceňovanou, riziko je nižší u lidí s dobrým sociálním zázemím, asertivních, schopných organizovat svůj čas, ovlivňujících charakter a pestrost své práce, optimistických a spokojených se svým životem, vrozeně odolných. Je také důležité říci, že vyhoření není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, ale objevuje se spíše jako pozvolné psychické vyčerpání, jako dlouhodobé působení stresujících podnětů (Novák, 2010). Dle Hawkinse (2016) je důležité zmínit,

že vyhořením je třeba zabývat se dřív, než k němu dojde. To znamená zamyslet se nad svou stínovou motivací k práci v pomáhajících profesích; sledovat své vlastní příznaky stresu a vytvářet si zdravý systém podpory; postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího; tato porucha postihuje zejména lidi, od nichž se v práci vyžaduje vysoká míra pracovního nasazení a vcítění, a to bez ohledu na konkrétní činnost (Kallwass, 2007).

Jak dále píše Hawkins (2016), dává se velmi často do spojitosti právě s pomáhajícími profesemi, kde je člověk v přímém kontaktu s klientem; je to psychologický následek mnohaleté profesionální práce s náročnými klienty a stal se v pomáhajících profesích obdobou toho, co britská armáda nazývala „poválečnou depresí“ a Američané „únavou z boje“; čemu generace našich rodičů říkala „nervy“ a co nynější generace nazývá „depresí“. Jde o slovní obraty, které jsou jiným pojmenováním pro „nezvládnutí“. Vyhoření je proces, který často začíná už velmi záhy v průběhu kariéry pomáhajícího. Jeho semínka mohou být dokonce obsažena v hodnotových systémech mnoha pomáhajících profesí a v osobnostech těch, které tyto profese přitahují (Hawkins, 2004); V mnoha směrech zasahuje do života osobního i pracovního. Karel Hájek (2012) charakterizuje syndrom vyhoření jako postupný proces vyčerpání, který postupně zasahuje všechny oblasti života a přerůstá v depresi nebo je kompenzován na úkor svého okolí, včetně klientů. Jedná se vlastně o soubor příznaků vyskytující se u pracovníků pomáhajících profesí, odvozovaný z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi; je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocitem beznaděje, obavami, případně i zlostí; pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, klesá i sebevědomí, chování ke klientům je patrně zvětšující se odstup, důraz na pravidla a disciplínu, na formální stránky program, na racionalitu, někdy i na výslovně odmítavé nebo na negativní postoje (Matoušek, 2003).

### **Prevence syndromu vyhoření**

Jak uvádí Kelnarová, Matějková (2010), prevence je jedna z nejdůležitějších pilířů předcházení syndromu vyhoření, velmi důležitá je osvěta a informovanost především v profesích, které jsou náročné po stránce psychické a emocionální, protože informovaný

člověk může sám na sobě pozorovat příznaky syndromu a včas tak zasáhnout. Prevencí vyhoření je tedy už jenom samotná znalost této problematiky – uvědomuje-li si pracovník reálné nebezpečí tohoto jevu, může mu cílenými aktivitami předejít (Špačková 2011). A pokud pracovník ví, jaké faktory působí při vzniku, může se lépe chránit; další poznatek, který potvrzuje i pozorování rozvoje a supervizí je, že ten, kdo se může profesionálně vyvíjet, nevyhoří (Praško, 2003).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.5 Cíl práce**

Cílem diplomové práce bylo dle subjektivních výpovědí sociálních pracovníků, kteří působí v navazujících organizacích pro pacienty po poškození mozku v Českých Budějovicích zmapovat, jaká vnímají pozitiva a negativa sociální práce u těchto pacientů, aby bylo možné si komplexně představit obraz práce sociálního pracovníka s pacientem po poškození mozku.

Výstupem tohoto zkoumání je zmapování negativ i zmapování pozitiv, které vnímají sociální pracovníci při práci s klienty po poškození mozku. Výsledky dané jsou součástí komplexních výsledků koordinované rehabilitace u pacientů po poškození mozku z projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)".

### **Projekt GAJU „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ (reg. č. GAJU 138/2016/S)**

Projekt vznikl v roce 2016 pod vedením doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové Ph.D. V projektu jsou stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit kvalitu života pacientů po poškození mozku. Druhým cílem bylo zapojit do řešení zdravotní a sociální situace multidisciplinární tým, který bude komplexně posuzovat situaci pacienta po poškození mozku, navrhnout řešení a realizovat ho ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou (popřípadě dalšími institucemi). V rámci projektu byly v současné době zpracovávány další čtyři diplomové práce: Potřeby rodin pacientů po poškození mozku, Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu, Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích, Potřeby pacientů po poškození mozku a tři disertační práce s názvem Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku, Problematika

návratu do zaměstnání u pacientů po poškození mozku – z fyzioterapeutického, ergoterapeutického a sociálního hlediska a Potřeby pacientů a jejich rodin po získaném poškození mozku z pohledu koordinované rehabilitace. První dílčí výsledky byly publikovány na konferenci SGEM ve Vídni. Článek *Coordinated Rehabilitation of Patients after Brain Damage - First Study Results* je zatím dostupný ve sborníku z konference, další dílčí výsledky byly prezentovány na téže konferenci v roce 2018 (viz. Přílohy č. 3, 4)

- MANDÁTOVÁ, K., VACKOVA J., BARTOVA M., PRASKOVA A., MATEJKOVA A. *POSITIVE AND NEGATIVE ASPECTS OF SOCIAL WORK WITH PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL WORKER*. In: 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, [www.sgemvienna.org](http://www.sgemvienna.org), SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19–21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 691-698 pp, DOI:10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.088.
- BARTOVA, J. VACKOVA, K. MANDATOVA, A. PRASKOVA, A. MATEJKOVA. *NEEDS OF FAMILIES OF PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, [www.sgemvienna.org](http://www.sgemvienna.org), SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19–21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 669-676 pp, DOI:10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.085
- A. PRASKOVA, J. VACKOVA, A. MATEJKOVA, K. PECHOUSKOVA, M. BENDOVA. *COORDINATED REHABILITATION AND ITS IMPLEMENTATION IN ORGANIZATIONS WORKING WITH PERSONS AFTER ACQUIRED BRAIN DAMAGE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, [www.sgemvienna.org](http://www.sgemvienna.org), SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN

978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19–21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1;  
595-602 pp, DOI: 10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.075

- A. MATEJKOVA, J. VACKOVA, A. PRASKOVA, E. HANZALOVA, J. JIRKOVA. *COORDINATED REHABILITATION FROM PATIENT'S PERSPECTIVE AFTER BRAIN DAMAGE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, www.sgemvienna.org, SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19–21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 603-610 pp, DOI: 10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.076.
  
- K. PECHOUSKOVA, J. VACKOVA, A. KRULOVA, A. MATEJKOVA, A. PRASKOVA. *PATIENTS' NEEDS AFTER BRAIN STROKE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, www.sgemvienna.org, SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19 - 21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 683-690 pp, DOI: 10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.087 Patients' Needs After Brain Stroke.

## ***Operacionalizace pojmů***

### **Pacient/Klient**

V diplomové práci – teoretické části – je nahrazen pojem klient pojmem pacient. K tomuto kroku bylo přistoupeno proto, že na základě zpracování diplomové práce na základě projektu GAJU s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ je pacientem v této diplomové práci označován jedinec, který prodělal cévní mozkovou příhodu a byl vybrán na základě kritérií. Vzhledem k předmětu výzkumu diplomové práce je však v souvislosti na výpovědi pracovníků termín pacient nahrazen termínem klient.

### **CMP**

Cévní mozková příhoda (viz kapitola 1.1.) Cévní mozková příhoda vzniká přerušением zásobování mozku krví, k čemuž dochází buď ucpáním tepny přivádějící krev do mozku, nebo jejím prasknutím (WHO, 2004).

### **Sociální pracovník**

Zákon 108/2006. Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů definuje sociálního pracovníka pomocí činností, které vykonává: sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

### ***Výzkumné otázky***

V souvislosti s cílem byly stanoveny výzkumné otázky:

Jaká jsou dle subjektivního názoru sociálního pracovníka pozitiva a negativa sociální práce u pacienta po poškození mozku?

Co je příčinou pozitiv a negativ, které sociální pracovník při své práci vnímá?



## **4. METODIKA**

V této části práce je popsána metodologie, ze které bylo vycházeno při výzkumu, jsou zde uvedeny metody a techniky sběru dat, které jsem použila při výzkumu, harmonogram výzkumu a způsob analýzy dat. Součástí je i charakteristika výzkumného souboru.

### **4.1 Použité metody při sběru dat**

Byla použita kvalitativní výzkumná strategie, technika rozhovoru pomocí návodu u sociálních pracovníků z navazujících organizací na Českobudějovicku, do jejichž cílové skupiny mohou patřit i osoby po poškození mozku. Data byla zpracovávána v programu Atlas.ti 7.

Rozhovor pomocí návodu obsahuje seznam otázek nebo témat, jakýsi návod, který je potřeba probrat, ale nechává na samotném tazateli, jakým způsobem, či v jakém pořadí dané informace získá (Hendl, 2015).

K zaznamenávání výpovědí byl použit diktafon vyjma případů, kdy si tázaný nepřál, aby bylo nahrávací zařízení použito. V takovém případě je využito formy terénních poznámek, které byly zapisovány přímo v průběhu rozhovoru nebo bezprostředně po něm. Nemusí se tedy v některých případech jednat o doslovný přepis rozhovoru.

### **4.2 Harmonogram výzkumu a analýza dat**

Sběr dat probíhal v rámci projektu dle časových možností sociálních pracovníků. V rámci mé diplomové práce jsou zpracována data do konce roku 2017. ucelené výsledky budou zpracovány v rámci publikační činnosti projektu.

Všichni tázaní pracovníci byli před výzkumem seznámeni s cíli projektu a byli oslovováni pomocí průvodního dopisu s informacemi o projektu, který je obsažen

v příloze č. 2, kde byli požádáni o spolupráci v projektu a o poskytnutí rozhovoru se sociálním pracovníkem.

Tímto způsobem byly osloveny všechny organizace dle registru poskytovatelů sociálních služeb a dle Průvodce sociální oblastí města České Budějovice (zpracovatelé: Odbor sociálních věcí, oddělení sociální pomoci; Vydal: Odbor sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice 2016, 2017), jednalo se tedy o totální výběr. Bylo osloveno celkem 28 organizací, se spoluprací však souhlasilo pouze 14 sociálních pracovníků z navazujících organizací, jejichž cílová skupina zahrnuje pacienty po poškození mozku.

Výzkum v navazujících organizacích byl v projektu velmi prospěšný především pro získání informací a potřebných kontaktů v organizacích. Díky nim jsme v rámci působení v multidisciplinárním týmu mohli pacientům poskytovat komplexní a kvalitní poradenství, případně zprostředkovat kontakt klienta s danou organizací či přímo se sociálním pracovníkem.

Analýza dat z rozhovorů pomocí axiálního kódování v programu Atlas.ti7. Jak uvádí Hendl (2015), v průběhu axiálního kódování se berou do úvahy důsledky, interakce, podmínky příčiny strategie i procesy a tvoří propojení jednotlivých kategorií, toto kódování má stimulovat propojení konceptů a témat, mohou při něm také vznikat nové otázky. Toto kódování je vždy subjektivní a je ovlivněno mnoha proměnnými, například výzkumníkem či cíli výzkumu (Toušek, 2011).

Kódy vznikaly na základě otázek, které byly k výzkumu použity. Nejprve byly rozhovory pročitány a kódovány dle témat, hlavní kódy byly v další fázi kódování rozčleněny do kategorií a byly mezi nimi hledány vztahy. Následně byly tvořeny mapy, ze kterých jsou tyto vztahy patrné.

### **4.3 Etická pravidla**

Výzkum probíhal v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Z důvodu zachování anonymity byli komunikační partneři označeni čísly 1 – 14. Jak ve své knize též uvádí Disman (2011), anonymita výzkumu, nebo spíše ujištění o anonymitě, hraje u komunikačních partnerů při výzkumu velmi významnou roli, neboť anonymita výzkumu a respektování anonymity je jedním ze základních požadavků výzkumné etiky.

#### 4.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 14 sociálních pracovníků z navazujících organizací z okresu České Budějovice, jejichž cílová skupina zahrnuje i pacienty po poškození mozku, kteří souhlasili s účastí na projektu GAJU s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů po poškození mozku“.

Tabulka 1: Informace o sociálních pracovnících

Sociální pracovník	let	Délka praxe
1	56	11
2		16
3	32	6
4	23	1 měsíc jako sociální pracovník. Předchozí zaměstnání rehabilitační sestra
5	45	23
6	47	9
7	33	3 měsíce jako sociální pracovník. Předchozí zaměstnání učitelka
8	39	13
9	Nebylo uvedeno	10
10	45	12
11	37	12
12	45	6
13	30	5
14	29	2,5
15	43	20

## 5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

### *NEGATIVA*

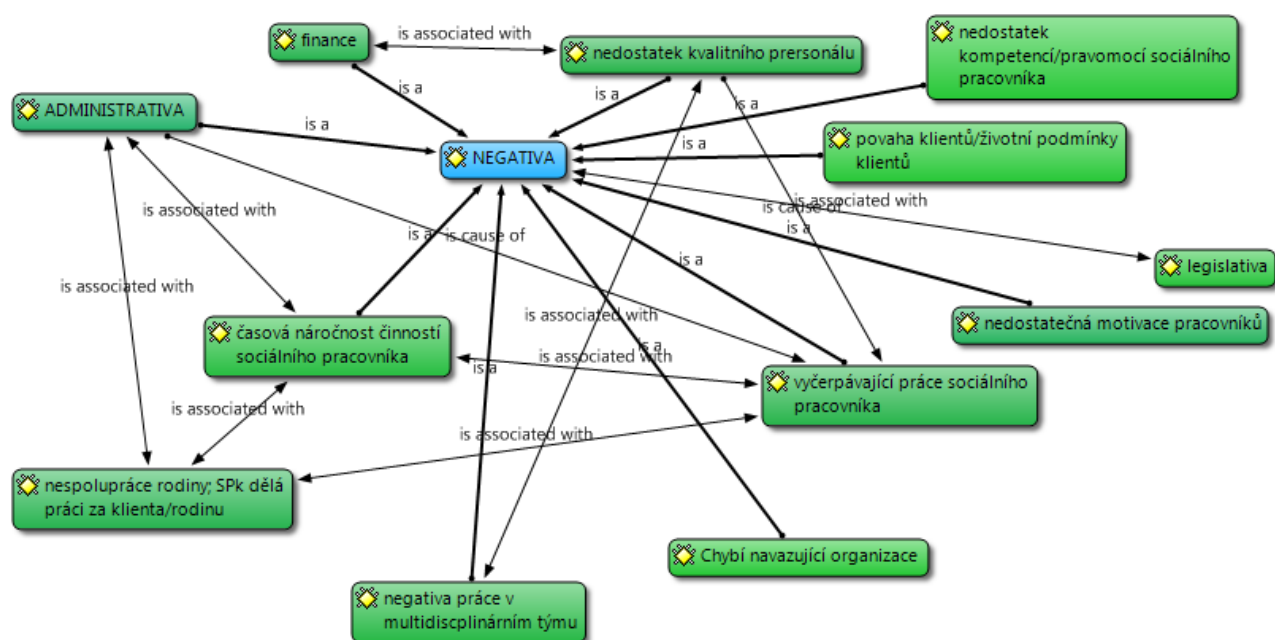
Z analýzy výsledků vyplynulo, že sociální pracovníci subjektivně vnímají při práci s pacienty po poškození mozku tato negativa:

- administrativa
- finance
- nedostatek kvalitního personálu
- časová náročnost činností
- nespolupráce rodiny
- legislativa
- absence navazujících organizací pro pacienty po poškození mozku
- nedostatek kompetencí/pravomocí/informací
- nedostatečná motivace
- negativa práce v multidisciplinárním týmu

Co se týká negativ, které sociální pracovníci při práci pocítují, jedná se o velmi širokou škálu výpovědí, která je zapříčiněna především různorodostí navazujících organizací. Výpovědi poskytli jak pracovníci v terénních službách, tak pracovníci v ambulantních a pobytových službách. Práce těchto pracovníků je tudíž různorodá, proto se liší i vnímání negativ v souvislosti s výkonem profese.

Z výsledků výzkumu taktéž vyplývá, že sociální pracovníci uváděli více negativ, která tedy početně převažují nad pozitivy – avšak tento výzkum nebyl veden kvantitativní výzkumnou strategií – u počtu 14 to nemusí být relevantní. Přesto toto zjištění zmiňuji jako podklad pro další výzkum, kde by uvedené zjištění bylo vhodné ověřit.

Obrázek 1: Negativa, která sociální pracovníci při své práci vnímají



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

## ADMINISTRATIVA

Jako jedno z nejčastěji zmiňovaných negativ uvedli sociální pracovníci **administrativní zátěž**. Ta je zmiňována jako největší překážka v práci sociálního pracovníka. Jako taková je dle některých výpovědí příčinou pocitu zoufalství.

*„...je to o tom, že (sociální pracovník – pozn. tazatele) se často stává administrativním pracovníkem, což je zoufalství. Protože tý administrativy je tolik, opravdu tolik, že vás to k tý kancelářský židli přivazuje...“ (6)*

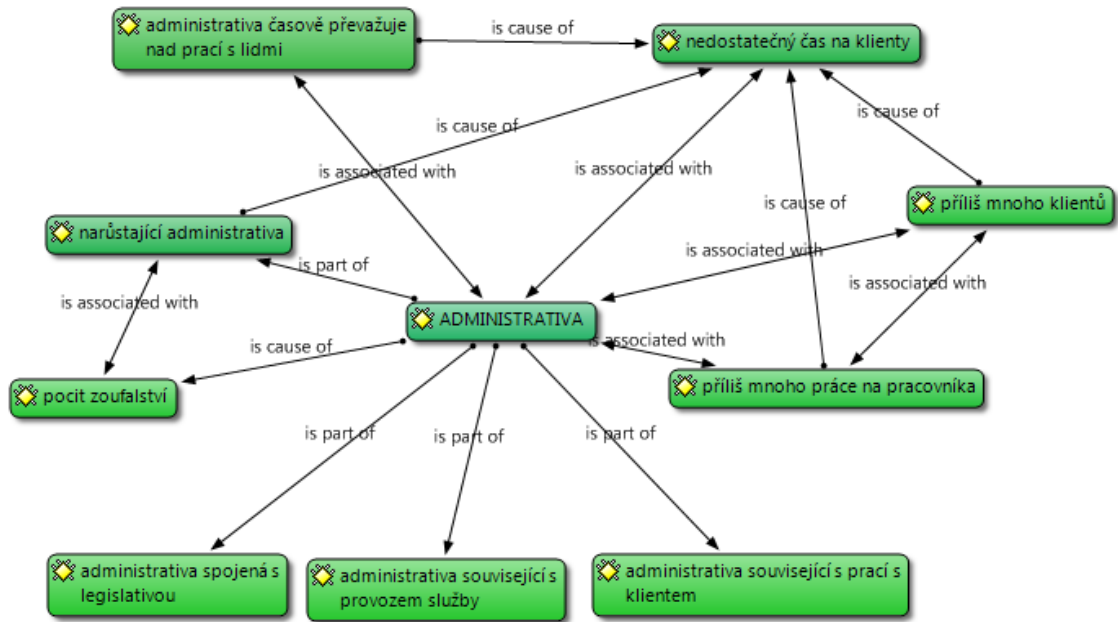
V průměru administrativy se odráží nedostatečný čas na klienty a z výzkumu také vyplývá, že administrativní práce často časově převažuje nad prací s klienty, na které v důsledku administrativy nemá sociální pracovník dostatečný čas.

*„... nabalující se administrativa. Čím dál tím méně času jít za těma lidma a třeba si s nima popovídat.“ (8)*

*„...že bych se jim (klientům – pozn. tazatele) zase tolik věnovala, to zase bohužel není, protože se řeší to papírování. Takže vyřídím žádosti a celý den dělám nějaký papíry.“(11)*

*„...já tady totiž nestrávím s tím uživatelem tolik času, tady se dělá hlavně ta administrativa, tomu se věnuje nejvíce času.“(11)*

Obrázek 2: Administrativa související s povoláním sociálního pracovníka



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

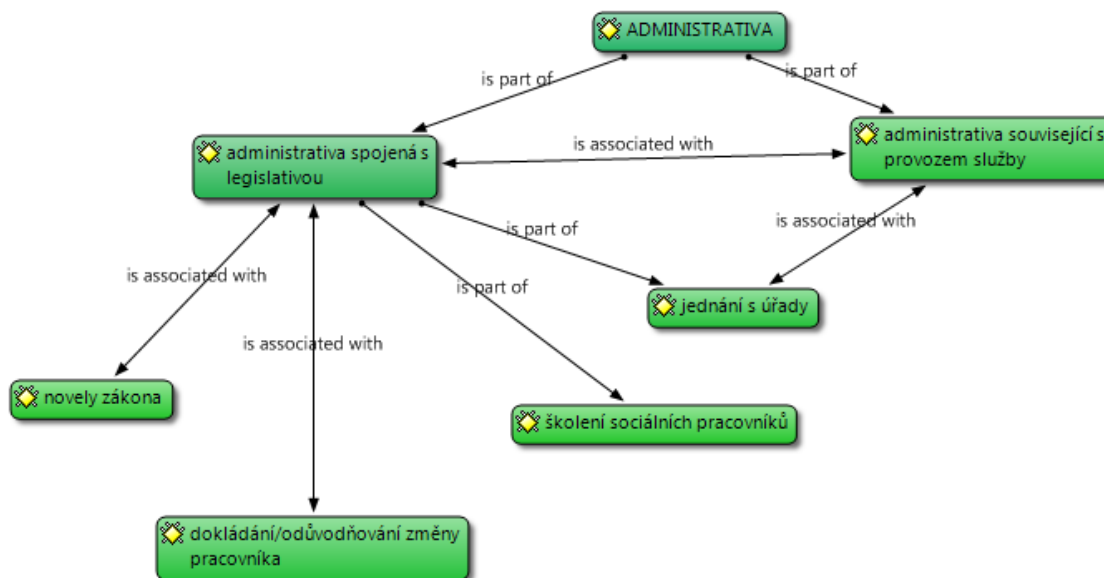
Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou (překlad autorka DP)

Administrativa sociálního pracovníka stále narůstá a to je dle výpovědí způsobeno nejčastěji přemírou klientů nebo přemírou práce na sociálního pracovníka. Dále narůstá také administrativa, která se váže k legislativě, administrativa související s provozem služby a také administrativa související s prací s klientem.



## Administrativa spojená s legislativou

Obrázek 3: Administrativa spojená s legislativou



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou (překlad autorka DP)

Pojmem „administrativa spojená s legislativou“ je myšleno především školení sociálních pracovníků, a to i v souvislosti s novelami zákona a vyhláškami, dále administrativa spojená s jednáním s úřady, což souvisí s administrativou související s provozem služby. Jedná se také o komunikaci s úřady nebo inspekce, které souvisí se standardy kvality ve službě či o administrativu, která se váže ke změně pracovníka v organizaci.

„...s každým novým přijatým pracovníkem musím udělat papíry, musím si doběhnout na kraj, dát ho k registraci, když mi po měsíci odejde, tak zase ho odregistrovat.“ (2)

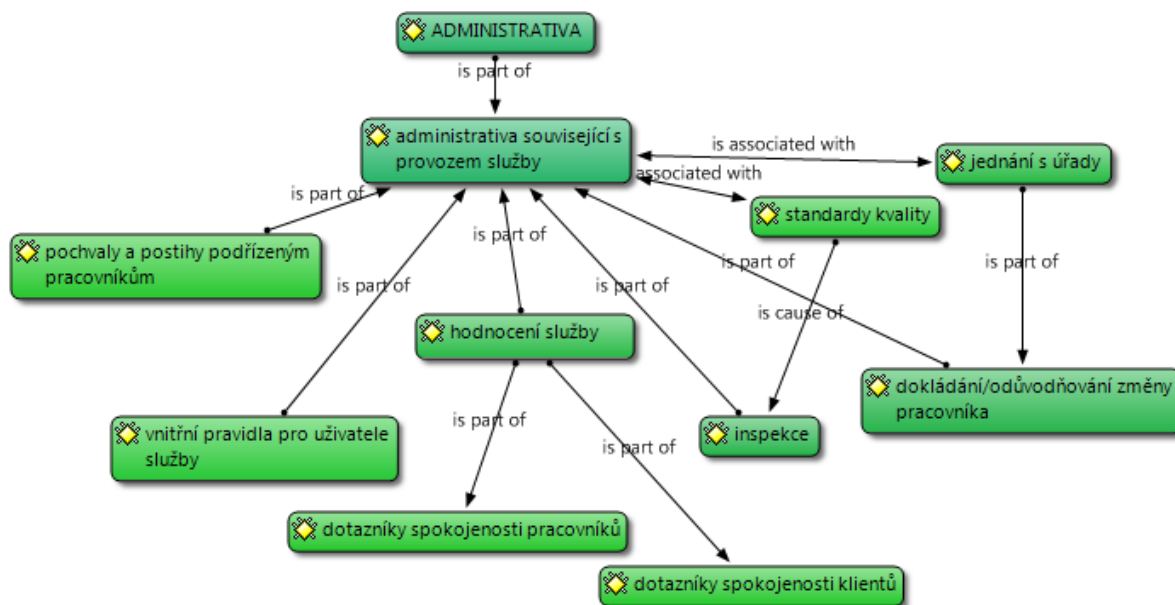
*„...potom jsou to určitě věci, které vás zatěžují směrem k městu, ke krajskému úřadu, že se legislativa trošku pozměňuje v tom, že ty nároky jsou, né jako ke mně, k pracovníkovi, ale k poskytovateli, čím dál vyšší – statistiky, dotace, jakým způsobem žádat, co všechno musíte dokládat, my jsme se třeba i bavili ty věci, které jsou do registru, co všechno souvisí s tím, než přijmete pracovníka do soc. služeb... ...Strašně zatěžujete to, že musíte pořád něco dokládat, měnit, dávat třeba na kraj, že jste změnili tohoto pracovníka, že ten odešel a tohle si myslím, že ty pracovníky vyčerpává úplně nejvíc, protože to se vlastně ani netýká jakoby tý práce s klientem jo, takže jeden balík je ten, co se týká klienta a pak ten okolo. Pak samozřejmě ještě standardy, vzdělávání, to je další agenda, kterou do toho dáváte a vlastně se ani bezprostředně toho klienta ani nedotkne, nebo ten o tom vůbec prostě neví.“ (5)*

*„...Ono opravdu i k různým novelám zákona, je to o tom, že se často stává administrativním pracovníkem, což je zoufalství.“ (6)*

*„...Je to náročný administrativně, a hlavně se vám každý 4 roky vymění politická situace, jako já už teď mám pocit, že jedu jen v papírech.“ (10)*

## Administrativa související s provozem služby

Obrázek 4: Administrativa související s provozem služby



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou (překlad autorka DP)

Administrativa související s provozem služby je dle výpovědí jednou ze zátěží, kterou při své práci sociální pracovníci pociťují. Jejím obsahem je například vypracovávání a kontrolování dodržování standardů kvality, stejně tak i vnitřní pravidla pro uživatele služby. S tématem provozu služby souvisí i komunikace s úřady, která byla zmíněna již v předchozí podkapitole – administrativa spojená s legislativou.

Úkolem sociálního pracovníka je i vypracovávání a vyhodnocování dotazníků spokojenosti klientů se službou, také má na starosti vypracovávání a vyhodnocování dotazníků podřízených pracovníků (pracovníků v sociálních službách, pečovatelek...).

Dalším administrativním úkonem je hodnocení samotných pracovníků a to je prováděno za pomoci dotazníků, uvedených výše.

*„A pak může přijít inspekce ještě na kontrolu plnění standardů, a ještě se vás bude ptát na tyhle věci, proč tam má zapsáno, že tam nebyl...“ (9)*

*„... Všechno se musí zapisovat. Potom standardy, vnitřní pravidla, registrace, s každým novým přijatým pracovníkem musím udělat papíry.“ (2)*

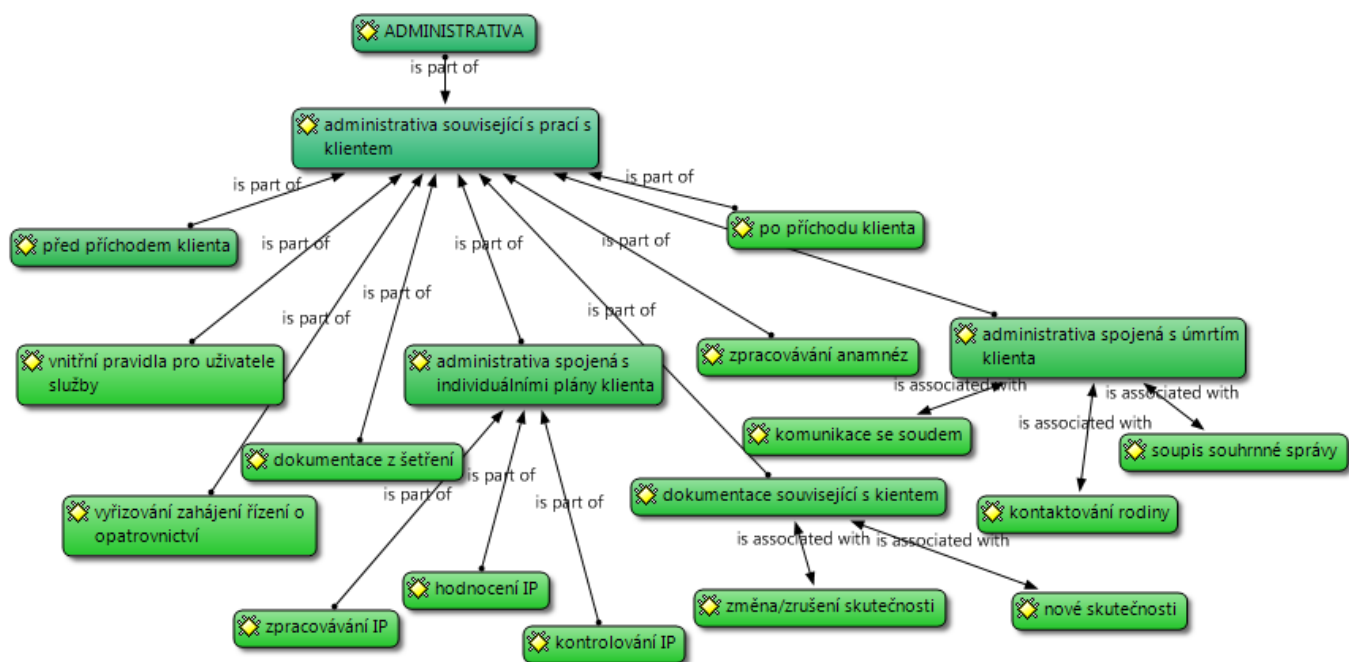
*„... Chodím po odděleních kontrolovat, jestli je vše děláno správně, jestli se dodržují standardy kvality a můžu dávat postihy nebo pochvaly.“ (4)*

*„No je toho moc, od žádostí, přes všechny možný dokazování novejších skutečností, taky všechny zhodnocení s pracovníkama apod.“ (12)*

*„Nebo taky hodnocení zaměstnanců a služby dělám, obcházíme klienty a zjišťuju, s čím jsou spokojeni a s čím nejsou. Je to dost velká administrativní zátěž. To je nejhorší.“ (13)*

## Administrativa související s klientem

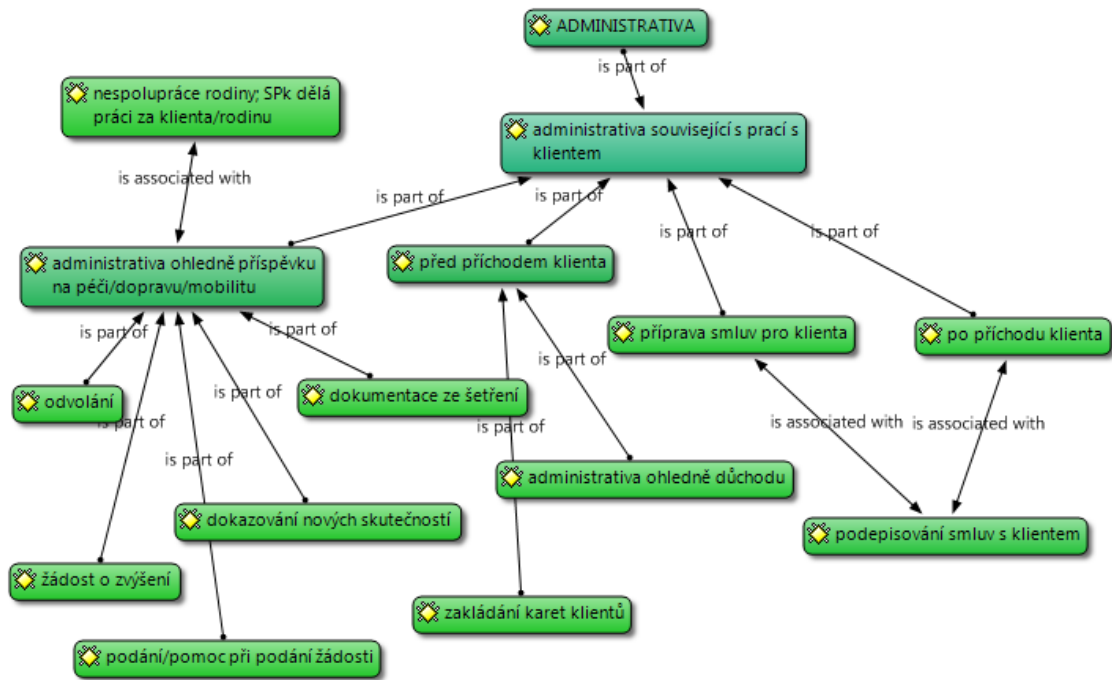
Obrázek 5: Administrativa související s klientem



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou (překlad autorka DP)

Obrázek 6: Administrativa související s klientem



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou (překlad autorka DP)

Další významná část administrativy, která padá na pracovníka je administrativa s klientem, a to ať už před jeho příchodem do služby nebo po příchodu, v průběhu spolupráce nebo jeho odchodu.

Oslovení pracovníci uvedli mnoho příkladů, které administrativa, jež je spojená s prací s klientem obnáší, jako například příprava a podepisování smluv s klientem, zakládání karet a vedení agendy, zpracovávání individuálních plánů, jejich kontrola a hodnocení.

„Takže začínáme hned při jednání se zájemcem. Já sepisuju žádost se zájemcem, přijdu z šetření sem do kanceláře, musím klienta zadat do dokumentace a dělám komplet dokumentaci, takže já sepisuju šetření, to, co jsem zjistila o klientovi, dělám smlouvu ve 2 originálech pro mě i pro něj, součástí jsou sazebníky a vnitřní pravidla pro uživatele,

*pak začínáme tvořit individuální pány. IP je nepřetržitý provoz, pořád se hodnotí, pořád se přehodnocuje, pořád se plánuje s klientem, všechno se musí zapisovat.“ (2)*

*„Musím vést v počítači programy, kam si zadávám klienty, který tady máme. Pak jednám s úřady práce, odkad' ten člověk je – všude musím telefonovat a posílat dopisy. Vedu kartotéku, kde mám, co jsem vše posílala, jestli mají nějakého opatrovníka, vedu tam i soc. šetření, takže si vedu jejich složky, pak tu máme i sociální složky, který taky obstarávám, aby tam právě zaměstnanci psali vše, co je pravdivý o klientovi, abych věděla, jestli máme dát nějaký krizový plán, jestli ten klient může chodit ven s rodinou, nebo jestli je rodina alkoholiků a třeba by nám klienta už nevrátili... Vyřizuju příspěvek na péči, chodím po odděleních kontrolovat, jestli je vše děláno správně, jestli se dodržují standardy kvality a můžu dávat postihy nebo pochvaly.“(4)*

*„Co se týče administrativy ještě, tak tý samozřejmě hodně přibývá, když pomínu ty základní věci, jako je administrativa kolem klienta – zakládání karet, anamnézy, žádosti, smlouvy...“ (5)*

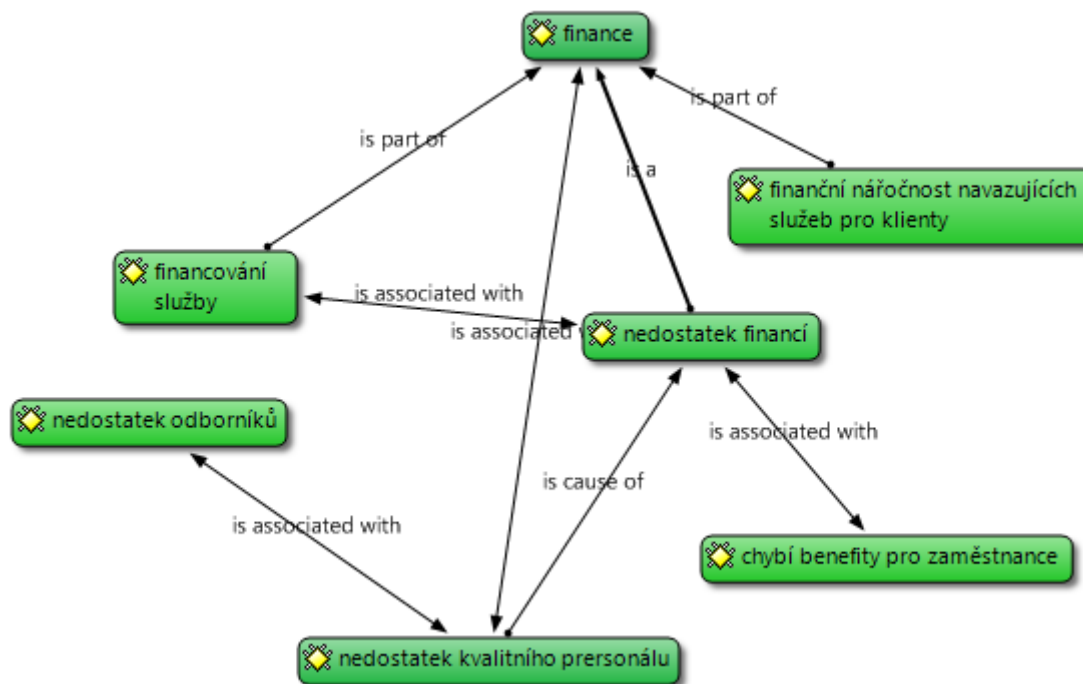
*„Sociální pracovník před nástupem musí zpracovat samozřejmě spoustu administrativy, co se týče smlouvy, příspěvku na péči, ohledně důchodu, že jo, aby sem chodil důchod, aby se z toho hradila úhrada a tak dále. Takže tohleto on zpracuje ještě předtím, než sem nastoupí ten člověk a při nástupu se tadyty dokumenty podepisují... Je na nás, abychom zahájili řízení o opatrovnictví, aby tomu člověku byl určen veřejný opatrovník, u nás to je většinou potom naše obec, pokud tu člověk žije. A to je teprve začátek, s tím, že sociální pracovník ho doprovází po celou dobu pobytu, u nás .... Ale někdy je tý práce strašně moc, co musíte udělat a hlídat a co musíte všechno zapisovat.“ (6)*

*„Když je potřeba, když třeba se zhorší zdravotní stav člověka, tak žádá o zvýšení PNP, hlídají ty úhrady, když hromadně přijdou úhrady PNP, tak oni musí vlastně každého člověka vypisovat a hlídat, že to je zapsaný všechno, každý den chodí úhrady... A když člověk odchází od nás, z 95% tedy umírá, tak kontaktujeme rodinu, sepisujeme souhrn,*

co posíláme na soud, co tady po tom člověku zbylo, jestli měl nějaké cennosti, peníze, to tady zůstává, zbytek se dává rodině, ...“(6)

## Finance

Obrázek 7: Finance



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Jako další negativum práce sociálních pracovníků je považováno nedostatek finančních prostředků, a to jak v rámci financování služby, tak odměňování zaměstnanců, popřípadě odborníků, kteří by mohli s organizací spolupracovat. Nedostatek financí a benefitů se tak ukázal jako možná příčina nedostatku kvalitního personálu.

„Abyste měla kvalitní personál, tak je potřebujete kvalitně zaplatit, ale ty finance v sociálních sférách prostě nejsou.“ (2)



*„Co mě napadá, že nemáme, co využíváme z venku je psychiatr, což je podle mě hodně důležitý. U těch odborníků stojíme hodně na tom, že je to o penězích a že je jich především málo.“ (3)*

*„A to, co nás netěší, to je to, co jsem říkala. Nedostatek financí a byrokracie.“ (14)*

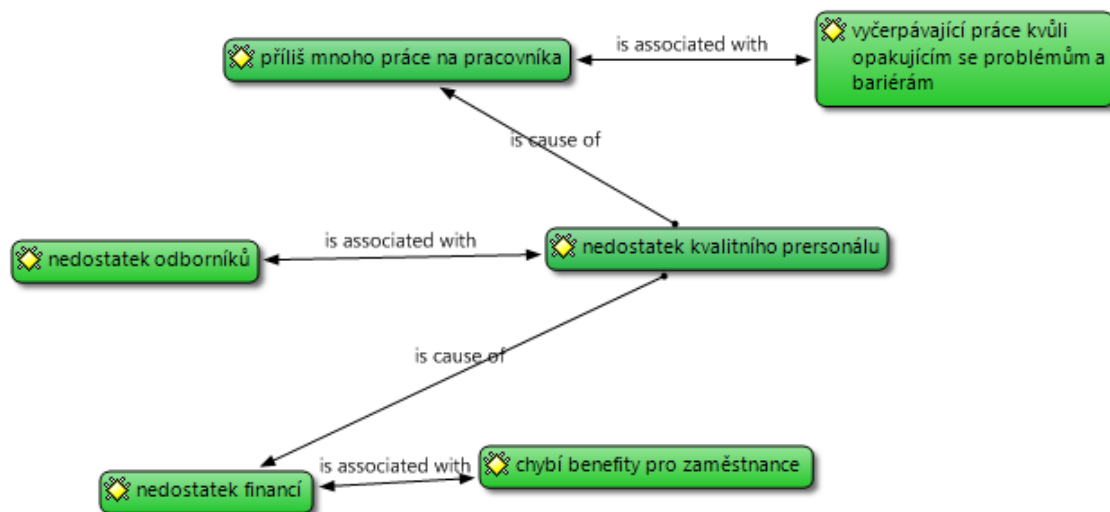
Nedostatek finančních prostředků bylo též uvedeno jako negativum ve vztahu ke klientům – u služeb, které jsou hrazené klientem, je problém pro klienta službu ufinancovat. To vede ke k malému zájmu klienta o službu.

*„Ale to celé platí, tak na to oni prostě nemají. Je to všeobecně takový problém, ty peníze jsou vždycky na 1. místě. ...ale dneska je trochu problém to, že ty lidi si to musí platit a nechtěj jo, takže je to takový složitý.“(2)*

*„Ale zas jako když od nás vzejde návrh na nějakou službu a ta služba je zadarmo, tak většinou není problém, ale když je pak ta služba hrazená tak tam už většinou narážej, že si to promyslej a nechtěj kvůli tý finanční stránce.“ (13)*

## Nedostatek kvalitního personálu

Obrázek 8: Nedostatek kvalitního personálu



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Jako jedna z dalších překážek při práci je uváděn nedostatek kvalitního personálu. Jako příčina nedostatku personálu je ve výpovědích uváděn nedostatek financí, který souvisí s chybějícími benefity pro zaměstnance. Jako nedostatek kvalitního personálu není označován jen personál organizace, ale i nedostatek odborníků, kteří by v organizaci mohli působit i externě. Jednou z příčin nedostatku personálu je dle výpovědí i příliš mnoho práce na sociálního pracovníka, což mimo jiné vede k vyčerpání pracovníka.

„... Tedžkon úplně s čím se potýkám, je sehnat kvalitní pracovníky. Nikdy jsem si nemyslela, že je to tak těžký, sehnat kvalitní personál. To jsou ty překážky, no.“ (2)

„Víc hlav, víc ví, takže ty nápady, že by bylo fajn, mít to s kým zkonzultovat.“ (3)

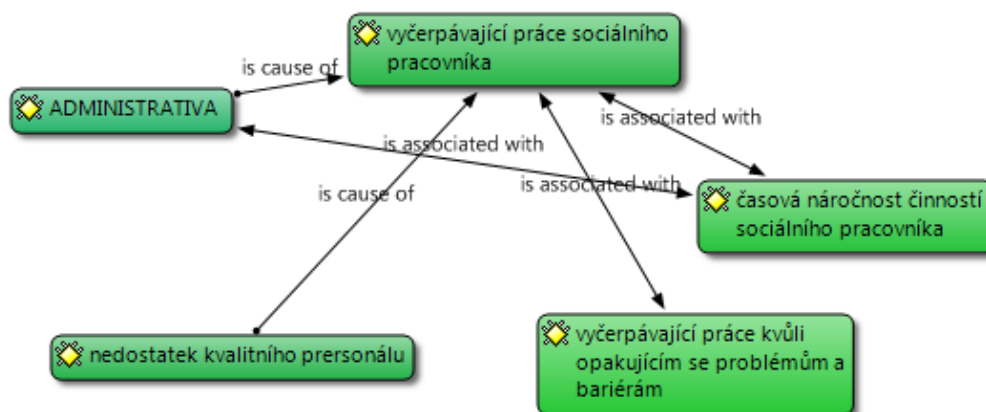
*„Co mě napadá, že nemáme, co využíváme z venku je psychiatr, což je podle mě hodně důležitý. U těch odborníků stojíme hodně na tom, že je to o penězích a že je jich především málo.“ (5)*

*„...No a pak taky dostatek sociálních pracovníků. Ideální je, když je dostatek sociálek, aby opravdu pomáhaly dělat ty individuální plány, zjišťovali tu historii těch klientů a vědělo se opravdu, proč se budí, proč tu chodí čůrat a kakat všude atp. Být víc sociálek aby byla péče o to kvalitnější jo...“ (10)*

*„Personál. Sehnat kvalifikovaný... nebo ani ne tak kvalifikovaný. Spíš kvalitní personál.“ (12)*

## Vyčerpávající práce sociálního pracovníka

Obrázek 9: Vyčerpávající práce sociálního pracovníka



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Z výzkumu vyplynulo, že jedno z negativ, které pracovníci pociťují, je vyčerpávající práce. Ta je dle výpovědí způsobena různými faktory, jako například přemírou administrativy, časovou náročností činností, které sociální pracovník vykonává, vyčerpání je způsobeno též nedostatkem personálu, který je úzce spjat i s přemírou klientů, pocit vyčerpávající práce uvedli pracovníci i z důvodu opakujících se problémů a bariér v souvislosti s výkonem jejich povolání. Ty se týkají například překážek v legislativě.

„...Je to hrozně vyčerpávající, protože pochopitelně narážíte pořád na ty stejné a stejné problémy a bariéry.“ (5)

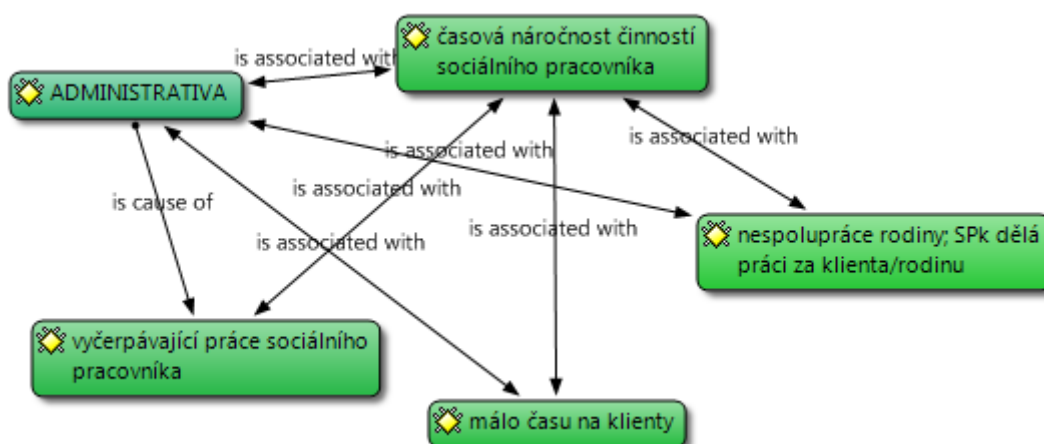
„No a pak taky úřady, třeba zrovna pracák nám dost hází klacky pod nohy, ale o tom bych nerada mluvila nějak dopodrobna.“ (11)

„Myslím si, že i příspěvek na péči by se měl vyřizovat trochu jinak, no, a rychleji teda.“

(2)

## Časová náročnost činností

Obrázek 10: Časová náročnost činností



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

S vyčerpávající prací souvisí i časová náročnost činností sociálního pracovníka. Ta dle výpovědí dotazovaných souvisí i s administrativou, která je velmi zatěžující a mnohdy, jak je z výpovědí patrné, převažuje nad samotnou prací s klientem. S tím je spojen i nedostatečný čas na klienty. Dále je časová náročnost činností sociálního pracovníka úzce spojena s prací s klientem či rodinou klienta, která mnohdy očekává od sociálního pracovníka i činnosti nad rámec jeho profese.

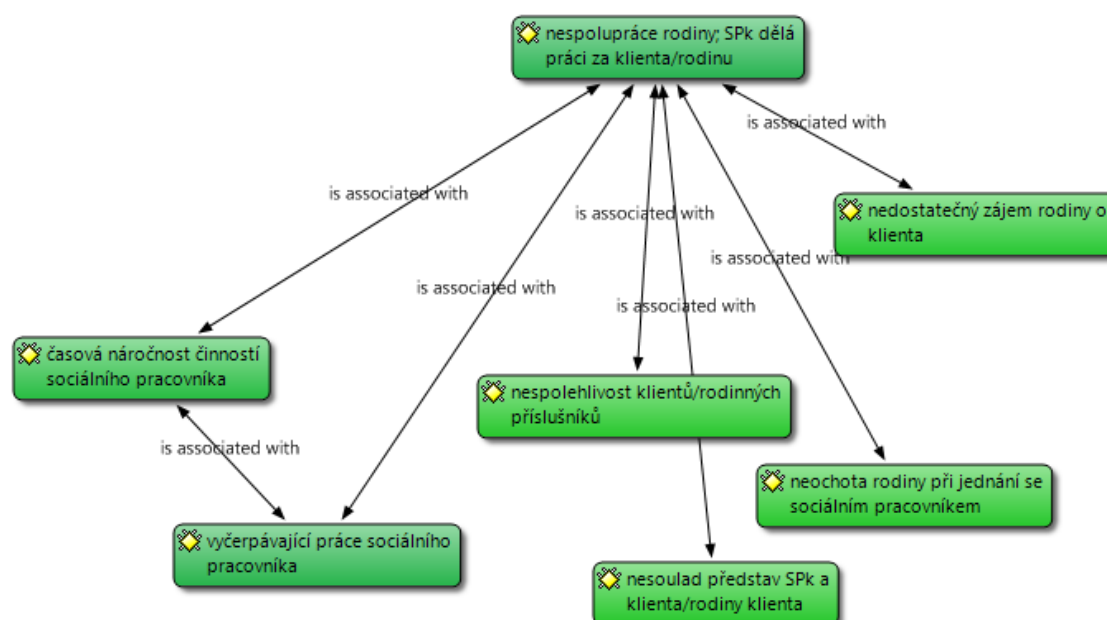
„Třeba do domova pro seniory někoho zařadit, teď tu byl taky pán, ale tam je tolik věcí, to prostě třeba ani tady dělat nemůžete jo. Teď jsem teda měla taky případ, že jsem

dělala doprovod na úřad práce a musela jsem jít po svých, že jo. Na tohle vám sanitku nikdo nedá.“(2)

„Jak jsme v terénu, tak taky to mi zabere hodně času, než to sepišu.“(3)

## Nespolupráce rodiny; sociální pracovník dělá práci za klienta/rodinu

Obrázek 11: Nespolupráce rodiny; sociální pracovník dělá práci za klienta/rodinu



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Jak jsem zmiňovala v předchozí podkapitole, značným problémem je i nespolutpráce rodiny klienta nebo přímo klienta se sociálním pracovníkem a v důsledku toho se mnohdy stává, že sociální pracovník dělá činnosti nad rámec své profese. Tato skutečnost vede ke zvýšené zátěži sociálního pracovníka i nedostatku času na činnosti,

kteřé jsou nezbytné v jeho profesi. To má za následek vyčerpání a může taktéž vést k syndromu vyhoření.

*„Někdy chodíme zařizovat občanky, a tak od začátku od té píky. Pak jsou lidi, kteří doma nějak přežívají, pak už to nezvládají, tak se přivezou záchranou, zjistíme, že ten člověk nemá žádné příjmy, občanku, nejsou na úřadu práce, tak se pak musí dělat zase opatrovník přes soud, je to takový zdlouhavý a ty lidi tu třeba někdy nemůžou být tak dlouho, jak to trvá. Teď tu máme pána 1 rok, to je taky bezdomovec, bez příjmů, ale taky ho nikde nechtěj vzít.“ (2)*

*„...rodiny řeknou, že tady máte toho seniora a teď se starejte vy a naši práci je taky říct, že je to pořád vaše matka, je to pořád vaše babička, pořád to takto zůstává, i když změni pobyt a je tady v domově a pro ně je to kolikrát to nejsilnější a my se můžeme postavit na hlavu v tý péči, ale pokud ta rodina nefunguje tak to zkrátka není úplně ideální.“ (6)*

*„...jako rodič nemáte tolik potřeby nebo energie dál něco dělat, protože tohle pro vás všechno někdo zařídí. S tím je spojená i služba České maltézske pomoci, která zajišťuje svoz dětí do školy, s tím, že ta dostupnost je 30 km, rodiče dítě naloží, pošlou ho svozem a pak si ho odpoledne vyzvednou, takže tyhle rodiče třeba sehnat na nějakou konzultaci nebo na nějakou smlouvu nebo něco je dost náročný.“ (5)*

*„Dalším negativem je nesoulad představ klienta popř. rodiny klienta a sociálního pracovníka. To se odráží především v jejich vzájemné spolupráci. Často je tento nesoulad názorů vnímán jako velká překážka a příčina frustrace“.(3)*

*„...Rodiče mají třeba nějakou představu, vy vidíte, že by klient chtěl něco jiného, chtělo by to zkusit něco jiného, ale stojíte na tom, že ten rodič řekne ne a to je taková ta velká překážka.“(5)*

*„...Vás přivádí do deprese, že vy tady něco zkoušíte a rodič to pak doma nepodporuje. To jsou věci, který jsou určitě hodně frustrující pro člověka.“(5)*

*„...Protože mi přijde, že čím dýl jsem tady, tím víc jsou problémový rodiny, víc než...klient je jako spokojenej, ale nabalujou se, že třeba rodina má úplně jinou představu. Oni maj představu, jakože ano, tady bude naše maminka a bude tady někdo, kdo s ní bude 24 hodin, bude jí hlídat, aby se tohle nestalo, aby se támhleto nestalo. Někdy ty jejich nároky jsou úplně nereálný a nejsou schopni pochopit, že my jim jsme schopni zajistit nějakou péči, ale nemusí se těma jejich požadavkama potkat. To jednání těch příbuzných je někdy složitý no.“ (8)*

*„Ale někdy si tu něco ukujeme a klient o to stejně nestojí, takže to je jak kdy, ale aspoň je ten pocit, že se člověk snaží pomoc“ (13)*

*„Vyřizujeme všechno za ně, i když by to měli dělat oni, tak to děláme my. Rodiny vůbec nechtějí spolupracovat, nebo když už spolupracují, tak nedostatečně...“ (7)*

Ve výpovědích se však poměrně často jako negativum objevuje i nesoulad představ rodiny a klienta mezi sebou. Ten se pak ocitá v situaci, kdy je spíše „hromosvod mezi rodinou a klientem“ a funguje i jako jakýsi mediátor.

*„Je mu 80, rád leží v posteli a do toho tlačí rodina: Prostě s ním budete chodit a hotovo. A tu rodinu už nezajímá, jestli ten taťka chce nebo nechce. A my jsme mezi těma 2 kamenama. Pán nechce a my ho nemůžeme nutit a rodina tlačí a dělá bububu a proč neděláte, proč nechce.“ (9)*

*„Ta sociální pracovnice bývá často hromosvodem pro rodinný stesky a tak.“(6)*

*„...Teď i řešíme jejich vztahový problémy. Jsme takovými jako mediátory.“(8)*



*„Často bývá, že má klient 2 děti a oni se spolu nebaví. A teď jednat s tím i s tím. A ta nechce, aby se říkalo té něco, ta zase aby se říkalo tamté něco. Ve finále jim vysvětlovat, že ve finále by pro tu mámu bylo rozumnější...ano, at' si choděj odděleně, at' si to domluví, jak chtěj. A to bývá docela často jo. Že třeba jedna přijde a oni jí berou peníze a pak přijde druhá, že oni je neberou, že je berou ty druhý. V tomhle je to problémovější, abychom udržely ty vztahy, aby to fungovalo z obou stran no.“(9)*

Při práci sociálního pracovníka je jako negativum často zmiňovaná i nespolehlivost klientů nebo rodinných příslušníků. Sociální pracovníci se při jednání s nimi mnohdy setkávají s neochotou spolupracovat.

*„Oni občas řeknou, že chtěj třeba jen zařídit schůzku, tak já paní bezdomovkyni jsem taky předjedнала schůzku a ta se tam stejně nedostavila. Zpětnou vazbu nemáte, ale zpětnou vazbu jsem měla, že mi řekli: „Čekali jsme na ní, paní nepřišla.“, takže to je těžký jo. Oni nemají mobil nebo ho ztratí, takže vy na ně nemáte mobil, takže já pak ani nevím, co s paní je. Takže v tom je to takový trošku dvojitý, že vy jim zajistíte nějakou schůzku a oni tam nepřijdou.“(2)*

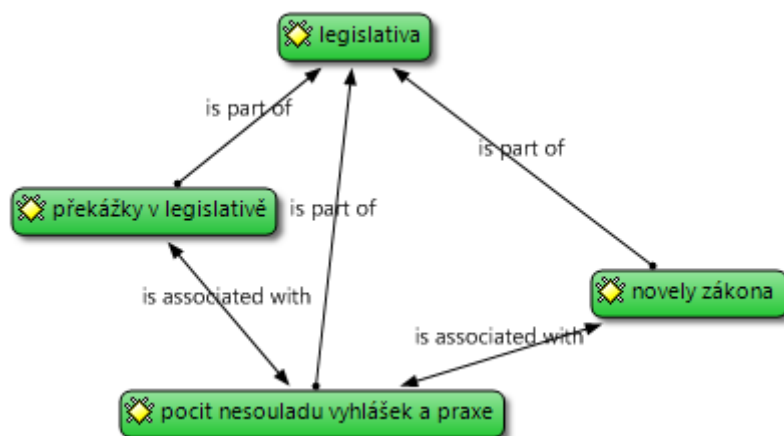
*„Ne vždycky rodiče přijdou, když se domluvíte, vy je uháníte. To je taky taková věc, která je trochu vyčerpávající, říkáte si, bejt na jeho místě, jsou to rodiče, měli by se starat. Ale myslím, že to není jen takhle u rodičů s dítětem s postižením, ale celkově na všech školách, že tam není moc zájem o to dítě.“(5)*

*„...Pořád je to takový dokola, pořád je kontaktovat, pořád se připomínat, pořád, pořád...“(5)*

*„...Narazíme i na protivný a neochotný lidi.“(3)*

## Legislativa

Obrázek12: Legislativa



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Negativně vnímají sociální pracovníci i skutečnosti související s legislativou, jako například novelizace zákona, které, dle výpovědí, nejsou slučitelné s praxí. Často mají za následek i zvyšování administrativy, nutnost absolvování školení či samostudium novelizací a vyhlášek, což je pro pracovníky časově náročné a zatěžující.

„Když se zeptáte, jestli se mi tady líbí tak já jsem úplně zoufalá. Ale to někdo zvorál už na ministerstvu, to je tzv. zákon padajícího hovínka tohleto.“ (10)

„... Problémů přibývá, jak ze strany legislativy, financování... My se jen tak sejdeme třeba se sociálníma pracovníci a vlastně tam řešíme třeba i ty změny, jelikož nemáme žádné školení, zákony jsou pořád novelizovány, tak to si musíme zjistit všechno sami..... Ta legislativa nám hází klacky pod nohy a je toho čím dál tím víc, co po nás chcou. Ale oni sami nám to nezjednodušují.“ (2)

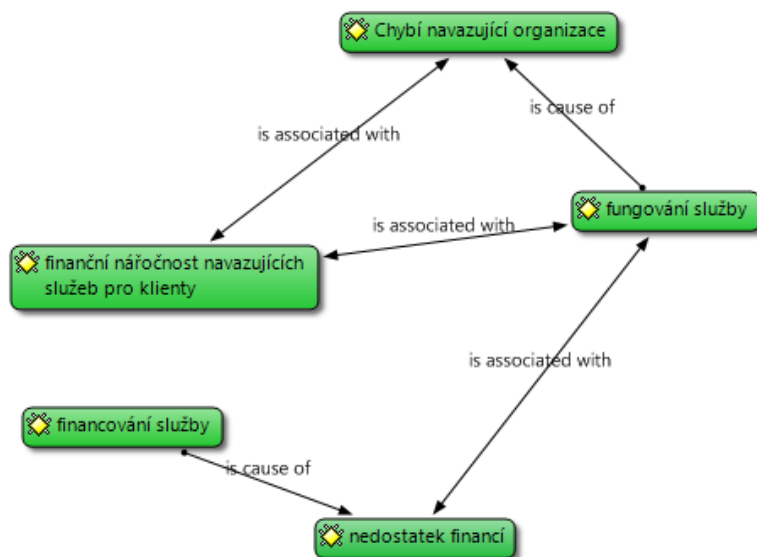
*„...Jenom z té legislativy, uhlídat si jí, ty sankce jsou opravdu, že třeba pokud do 15 dnů nenahlásíte nového pracovníka, tak mi vyhrožují sankcí 20 000,-. Takže jen to nezapomenout, zapsat si to do diáře...“(3)*

*„Třeba i ty novely zákona, který jsou odtržený od praxe jo nebo vyběhne nějaká novela a moc to právě, já nevím, špatně aplikovatelná do praxe, takže chodíme na různé školení, připomínkujeme, nicméně když je tohle schválený, tak jsou s tím docela obtíže.“(9)*

*„Takže já říkám, že ať naši zákonodárci zvednou zadky a jdou do terénu. Protože skutečnost je úplně jiná. Vždycky rozhodne nějaký chytrák od stolu.“(15)*

## Absence organizací pro pacienty po poškození mozku

Obrázek13: Absence organizací pro pacienty po poškození mozku



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

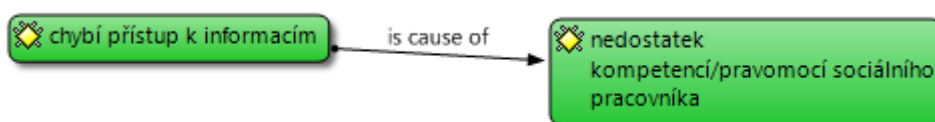
Další překážka, kterou sociální pracovníci dle výpovědí vnímají, je nedostatek navazujících organizací pro pacienty po poškození mozku. To může mít za následek špatné fungování služby. Hrazené navazující organizace bývají většinou finančně náročné pro klienta a ten nemá z toho důvodu o službu zájem. Proto dává přednost organizacím, které nejsou plně hrazeny klientem.

„...Že vidíte, že támhleta sociální služba nefunguje, že třeba někde zavoláte a oni vám řeknou, že tady nic nemáme a vy nemůžete nic udělat... Nejhorší je, že nemají nárok právě ani na ty důchody a je to velkej problém, že tady není žádný to zařízení jako pro ty mladší a myslím, že je to problém i autistů, až dospějí, že jo.“ (2)

„Nedostatek organizací. Přesně tak. To si tam klidně napište. To je velká díra tohleto. Ať je to (pozn. autora DP – z důvodu zachování anonymity organizací nebylo uveden název organizace), anebo (pozn. autora DP – z důvodu zachování anonymity organizací nebylo uveden název organizace), tak ti mají všechny do 26 let, ale co dál, jo. Co dál. A pak nemáme už nic a pak máme až domovy pro seniory. Anebo teda zařízení pro lidi s mentálním postižením.“ (8)

## Nedostatek kompetencí, pravomocí, informací

Obrázek14: Nedostatek kompetencí, pravomocí, informací



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci pocítují velkou překážku v nedostatku kompetencí či pravomocí. Chybí pak přístup k důležitým informacím, které by mohly práci s klientem usnadnit, popřípadě pomoci ke zlepšení péče.

„Jako můžu si půjčit jeho dokumentaci, ale do systému do počítače přístup nemám k němu, na to my nemáme právo. Takže já si můžu půjčit dokumentaci nebo nějaký ty papíry, jenže někdy se stane, že ty papíry mají lékaři nebo sestry, takže je to takový, že se to někde různě povaluje, musí třeba na vyšetření, to se stává, nebo že ty lidi cvičí, takže musíme se podívat, kde ten člověk bydlí, jakého má obvodního doktora, kde je tam kontakt na rodinu, kde máme přehled o zdravotním stavu, ale jo, my do toho přístup prostě nemáme. My prostě ne. To je určitě mínus. ... Ale myslím, že by ta sociálka měla mít jako tu možnost a sílu toho člověka někam umístit, když už teda čeká na ten domov důchodců, tak by měla mít ten nástroj k tomu, aby řekli, že tenhle člověk je samotnej,

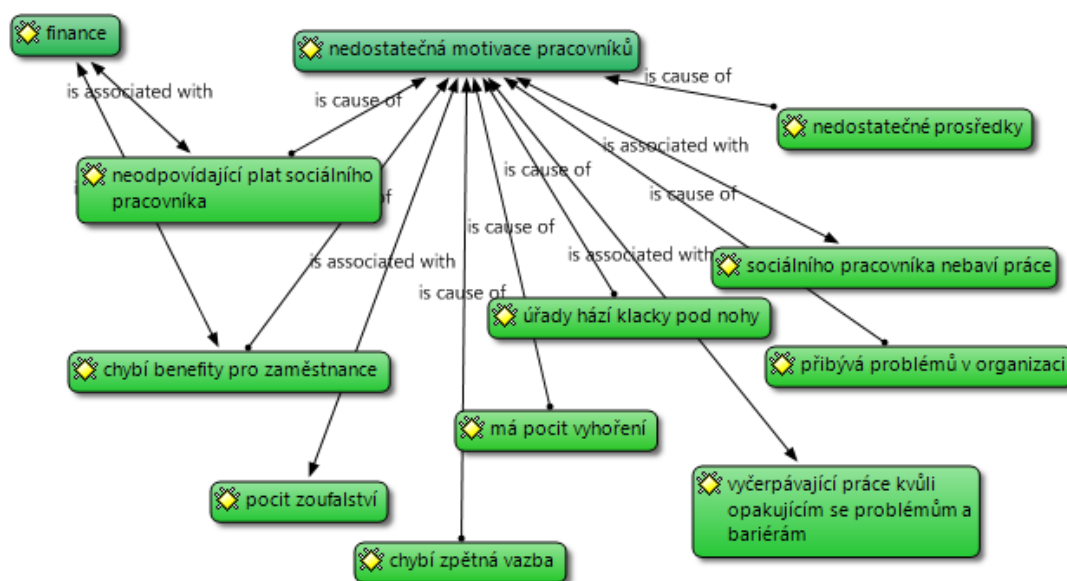
tak má nárok se tam dostat. Tohle si myslím, že je chyba, že se nekouká na ty lidi, že jsou osamělí. Dneska je to opravdu takový vybírání.“ (2)

„I ty lidi jsou pak třeba nešťastný, že čekají doma na domov důchodců a nezvládají to. My s tím ale neuděláme nic. My maximálně můžeme pomoci napsat nějakou žádost pacientů, nebo když hledají nějaké odlehčovací pobyty, pečovatelskou službu protože kdybychom měli tu kartu v počítači, tak se koukne, ale ona takhle neví.

My jsme závislí na tom, co si přečteme, což je někdy takový, že se tam člověk toho moc nedozví jo, takže většinou jdu za lékařem a tam se ještě konkrétně doptám, jestli mluvil s rodinou nebo co je tam potřeba konkrétně řešit. Někdy totiž přijdete za tím člověkem a nevíte, co chce nebo na vás kouká nebo o vás ani neví, jo.“ (2)

## Nedostatečná motivace sociálního pracovníka

Obrázek15: nedostatečná motivace sociálního pracovníka



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Dotázaní sociální pracovníci taktéž uvádí, že jeden z problémů je i nedostatečná motivace k práci, jejíž příčinou byl velmi často uváděn neodpovídající plat sociálního pracovníka či absence benefitů, konflikty s úřady, opakující se problémy a bariéry či přibývání problémů v organizaci nebo nedostatečné prostředky (kompetence) při výkonu práce. To je u sociálních pracovníků příčinou pocitu zoufalství či vyhoření a práce sociálního pracovníka je nebaví. Jedním z dalších faktorů nedostatečné motivace je taktéž absence zpětné vazby od klientů.

*„A jako negativum rozhodně peníze – a u toho si udělejte aspoň 3 vykřičníky! “ (7)*

*„Ale fakt je to blbě zaplacený a je toho moc a pak tady s nima něco tvořte, že jo...  
Taky benefity nám tu chybí pro zaměstnance. “ (13)*

*„Teď ty lidi vás potřebujou, ale vy víte, že jim tu péči nemůžete prostě zabezpečit tak, jak by potřebovali. Tak to mě tak trošičku drtí na tom... No a pak taky úřady, třeba zrovna pracák nám dost hází klacky pod nohy“ (2)*

*„...Je to hrozně vyčerpávající, protože pochopitelně narážíte pořád na ty stejný a stejný problémy a bariéry. “ (5)*

*„To jednání s lidma je pro nás asi důležitý, ono se to těžce popisuje, ono ten cyklus vyhoření nastupuje strašně brzo... vy, když k nám přijdete po škole nadšený a teď zjišťujete, že ty posudky se vám nelíbí... ten člověk, kterej je podle vás chudák, tomu dali první stupeň a tomu, kterej na tom třeba nebyl až tak špatně, tomu přiznali všechno... Jo... Pak vám někdo vynadá, přitom vy za to nemůžete jo... To vyhoření toho elánu nastává hrozně brzo, u nás je opravdu velká fluktuace. “ (1)*

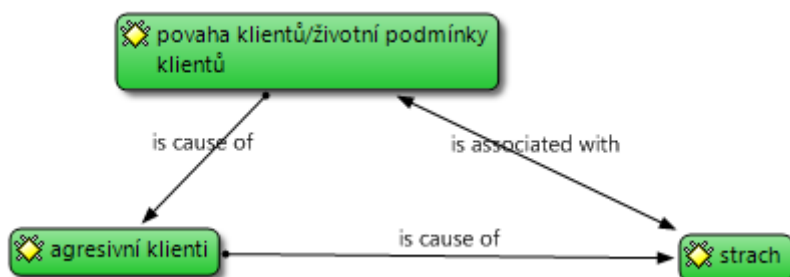
*„No, vyhořelí tu jsme už úplně všichni (smích). “ (2)*

*„Když se zeptáte, jestli se mi tady líbí, tak já jsem úplně zoufalá....*

*Byla jsem v neziskovce pro ženy týraný, to je úplně jinej systém práce, úplně něco jinýho, baví vás to, a tady to je příspěvková organizace, já nevím, co bych k tomu řekla, může si to jít někdo zkusit...“ (10)*

## **Povaha klientů/životní podmínky klientů**

Obrázek 16: povaha klientů/ životní podmínky klientů



*Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7*

*Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)*

Jak je popsáno v teoretické části mé diplomové práce, poškození mozku s sebou přináší i následky, které mohou být těžko ovlivnitelné, jako je například změna povahy klienta. Klient může být agresivní, což je jedno z negativ, které pociťují sociální pracovníci při práci s těmito klienty. Dále to mohou být nepříjemné nebo obtížné životní podmínky klienta, což se dotýká převážně terénních sociálních pracovníků.

*„...Pochopitelně strach jo... To, že fakt netušíte, do čeho jdete... Jako když vám žádost donese člověk osobně, tak si trošku dovedete udělat obrázek, jestli bude všechno ok ale jinak jako... Psi, další nebezpečí... Před měsícem pokousal kolegyni, před rokem... nikdy to neodhadnete, jo, „oni nekoušou“ vám řekne klient, jenže chtějte od toho starýho člověka, ktorej se sotva belhá o dvou berlich...“ (1)*

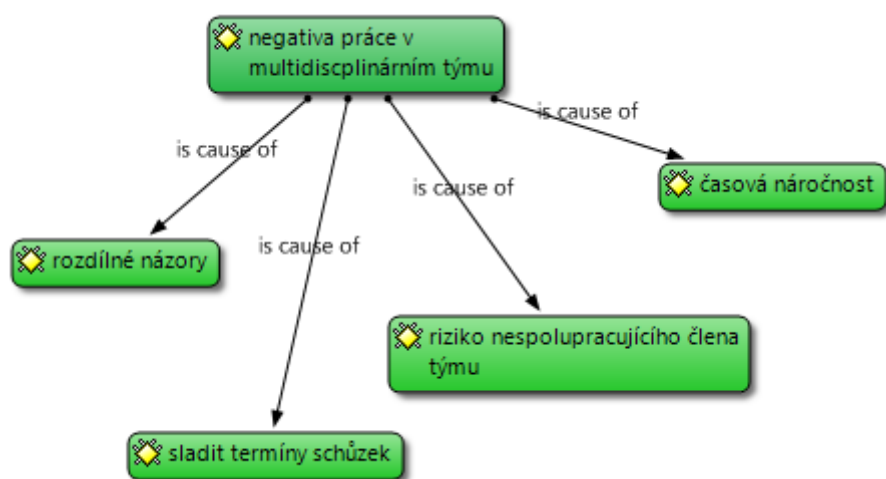


„Máme tu třeba i agresivní klienty a s takovýma onemocněnima a není to jako moc příjemný...“ (3)

„Někdo je agresivní, sprostěj... Pro nás je hrozně nepříjemný přijít do toho domu... zápach. To je hrozný. Vydržíte i nějakou tu agresi nebo nepříjemný jednání, ale ten zápach, to je někdy hrozný. Tam pak poznáte, že ta péče není odpovídající, páchne to tam močí, výkalama, nemáte si kam sednout. Štítíte se si sednout, položit si ty věci na stůl... Tito je fakt asi největší obtíž... „ (1)

### Negativa práce v multidisciplinárním týmu

Obrázek 17: negativa práce v multidisciplinárním týmu



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Přesto, že dotazovaní pracovníci, kteří mají možnost pracovat v multidisciplinárním týmu, hodnotili tuto spolupráci kladně, spatřují zde i negativa. Byla zmiňována především časová náročnost, kterou týmové schůzky obnáší či obtížné domluvení samotného termínu schůzky mezi jednotlivými členy týmu. Další negativa spatřovali

dotazovaní pracovníci v možnosti rozdílných názorů. Z toho vyplývají neshody v týmu, či riziko nespolupracujícího člena týmu.

*„Sežere to strašně moc času a negativum je i to, domluvit nějaký termín, aby vyhovoval úplně všem. Takže to musíme dělat hodně s předstihem, a i pak se třeba stane, že někdo nemůže, protože se stane něco, co člověk neovlivní, takže řešíme, jestli to přesunout na jindy nebo to nechat v tom, že ta skupina nebude celá.“ (5)*

*„Je to práce s lidma, mezilidský vztahy, každej jsme jinej, každej jinak reagujeme. Zrovna tak ten druhý může mít jinou představu na určitou záležitost, tak to nemusí zrovna vždycky sednout. Takže je to to, co se týká mezilidských vztahů běžně“ (8)*

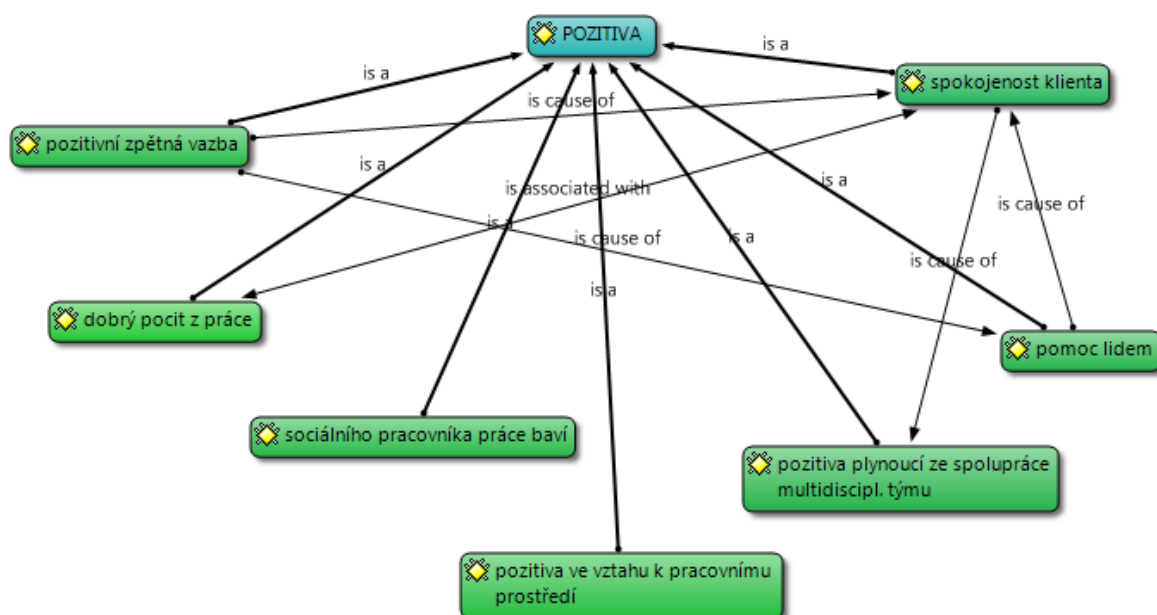
*„Musí na to někdo myslet, každému o to musí jít. Někdy se potkáte s člověkem, kterej si může jet nějakou svojí lajnu, aniž by informoval okolo lidi a pak může dojít k nějakým excesům. Pokud by třeba informoval rodinu, aniž by to někdo jiný věděl, tak jsou to nepříjemný věci samozřejmě, který se můžou stát, který se i staly a vždycky se směřuje k tomu, aby se to už nestalo, abychom o tom věděli, pokud možno všichni.“ (6)*

## POZITIVA

Z analýzy výsledků vyplynulo, že sociální pracovníci subjektivně vnímají při práci s pacienty po poškození mozku nejčastěji tato pozitiva:

- spokojenost klienta
- pomoc lidem
- pocit dobře odvedené práce
- pozitivní zpětná vazba
- práce „baví“
- pozitiva ve vztahu k pracovnímu prostředí
- pozitiva plynoucí ze spolupráce multidisciplinárního týmu

Obrázek18: Pozitiva, které vnímají sociální pracovníci při své práci



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

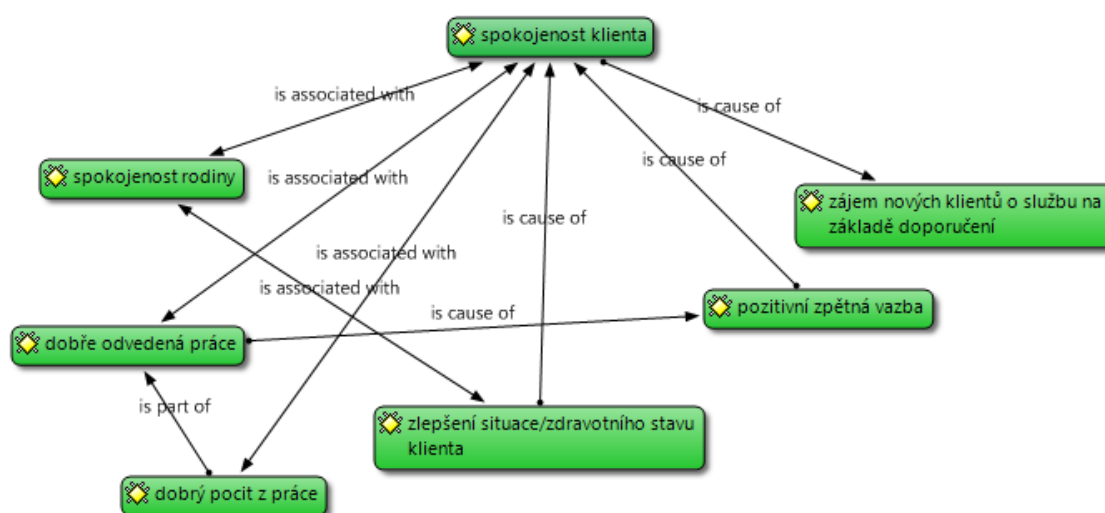
Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Stejně tak, jako negativa, i pozitiva, která sociální pracovníci při práci pocítují, jsou různorodá. Jedná se o velmi širokou škálu výpovědí, která je zapříčiněna především

různorodostí navazujících organizací. Výpovědi poskytli jak pracovníci v terénních službách, tak pracovníci v ambulantních a pobytových službách. Z tohoto důvodu se liší i vnímání pozitiv v souvislosti s náplní práce sociálního pracovníka.

## Spokojenost klienta

Obrázek 19: Spokojenost klienta



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Spokojenost klienta je pro sociální pracovníky velmi důležitá a vnímají ji jako pozitivum ve své práci. Spokojenost klienta se dá považovat jako zpětná vazba na dobře odvedené práci, a tudíž má sociální pracovník ze své práce dobrý pocit. Díky dobře odvedené práci a spokojenosti klientů je služba dál doporučována novým klientům a v této skutečnosti se zrcadlí i potřebnost dané služby jako takové. Se spokojeností klienta je úzce spjata i spokojenost rodiny.

„Pokud uděláme vše pro to, aby byl spokojený a odpovídal tomu i zdravotní stav, tak jsme udělali vše dobře... Jde hlavně o to, abychom vykonali vše dobře, aby byl klient šťastný a spokojený.“ (4)

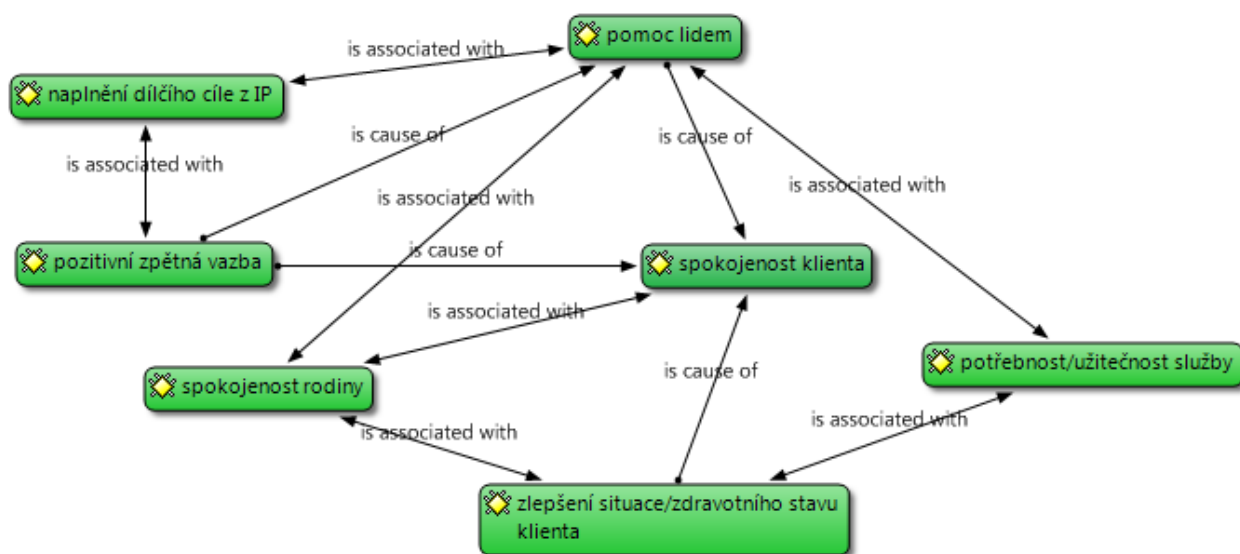
/dotaz na pozitiva – pozn. autora DP/ „No tak samozřejmě když jsou ti lidi s námi spokojeni...“ (12)

/dotaz na pozitiva – pozn. autora DP/ „To že jsou lidi spokojený. To že se furt někdo ozve, že o nás má zájem. Takže spokojenost klientů.“ (13)

„Jsme rádi, když je klient spokojenej...“ (8)

## Pomoc lidem

Obrázek 20: Pomoc lidem



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Jako pozitivum vnímají sociální pracovníci i samotnou možnost pomoci lidem. Ta souvisí s řadou dalších pozitiv. Jako u předchozích výpovědí, je velmi úzce spjata se

spokojeností klienta, spokojeností rodiny i pozitivní zpětnou vazbou od klienta. Jako jedno z pozitiv při práci sociálního pracovníka je uváděno i naplnění dílčích cílů při práci s klientem.

*/dotaz na pozitiva – pozn. autora DP/ „Třeba za dva roky se podaří nějaký dílčí cíl, že ten klient jede třeba domů autobusem, tak to je vlastně obrovská pochvala“ (5)*

*/dotaz na pozitiva – pozn. autora DP/ „Takže pak, když mi někdo zavolá a poděkuje mi za to, že mu to pomáhá, tak je to pro mě taková... Ano. Nejsem tady úplně zbytečně. Má to nějaký smysl.“ (2)*

*„To, že jsem pořád v komunikaci s lidma, a že jim můžu nějak pomoci.“ ... „Zjišťovat ty informace, a že jim můžu nějak pomoci.“ (4)*

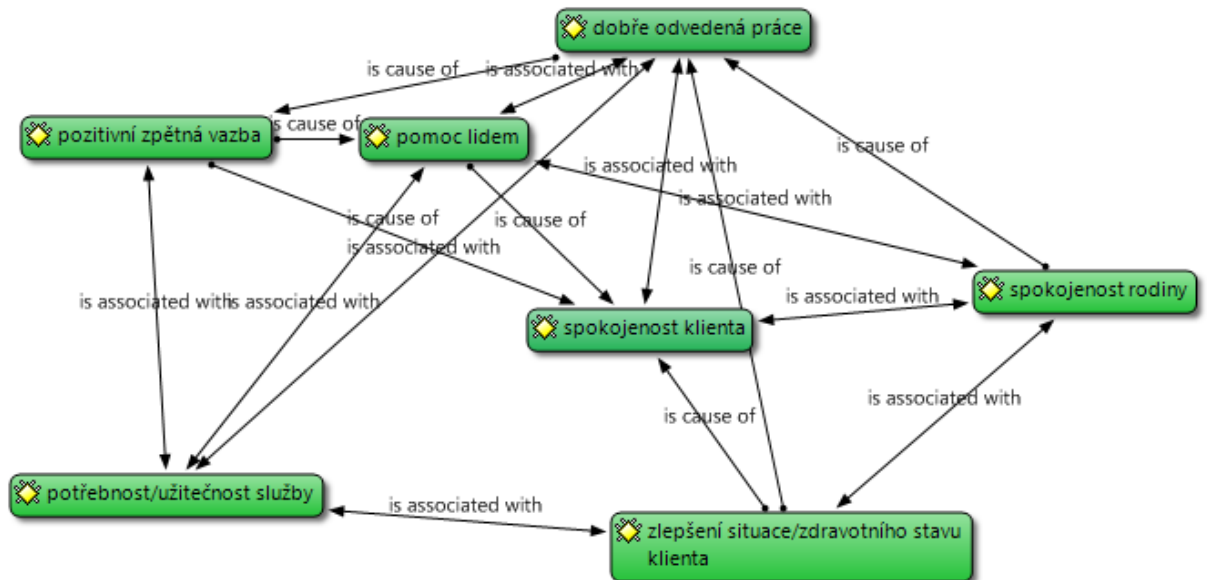
*/dotaz, co pracovníka při práci těší – pozn. autorky DP/ „Těší právě to, když klientovi pomůžeme, něco se mu povede, rodina je spokojená.“ (6)*

*„Když ta péče nebyla dobrá a tady pak vidíme, že se vylepšili nebo že se zapojují do těch činností, ale když nám tady tak rozkvetou a baví je to, tak že to tomu klientovi pomohlo.“ (11)*

*„Když jim můžeme ulehčit. Nejen jim ale i té rodině.“ (12)*

## Pocit dobře odvedené práce

Obrázek 21: Pocit dobře odvedené práce



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

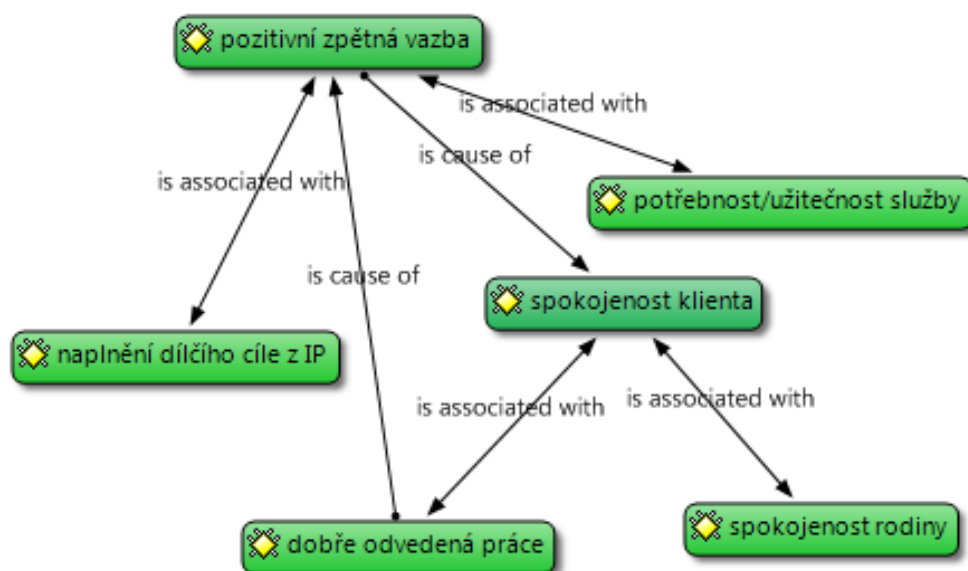
Pozitivum sociální pracovníci vidí i v pocitu dobře odvedené práce. Ta přímo souvisí se spokojeností klienta i spokojeností rodiny. Také se zlepšením situace či zdravotního stavu klienta. Na základě toho je těší i pozitivní zpětná vazba.

„No, když se něco povede. Když toho člověka umístíte a vidíte, že se to povedlo... Takže pak, když mi někdo zavolá a poděkuje mi za to, že mu to pomáhá, tak je to pro mě taková...ano, nejsem tady úplně zbytečně. Má to nějaký smysl.“ (2)

„...Vše pro to, aby byl spokojený a odpovídal tomu i zdravotní stav, tak jsme udělali vše dobře“ (4)

## Pozitivní zpětná vazba

Obrázek 22: Pozitivní zpětná vazba



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Důležitost zpětné vazby byla u sociálních pracovníků velmi častou odpovědí. Pozitivní zpětná vazba souvisí i s pozitiviv, která byla popsána výše – dobře odvedená práce, spokojenost klienta a rodiny a potřebnost/užitečnost služby.

„Nebo když třeba se u klienta podaří, že víte, že klient má jinou představu, rodiče taky jinou a třeba za dva roky se podaří nějaký dílčí cíl, že ten klient jede třeba domů autobusem, tak to je vlastně obrovská pochvala, nebo zpětná vazba pro mě. .... No nejvíc mě na tom určitě baví to, že máte zpětnou vazbu. Že třeba ty rodiče přijdou a řeknou, tak my už máme tu pomůcku, že jste prostě součástí nějakého výsledku. A být třeba je to hodně na dlouho, tak je to supr jo.“ (5)



Takže pak, když mi někdo zavolá a poděkuje mi za to, že mu to pomáhá, tak je to pro mě taková... Ano, nejsem tady úplně zbytečně. Má to nějaký smysl. “ (2)

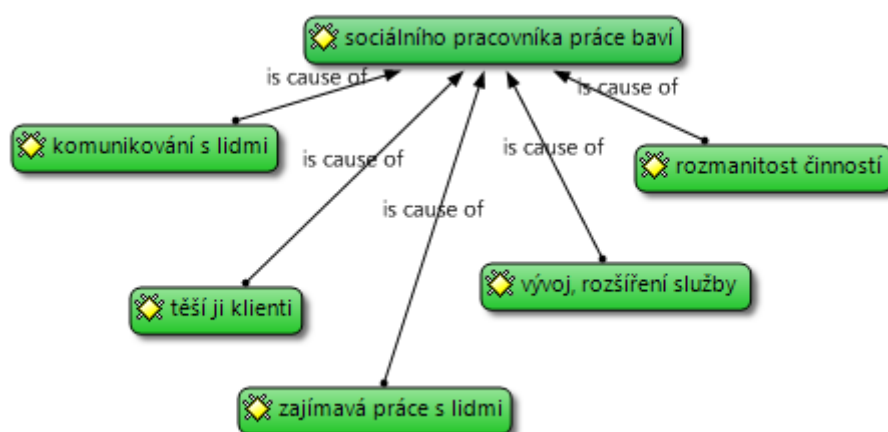
„Mě na tom baví to, že fakt má člověk nějakou tu zpětnou vazbu, když se to povede“ (9)

„Nebo když nás pochválí, chtějí si s námi popovídat... Taková ta pozitivní zpětná vazba.“ (12)

„Někdy nám napíšíou pochvalu, tak jsme rádi.“ (11)

### Sociálního pracovníka práce baví

Obrázek 23: Sociálního pracovníka práce baví



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Důležitý pozitivní aspekt v profesi sociálního pracovníka je ten, že jej práce baví. Dotazovaní v této souvislosti uvedli jako důvody například rozmanitost činností v jejich práci, což je myšleno především ve smyslu střídání terénní a administrativní práce,

vývoj či rozšiřování služby, dále také to, že je jejich práce zajímavá či komunikace s lidmi.

*„Jako práce jako taková určitě mě baví.“ (8)*

*„Jinak obecně v té práci mě baví, že se to nějak vyvíjí, že i za tu dobu co jsem tady, a že jsem tady dlouho, tak přišlo hodně klientů, služby se rozšířily, dělaly se nějaké přístavby, že je to prostě takový, že to není úplně statický.“ (5)*

*„Asi ta mnohoznačnost... Že je to každý den jiný, každý šetření je jiný, většinou jsme lidi mobilní, nás to nebaví sedět furt jen v kanceláři.... Tím že my to máme rozdělený na tu administrativu plus to šetření venku, je to pro mě takový ulehčený v uvozovkách.“ (1)*

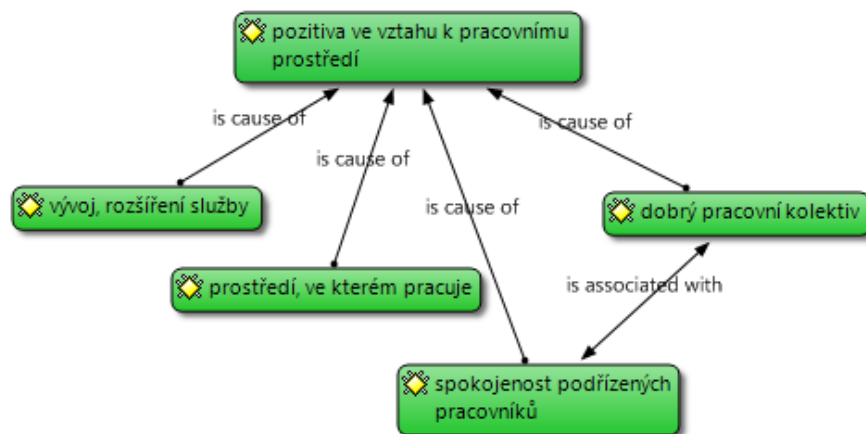
*„Ale zas je fajn, že když někdo vypadne, tak jdu do terénu a jinak si je snažím aspoň tak 2x do roka obejít a zjistit, jestli jsou spokojený, jestli nepotřebujou něco jinak.“ (13)*

*„A co nás těší. No asi ti klienti.“ (14)*

*„...Že si tady s nima můžu sednout, nebo mi povypráví svoje problémy, říkají mi hodně zážitky, máme tady operní zpěvačku, spoustu učitelů, dokonce profesora, který učil na Harvardu, takže zjišťovat ty informace a že jim můžu nějak pomoci.“(4)*

## Pozitiva ve vztahu k pracovnímu prostředí

Obrázek 24: Pozitiva ve vztahu k pracovnímu prostředí



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP)

Pro to, aby se pracovník ve své práci cítil dobře, je bezpochyby velmi důležité i prostředí, ve kterém pracuje. S tím se shodují i výpovědi dotazovaných, kteří uváděli při výkonu jejich profese jako pozitivní i pracovní prostředí, vývoj a rozšiřování organizace, ve které pracují, dobrý pracovní kolektiv či spokojenost podřízených pracovníků, což s dobrým pracovním kolektivem úzce souvisí.

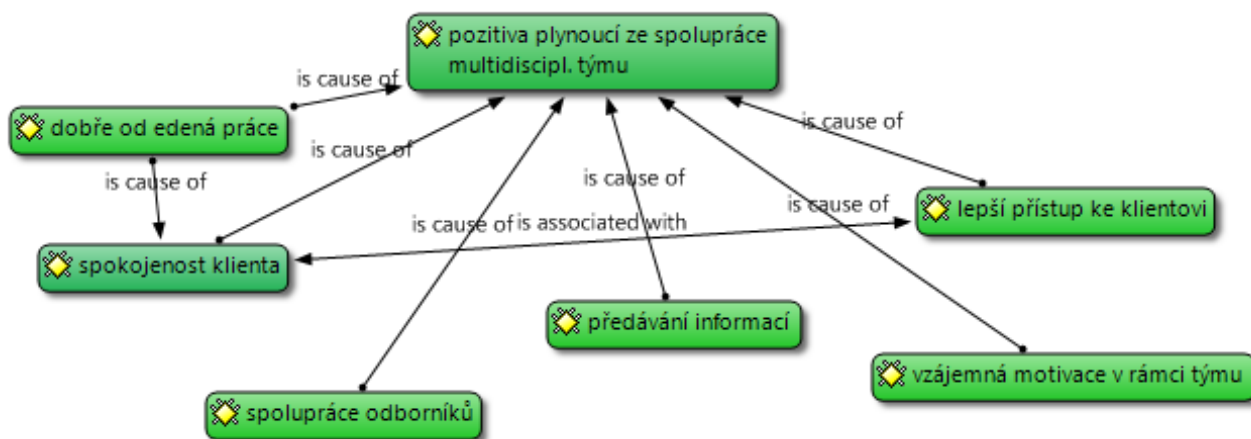
„Že jsem v teple, to je pozitivní, máme tu dobrou kolektiv, rozumíme si.“(7)

„A ještě jinak co se týká jiné organizace (změněno autorem pro zachování anonymity), tak tam to taky funguje. Na ty prostě nedám dopustit. Opravdu nedám. Mám tu zkušenosti, že tam je ten přístup, klobouk dolu.“(2)

„A i asistenti, když jsou spokojení. I pro ně je klient hnacím motorem“(13)

## Pozitiva plynoucí ze spolupráce multidisciplinárního týmu

Obrázek 25: Pozitiva plynoucí ze spolupráce multidisciplinárního týmu



Zdroj: Výzkum s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)“ zpracováno v Atlas.ti 7

Pozn.: is associated with – souvisí s; contradicts – je v rozporu s; is part of – je součástí, is cause of – je příčinou; is a - je (překlad autorka DP

Jak jsem zmínila již u popisu negativ, plynoucích ze spolupráce multidisciplinárního týmu, dotázaní vnímali spolupráci odborníků spíše jako pozitivní. Na fungování multidisciplinárního týmu ocenili především lepší přístup ke klientovi, vzájemnou spolupráci odborníků a předávání informací, vzájemnou motivaci v týmu a dobře odvedenou práci (pozitivní výsledek spolupráce).

„Lepší přístup ke klientovi. Snáz se zajistí jeho potřeby, protože každý máme něco, co můžeme vyřídit a vzít z toho svého, a když se to dá dohromady, tak se z toho dá docela nějak vycházet potom no.“(5)

„Lidi můžou říct co a jak u každého klienta, nemusí se to hledat v systému, když to tam polovina lidí nepíše, jsou ty informace, no.“(7)

„Určitě je to lepší, když je ten tým odborníků, každé ten odborník se zaměřuje na něco jiného, no. Každé člověk na to má jiné pohled, každé s ním pracuje jinak.“(11)

*„A to, že jsou tam ty lidi na místě a můžou to řešení vymyslet rovnou a pak teda to, co se týká klienta, tak určitě je strašně důležitý, že vidí, že je tu, já nevím, 6 lidí, kteří se zajímají, co s ním bude dál, protože samozřejmě bohužel ty jejich sociální vztahy a vazby jsou nejčastěji jen v rodině a u nás, ale že by měli podporu někde jinde, to bohužel moc nemají. “... „Takže i získání sebevědomí v tom, aby si více věřili, více se uměli rozhodovat v různých věcech, v tom je to taky důležitý.“(5)*

*„No bez té spolupráce to nejde. Pokud má člověk postižen mozek, tak ten člověk nám to neřekne a tam to bez spolupráce a koordinace nějak absolutně nejde. Ta práce by byla chaotická a tomu člověku by to nic nepřineslo. “... „Bez spolupráce tam není nějaký pozitivní výsledek jo. “...“Pokud bysme si každý hrál na svém písečku, tak ta péče nemůže být komplexní a ten člověk, to bude zkrátka ode zdi ke zdi. Nevím jak to říct, ale zkrátka to je to ohromný pozitivum.“(6)*

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že negativa převažují nad pozitivy, což by mohl být zásadní problém především kvůli riziku vzniku syndromu vyhoření, který je v pomáhajících profesích poměrně častým jevem.

## 6. Diskuze

Cílem diplomové práce bylo dle subjektivních výpovědí sociálních pracovníků zjistit, jaká vnímají pozitiva a negativa sociální práce s osobami po poškození mozku, aby bylo možné si představit komplexní obraz práce sociálního pracovníka s touto cílovou skupinou.

Byla použita kvalitativní výzkumná strategie, technika rozhovoru pomocí návodu u sociálních pracovníků z navazujících organizací, které se zaměřují i na osoby po poškození mozku. Data byla zpracovávána v programu Atlas.ti7. Dále byla vytvořena komplexní mapa zahrnující hlavní negativa, která sociální pracovníci ve své práci pociťují (mapa č. 1) a stejným způsobem i pozitiva (mapa č. 18). Dílčí mapy byly zahrnuty přímo ve výzkumné části diplomové práce.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že jeden z negativ při sociální práci je přemíra **administrativy**, která je časově náročná a časově převažuje nad přímým kontaktem s lidmi. Nutnost zpracovávání administrativy popisuje ve své knize i Malík Holasová (2014), která píše, že kvalita sociální práce s sebou nese i možnost zvýšeného množství administrativy, přetížení pracovníků i zkrácení času na přímou práci s klienty. Administrativa se taktéž týká samotného provozu služby, plánování, organizace, s tím také souvisí standardy kvality služeb, jejich dodržování, kontrolování inspekce. Dle Malík Holasové (2014) je patrné, že sociální pracovníci se musí naučit služby popsat a naplánovat, také je rozvíjet a stanovit jejich náklady, organizace jako taková musí rozvíjet standardy kvality a zvládat požadavky inspekcí i auditů kvůli kontrole kvality služby. V českém prostředí panuje názor, že kvalita sociální práce standardům sociální práce, v ostatních evropských zemích je takové hledisko posuzování kvality pouze jedno z mnoha (Malík Holasová, 2014). Nároky na pracovníka z důvodu administrativy popisuje ve své knize i Mahrová (2008), která uvádí, že všechny aktivity, které jsou spojeny s prací s klientem, je třeba administrativně zapracovat, zpracovávají se anamnézy, v dokumentech by měly být zachyceny veškeré informace, které se klienta

týkají, a to i včetně záznamu po pozorování a průběhu rozhovoru, zapisuje se i každý kontakt s klientem.

Jako další negativum se ve výsledcích objevuje **finanční aspekt**, a to nejen ve formě financování služby a s tím spojeným nedostatečným finančním ohodnocením pracovníků, tak také s finanční náročností služby pro klienta.

Sociální služby mají k dispozici jen omezené finanční zdroje závislé na sociálně-politických podmínkách (Mülhausen, 2004). Malík Holasová (2014) dále uvádí, že finanční zdroje pro sociální práci předurčují podobu sociálních služeb, která může být jejich úbytkem výrazně limitována; provozovatelé sociálních služeb usilují o to, aby poskytování služeb bylo co nejefektivnější a maximálně hospodárné (potřebnost + úspora ale zároveň umožňující dosažení cílů). Kvalita je stanovena ve střetu zákonem formulovaných cílů, individuálních očekávání a profesních cílů v kontextu aktuální společenské a odborné diskuze a v návaznosti na dostupné finanční zdroje (Malík Holasová, 2014).

Komplexně o těchto negativech píše i Holmerová Iva, a kol. (2015), ve své knize popisuje problematické oblasti, které mají nepříznivý vliv na kvalitu služeb například **nedostatečné vzdělání zaměstnanců, zahlcení administrativou. To zabírá čas pracovníků, který by mohl být vynaložen účelněji. Dále je zmiňováno nedostatečné financování a nedostatek personálu, administrativní i legislativní bariéry**, jež způsobují mnohdy nedostatečnou kvalitu služeb.

**Nedostatek personálu** a času na odpočinek je dle Špirudové (2015) jednou z možných příčin rozvoje **syndromu vyhoření**. Dle z výzkumu vyplývá, že **pocit syndromu vyhoření, únavy, zoufalství či vyčerpání** není u sociálních pracovníků výjimečný jev. Jak píše Paulík (2010), syndrom vyhoření patří k negativním důsledkům intenzivního nebo dlouhodobého rozporu mezi kladenými nároky a adaptabilitou člověka zejména v emocionální rovině.

Co se týká syndromu vyhoření, je velmi úzce spjat i s nedostatečnou motivací. Právě ta je dle výsledků jedna z hlavních překážek v sociální práci. Jak uvádí i Matoušek (2003), syndrom vyhoření je stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí; pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, klesá i sebevědomí, chování ke klientům je patrný zvětšující se odstup, důraz na pravidla a disciplínu, na formální stránky program, na racionalitu, někdy i na výslovně odmítavé nebo na negativní postoje.

V rámci **legislativy**, pracovníci pociťovali velké překážky především v častých novelizacích zákona, které musí neustále hlídat a sledovat, z výsledků je taktéž patrné, že sociální pracovníci pociťují rozpor mezi legislativou a praxí. Jak vyplynulo z výzkumu, legislativa je jednou z důvodů rostoucí administrativy sociálního pracovníka a má přímou souvislost s časovou náročností činností. Služby sociální práce jsou výrazně regulovány národní či nadnárodní legislativou (Mülhausen, 2004). S výsledky se shoduje i Mahrová (2008), podle níž sociální pracovník se musí orientovat v zákonech a rozumět jejich účinnosti, nestačí pouze teoretická znalost, je nutné znát i výklady a konkrétní postupy a toto vše teoreticky aplikovat, sociální pracovník musí také umět zacházet s úředními materiály.

Mahrová (2008) také popisuje **nedostatek navazujících organizací**, tedy možný problém návaznosti a dostupnosti péče, tehdy bývá sociální péče nahrazena zdravotní péčí a pacient, který potřebuje komplexní službu, je odsunut do oblasti, kde jsou potíže pouze řešeny pouze léky, a to zbavuje nemocného možnosti převzít za svou léčbu odpovědnost.

Jako další negativum v práci s klienty po poškození mozku je **nespolupráce rodiny či klienta, ten mnohdy na sociálního pracovníka deleguje činnosti, které nemá sociální pracovník v popisu práce**. Tím pádem se sociální pracovník dostává pod tlak a časovou tíseň tím, že dělá činnosti i nad rámec jeho povolání. To má za následek vyčerpání a může vyústit také v syndrom vyhoření. Obdobnou situaci popisuje ve své knize i Tomeš (2017), nezřídka se stává, že klient deleguje na sociálního pracovníka odpovědnost za kompetence a schopnosti, které ze své odbornosti nemá.



Poškození mozku je velmi závažné onemocnění a jeho následky mohou být pro člověka nemalé. Následkem poškození mozku může mít klient sklony k agresi či nevhodnému chování, především terénní sociální pracovníci pak mohou při práci s takovýmto klientem pociťovat strach či úzkost. Jak píše Feigin (2007) v důsledku poškození mozku se mohou objevit emoční problémy, například neschopnost vyjádřit se vede k podrážděnosti, mohou se objevit i náhlé a nekontrolovatelné výbuchy emocí, tyto mohou vést až k agresi.

Negativa, která oslovení sociální pracovníci při své práci pociťují, byla uváděna v širokém spektru. Negativa jsou ve výpovědích sociálními pracovníky brána konkrétně k pacientům po poškození mozku a zaměřena více na specifika dané služby, ve které sociální pracovník působí. Pozitiva práce se téměř shodovala u všech oslovených pracovníků a byla směřována spíše k sociální práci obecně. Jako pozitivum na své práci dle výsledků výzkumu sociální pracovníci hodnotili **spokojenost klienta**, což úzce souvisí s **pocitem dobře odvedené práce a pozitivní zpětnou vazbou**.

Pozitivní zpětná vazba je jednou z prevencí syndromu vyhoření, jak též uvádí Maroon (2012), činitelé zabráňující vyhoření jsou kvalifikace a vědomosti, smysluplnost vlastní role, komplexní, motivující práce, rozvíjení vlastních schopností a pozitivní zpětná vazba; to, co si ostatní o práci sociálního pracovníka myslí, pro něj má zásadní význam a vypovídá o jeho úspěšnosti.

**Pocit dobře odvedené práce**, jako další pozitivum, souvisí taktéž se zpětnou vazbou a se spokojeností klienta a **pomoci lidem**, což je v sociální práci důležité, jak ostatně potvrzuje Elichová (2017), kdy z hlediska širšího profesního zařazení sociální práce je důležité její vymezení jako součástí pomáhajících profesí, které se zakládají na pomoci člověku.

S prevencí syndromu vyhoření se úzce pojí i dva další faktory, které dotazovaní sociální pracovníci uvedli jako pozitiva ve své práci. Je to skutečnost, že sociálního pracovníka jeho práce baví a k prevenci syndromu vyhoření se váží také pozitiva ve vztahu k pracovnímu prostředí (dobrý pracovní kolektiv či příjemné pracovní prostředí). Jak

rovněž popisují Kelnarová a Matějková (2010), při prevenci vyhoření jsou především důležité vztahy na pracovišti; při napjaté atmosféře nebo výskytu mobbingu jsou zaměstnanci ohroženi vyhořením.

Spolupráci multidisciplinárního týmu hodnotili oslovení pracovníci jako prospěšnou. Co se týká negativ spolupráce, ve výpovědích byla zmiňována možnost rozdílnosti názorů pracovníků či neshody, tento jev popisuje i Mahrová (2008).

Problémy týmu mohou být neshody ve spojení s různými motivy pomoci či léčbě, různé vzdělání nebo pozice pracovníků, neochota spolupracovat nebo naslouchat někomu, kdo má jiné východisko v péči o klienty. Solheim (2007) ve své knize popisuje fakt, že se mnohdy nedaří sladit jednotnou intervenci v péči o pacienta a toto pak následně vede k menší efektivitě týmu. Dále oslovení informanti zmiňují i časovou náročnost schůzek či samotné sladění termínu schůzky se všemi členy týmu. To vzhledem k jednomu ze jmenovaných negativ – časové náročnosti činností – je pro sociálního pracovníka zatěžující. Jak je z výsledků patrné, mnohdy nemůže být multidisciplinární tým realizován kvůli nedostatku kvalifikovaného personálu, což je také jedno z negativ, které sociální pracovníci ve výpovědích uvedli.

Pozitiva, která multidisciplinární tým dle pracovníka přináší, jsou především lepší přístup ke klientovi, spolupráce odborníků, předávání informací, vzájemná spolupráce odborníků či motivace v týmu. Výsledky v multidisciplinárním týmu pak přináší zejména týmová dynamika a spolupráce jednotlivých odborných složek týmu (Kuzníková, 2011).

### ***Možná zkreslení výzkumu***

V případě výzkumu se společenskovedním zaměřením, se zkreslení prakticky vyhnout nelze (Schatzman, Strauss, 1973). Zkreslení mohlo být ovlivněno například současnou náladou dotázaného, jeho sdílností a v neposlední řadě také interpretací tazatele.

## 7. Závěr

Diplomová práce je zaměřena na sociální práci s osobami po poškození mozku a je součástí projektu GAJU s názvem "Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S)". Do této práce byli zapojeni sociální pracovníci a sociální pracovnice z Českobudějovicka, kteří pracují s osobami po poškození mozku.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První – teoretická část – je zaměřena na základní popis poškození mozku, dále popis cévní mozkové příhody. Následně je zde popsán koordinovaný rehabilitační tým, role sociálního pracovníka. Dále je uvedena zátěž, které sociální pracovník, jakožto osoba v pomáhající profesi může čelit a syndrom vyhoření, který se může objevit jako důsledek této zátěže. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká pozitiva a negativa pocítují sociální pracovníci při své práci s osobami po poškození mozku a co je jejich příčinou.

Z výsledků práce vyplynulo, že sociální pracovníci při své práci s osobami po poškození mozku vnímají především tato negativa:

- Administrativa, která v důsledku legislativy stále narůstá a převažuje nad prací s klientem, je časově náročná a obsáhlá.
- Finance – které se týkají jak financování služby, tak nedostatečných prostředků na odměny pro zaměstnance, tak i finanční náročnosti služeb pro klienty.
- Nedostatek kvalitního personálu, který je zapříčiněn právě nedostatečným ohodnocením pracovníků i nedostatkem benefitů pro zaměstnance.
- Časová náročnost činností, která souvisí s administrativou a s faktem, že sociální pracovník pracuje mnohdy i nad rámec svých pracovních povinností a kompetencí, což má za následek vyčerpání.
- Nespolupráce rodiny klienta nebo nedostatečný zájem rodiny o klienta, mnohdy i nesoulad představ rodiny a klienta. Sociální pracovník se pak ocitá v roli mediátora mezi klientem a rodinou.

- Legislativa, která se mnohdy neslučuje s praxí, sociální pracovníci musí sledovat aktuální novelizace zákonů, což oslovení hodnotí jako časově náročné i vyčerpávající.
- Absence navazujících organizací pro pacienty po poškození mozku, nebo jejich finanční náročnost pro klienta.
- Nedostatek kompetencí/pravomocí/informací. V důsledku toho pak sociálnímu pracovníkovi chybí důležité informace o klientovi a tato nedostatečná informovanost má vliv i na kvalitu poskytované péče.
- Sociálním pracovníkům také chybí motivace, a to nedostatečné finanční ohodnocení či chybějící benefity pro zaměstnance, tak konflikty s úřady. Tyto skutečnosti mají za následek pocit psychického vyčerpání a zoufalství, které může vézt až k syndromu vyhoření.

Z analýzy výsledků dále vyplynulo, že sociální pracovníci subjektivně vnímají při práci s pacienty po poškození mozku nejčastěji tato pozitiva: spokojenost klienta, pomoc lidem, pocit dobře odvedené práce, pozitivní zpětná vazba, práce „baví“, pozitiva ve vztahu k pracovnímu prostředí.

Stejně tak jako u negativ, tak i pozitiva, která sociální pracovníci při práci pocítují, jsou různorodá, jedná se o velmi širokou škálu výpovědí. Ta je zapříčiněna především různorodostí navazujících organizací, ve kterých byl výzkum prováděn. Výpovědi poskytli jak pracovníci v terénních službách, tak pracovníci v ambulantních a pobytových službách.

Z výzkumu vyplynulo, že jako pozitivní hodnotí dotazovaní sociální pracovníci především spokojenost klienta, která se odvíjí od dobře odvedené práce.

Kladně hodnotí oslovení i pozitivní zpětnou vazbu od klienta k sociálnímu pracovníkovi, ta jej pak motivuje a posiluje pocit dobře odvedené práce. Pozitivní zpětná vazba se dá také považovat za jeden z možných preventivních opatření proti syndromu vyhoření.

Ve své práci hodnotí sociální pracovníci i skutečnost, že mohou pomáhat lidem a také to, že je práce baví.

Další pozitiva vnímají sociální pracovníci i ve vztahu k pracovnímu prostředí. Zde je zmiňován například dobrý pracovní kolektiv či vývoj a rozšiřování organizace, ve které dotazovaní působí.

Další pozitiva pro oslovené sociální pracovníky plynou i ze spolupráce v multidisciplinárním týmu. Zde je pak vyzdvihována především spolupráce odborníků, vzájemné předávání informací či vzájemná motivace pracovníků.

Výsledky této práce slouží jako dílčí část pro sestavení komplexních výsledků koordinované rehabilitace u pacientů po poškození mozku z projektu GAJU. Výsledky z výzkumu byly publikovány v rámci výše zmíněného projektu.

## 8. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BARTOVA, M., VACKOVA J., MANDATOVA, K., PRASKOVA, A., MATEJKOVA, A. *NEEDS OF FAMILIES OF PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, www.sgemvienna.org, SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19 - 21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 669-676 pp, DOI:10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.085
3. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 204 s. ISBN 978-80-246-3809-6.
4. ČÍPKOVÁ, I., 2015. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. Sociální práce / Sociálna práca / Czech and Slovak Social Work [online]. 2015(4), 1 [cit. 2018-07-04]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>
5. ČÍŽKOVÁ, K., STYBOROVÁ, M., ŽÍLOVÁ, T., 2011. *Člověk po poranění mozku na zdravotně-sociálních odborech: jak můžete pomoci?*. Praha: Cerebrum - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 48 s. ISBN 978-80-904357-4-2.
6. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 374 s. ISBN 9788024619668.
7. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.

8. FEIGIN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. 208 s. ISBN 80-7262-428-7.
9. HÁJEK, K., 2012. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 3. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-0221-9.
10. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
11. HAWKINS, P. SHOHEET, R. 2016. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-0987-4.
12. HENDL, J., 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Páté, rozšířené vydání. Praha: Portál. 736 s. ISBN 978-80-262-0981-2.
13. HOLMEROVÁ, I., 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
14. HOSKOVCOVÁ, M., HEREJKOVÁ, I., NIKOLAI, T., PEŠTOVÁ, T., 2014. *Metodická příručka pro odborníky pracující v oblasti NEUROREHABILITACE*. Praha: Erudis, o. p. s, 26 s.
15. JANKOVSKÝ, J., HOLUB, M., MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D., TAJANOVSKÁ, A. a MICHELOVÁ, R. 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
16. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
17. KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
18. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

19. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů 1. díl. Praha: Grada. 2010. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
20. KÖLBEL, F., 2011. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum, 308 s. ISBN 978-80-246-1962-0.
21. KRULOVÁ, A., VACKOVÁ, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2017. *Community-based rehabilitation system for people with acquired brain injury in the Czech Republic {from the point of view of occupational therapist}*. In: Brain Injury Journal. 31 (6-7), 852-3, 2017. DOI:10.1080/02699052.2017.1312145.
22. KUZNÍKOVÁ, I., GOJOVÁ V., HOLASOVÁ V., et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
23. LUDEWIG, K., 2011. *Základy systemické terapie*. Praha: Grada, 111 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3521-4.
24. MACEK, Z., 2007. *Systemický přístup*. In: MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, s. 222-226. ISBN 80-7178-473-7.
25. MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
26. MANDÁTOVÁ, K., VACKOVA J., BARTOVA M., PRASKOVA A., MATEJKOVA A. *POSITIVE AND NEGATIVE ASPECTS OF SOCIAL WORK WITH PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL WORKER*. In: 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, www.sgemvienna.org, SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19 - 21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 691-698 pp, DOI:10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.088.
27. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.



28. MARŠÁLEK, P., ŠVESTKOVÁ, O., JANEČKOVÁ, M., ŽÍLOVÁ, T., 2011. *DOPORUČENÍ K ORGANIZACI SYSTÉMU ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČE O PACIENTY PO ZÍSKANÉM POŠKOZENÍ MOZKU*. 1. Praha: CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 77 s. ISBN 978-80-904357-5-9.
29. MARŠÁLEK, P., ŠVESTKOVÁ, O., JANEČKOVÁ, M., ŽÍLOVÁ, T., 2011. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Praha: CEREBRUM - sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. 77 s. ISBN 80-904357- 5-9.
30. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 228 s. ISBN 80-7178-549-0.
31. MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
32. MATOUŠEK, O., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
33. MUHLHAUSEN, David B., [2013]. *Do federal social programs work?.* Santa Barbara: Praeger. 401 s. ISBN 9781440828041.
34. NOVÁK, T., *Sám sobě psychologem 2*. Praha: Grada Publishing, 2010. 187 s. ISBN 978-80-247-2956-5.
35. PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
36. PECHOUSKOVA, K., VACKOVA, J., KRULOVA, A., MATEJKOVA, A., PRASKOVA, A.. *PATIENTS' NEEDS AFTER BRAIN STROKE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, www.sgemvienna.org, SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19 - 21 March, 2018,

Vol. 5, Issue 3.1; 683-690 pp, DOI: 10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.087  
Patients' Needs After Brain Stroke

37. PFEIFFER, J., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
38. POWELL, T., 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 200 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
39. PRASKOVA A., VACKOVA, J., MATEJKOVA, A., PECHOUSKOVA, K., BENDOVA, M. *COORDINATED REHABILITATION AND ITS IMPLEMENTATION IN ORGANIZATIONS WORKING WITH PERSONS AFTER ACQUIRED BRAIN DAMAGE*. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, www.sgemvienna.org, SGEM2018 Vienna ART Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-32-4 / ISSN 2367-5659, 19 - 21 March, 2018, Vol. 5, Issue 3.1; 595-602 pp, DOI: 10.5593/sgemsocial2018H/31/S13.075
40. PRAŠKO, J., 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti: [výuková pomůcka pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol]*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. 201 s. ISBN 80-247-0185-5.
41. SEIDL, Z, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 9788024727332.
42. SEIDL, Z, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
43. SCHATZMAN, L., STRAUSS, A., L. *Field research. Strategies for a Natural sociology*. Dentice-Hall, Inc., Engelwood Clils, N.J. , 1973. 149 s. ISBN 0-13-31451- 1.
44. STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

45. ŠPAČKOVÁ, A., Umění dialogu. Praha: Grada Publishing, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3810-9
46. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004, 197 s. ISBN 80-247-0586-9
47. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
48. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., DRUGA, R. PFEIFFER, J. a VOTAVA, J. 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0084-2.
49. TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-3612-2.
50. TOUŠEK, L., 2011 *Analýza kvalitativních dat*. [online]. [cit. 5.4.2018]. Dostupné z: [http://www.antropologie.org/cs/system/files/caqdas\\_prase\\_tousek.pdf](http://www.antropologie.org/cs/system/files/caqdas_prase_tousek.pdf)
51. ÚLEHLA, I, 2007. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 128 s. ISBN 8086429369.
52. VENGLÁŘOVÁ, M a MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
53. WHO, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
54. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, 2006. In: . Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf)

## **Seznam použitých zkratk**

CMP – cévní mozková příhoda

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

PNP – příspěvek na péči

TIA – tranzitorní ischemická ataka

ÚP – úřad práce

WHO – Světová zdravotnická organizace

## **Seznam příloh**

1. Otázky k rozhovoru
2. Průvodní dopis
3. Článek *POSITIVE AND NEGATIVE ASPECTS OF SOCIAL WORK WITH PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL WORKER*
4. Článek *NEEDS OF FAMILIES OF PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE.*

## SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

1. Vyprávějte mi o své práci – jakým způsobem pracujete s klientem? Popište mi prosím celý průběh spolupráce – tedy od prvního kontaktu dále.
2. „Identifikační údaje“ (věk, vzdělání, předchozí praxe, délka současné praxe...)
3. Jaké typy klientů máte ve své praxi?
4. Existují nějaké specifické postupy/metody při práci s pacienty po poškození mozku?
5. Je třeba používat nějaké specifické postupy při práci s rodinou klienta po poškození mozku?
6. Můžete mi práci s těmito klienty podrobněji popsat?
7. Jaké jsou nejčastější potřeby klienta/rodiny?
8. Jak tyto potřeby reflektujete?
9. Co vás na práci nejvíce těší? Co je největší překážkou?
10. Jaké administrativní úkony tato práce obnáší?
11. Popište mi prosím, jak je zapojena rodina do řešení situace klienta.
12. Co očekáváte o rodinných příslušnících klienta/klienta? Naplňují se tato očekávání?
13. Jak byste zhodnotil/a práci s rodinou/klientem?
14. Spolupracujete s jinými odborníky nad vybraným případem? Se kterými?
15. Jaká je náplň práce těchto profesí? Popište mi běžný den sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a dalších odborníků.
16. Popište mi prosím vzájemnou spolupráci těchto odborníků. Jak to probíhá?
17. Jak často se schází tým odborníků nad vybranými případy?
18. Kdo koordinuje práci jednotlivých odborníků?
19. Kdo dělá zhodnocení spolupráce?
20. Jak dlouho pracujete s klienty? Uveďte doby nejdelší a nejkratší spolupráce (dále průměrné – pokud to lze).
21. Jaká pozitiva může spolupráce mezi členy týmu přinést?
22. Jaká negativa může spolupráce mezi členy týmu přinést?

## Příloha č. 2



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Vážený pane řediteli,

dovoluji se na Vás obrátit s žádostí o spolupráci. V letošním roce jsme zahájili tříletý projekt u Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích zaměřený na koordinovanou rehabilitaci u pacientů s poškozením mozku (reg. č. GAJU 138/2016/S). Analýza potřeb pacientů povede k návrhům na řešení/saturaci těchto potřeb - bude mít tedy přímý dopad do života oslovených jedinců. Výsledky z výzkumu se stanou součástí publikačních výstupů z výše zmíněného projektu.

Cílem projektu je zjistit kvalitu života pacientů po poškození mozku a zapojit do řešení zdravotní a sociální situace multidisciplinární tým odborníků (ergoterapeuta, fyzioterapeuta a sociálního pracovníka).

Navázáním spolupráce nabízíme možnost pomoci při kontaktování zájemců o Vaši službu z řad pacientů s poškozením mozku, kteří se zúčastní výzkumu v rámci projektu.

Na projektu se podílí studentky magisterského studia, které na dané téma spojené s projektem vypracují své diplomové práce. Tyto práce budou součástí odborných publikací, které budou výstupy celého projektu.

Jedna z diplomových prací je zaměřena na Pozitiva a negativa sociální práce s osobami s poškozením mozku z pohledu sociálních pracovníků. Obracím se proto na Vás s dotazem, zda bychom mohli ve Vaší organizaci uskutečnit potřebné rozhovory se sociálními pracovníky, kteří s těmito osobami pracují.

Chtěla bych Vás tedy touto cestou požádat o navázání spolupráce.

Velmi děkuji za Váš čas,

**doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.**  
(za tým spolupracovníků a studentů GAJU)

**POSITIVE AND NEGATIVE ASPECTS OF SOCIAL WORK WITH PATIENTS  
AFTER BRAIN DAMAGE FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL WORKER**

**Mandátová Kateřina**

**Mgr. et Mgr. Vacková Jitka, PhD.**

**Bártová Marie**

**Prášková Anna**

**Matějková Andrea**

**Faculty of Health and Social Sciences, University of South Bohemia in České Budějovice**

**ABSTRACT**

The article is focused on social work with persons after brain damage. A brain damage caused both by a disease or by an injury constitutes a problem in the whole society. The coverage of follow-up care for persons after brain damage and for their families, provided by social service organizations, is often difficult particularly from the perspective of availability, quality of financial demandingness of such services.

The motive to research this issue consisted in the assumption that people after acquired brain damage and their families face a number of difficulties also with respect to continuity of the services or to involvement and cooperation of a multidisciplinary team. Not only the families face many obstacles in the follow-up organizations. The social workers - as helping professions - may perceive negative aspects of their work and pressure both from the state (legislation, administrative burden, financial remuneration), and from the organization where they work, from the patient and from the patient's family. All that may have negative impact on their work. The study also tries to map the positive aspects of the work of social workers. The study uses subjective statements of social workers working in follow-up organizations for brain damage patients in České Budějovice to find out which positive and negative aspects of social work with the



above stated patients they perceive, in order to make a comprehensive picture of the work of a social worker with brain damage patients.

The study should result in a proposal for overcoming the negative aspects and in mapping the positive aspects perceived by the social workers when working with clients after brain damage. The results of the work will also contribute to compile comprehensive results of coordinated rehabilitation of brain damage patients within the GAJU project called "Coordinated rehabilitation of brain damage patients (reg. No. GAJU 138/2016/S)". The work can also contribute to improve the level of information of the families of people after brain damage with respect to the options, continuity and availability of social care services.

Keywords: coordinated rehabilitation, brain injury, positive aspects, negative aspects, social work

## **INTRODUCTION**

The brain damage is a relatively frequent and serious society-wide problem affecting not only the patient but also the patient's family. The physical and financial availability of the follow-up services for persons after brain damage is very important. The quality of the services provided is very important as well. As for the quality of the care provided in the follow-up organizations, it may be influenced by a number of factors. Social workers may perceive negative aspects of their work for many reasons. They may consist in legislative obstacles, organization management, excessive number of clients, and many other reasons. The study includes also mapping of the positive aspects perceived by the social workers in their work. The study uses subjective statements of social workers working with brain damage patients in České Budějovice to find out which positive and negative aspects of social work with the above stated patients they perceive, in order to make a comprehensive picture of the work of a social worker with brain damage patients. The results of the work will also contribute to compile comprehensive results of coordinated rehabilitation of brain damage patients within the GAJU project called "Coordinated rehabilitation of brain damage patients (reg. No. GAJU 138/2016/S)". The work can also contribute to improve the level of information

of the families of people after brain damage with respect to the options, continuity and availability of social care services.

### Brain damage

The human brain can become damaged under different circumstances; it may be an acquired damage caused by injury, by brain disease, or it may be a congenital damage [1]. The term "acquired brain damage" covers damages which are not congenital or degenerative; the acquired brain damages include:

- brain stroke
- infection (meningitis or encephalitis)
- hypoxia – lack of oxygen in the brain
- brain tumours
- neurotic disorders
- head injuries [2].

### Brain stroke

The most frequent brain damage is caused by brain stroke (hereinafter abbreviated as BS). BSs constitute one of the main causes of mortality worldwide [10]. The brain strokes seriously affect the brain tissue; they can be divided into ischaemic strokes caused by hypoperfusion and haemorrhagic strokes caused by bleeding [4].

In many cases, the brain stroke is caused by combination of medical factors like high blood pressure, hypertension, diabetes, etc., and addiction causes like smoking; it is stated that most brain strokes can be prevented by control of the above stated risk factors, either through therapeutic means or through change of life style; but there are risk factors that cannot be prevented. [3]. Such uninfluenceable risk factors include for example the age or hereditary dispositions; some authors [4], [5] include also the race or gender among the uninfluenceable risk factors. The medical factors include:

- Hypertension
- High blood fat level
- Atherosclerosis
- Different heart disorders
- Genetic factors

- Migraines [3].

Many of the factors influence each other; one may strengthen the effect of another, or vice versa; the risk of brain stroke rises with the number of risk factors. But most of them can be prevented. [3]. The life-style related risk factors include: smoking, bad regimen, wrong nutrition, stress, lack of sleep, lack of exercise, excessive consumption of alcohol, use of drugs or hormonal contraception, etc. [3].

The care for a patient with brain damage caused by brain stroke or by another brain damage should be interconnected. The interconnection of care can be supported by the use of a multidisciplinary team of professionals that will be dealt in next section. The team of cooperating professionals may provide the patient and the family with comprehensive and efficient care.

#### Multidisciplinary team

„To build a successful multidisciplinary team, able to cooperate in high-quality and efficient manner, it is necessary to define, additionally to its goals, particularly the basic principles of activity (ideological base) with which all team members could (and should) identify“ [6].

The multidisciplinary team decides when the rehabilitation will be started; it should be started as soon as the patient's health condition allows it; in some cases, the patient's rehabilitation can be started within the first 24 hours after the brain stroke; in other cases, the rehabilitation is started in the following days or weeks [3]. The rehabilitation starts in the hospital, first in the brain stroke ward or in another ward, then in a specialized rehabilitation centre or ward; but that does not put an end to the patient's rehabilitation; it continues even after the patient's release from the hospital, either in specialized ambulant centres or at home; the rehabilitation is aimed at restoring the patient's self-sufficiency or at reducing the patient's reliance on another person to a minimum [3].

#### Composition of multidisciplinary team

The multidisciplinary team should include professionals from health care, social care and nursing areas. The team prepares an individual plan to organize the scope and

contents of the care to be provided to the patient [1]. The team usually has the following members:

- Social worker - carries out social investigation and social agenda, consultancy about benefits and social services, screening activities, etc. [1].
- Physician - makes the diagnosis and proposes the therapy [3]. During the patient's stay in the hospital makes examinations and prescribes medication [2]
- Physiotherapist - helps the patient to restore the capability of using the muscles and joints; helps the patient to put together individual and efficient exercises and their sequences for the patient to return to the original physical fitness as soon as possible; helps the patient to train skills like walking with the walker, standing up or moving from the wheelchair, exercises fine motor skills with the patient and puts together exercises individually adapted to each patient's health condition [2]
- Ergo-therapist - plays an important role in the care for the patient, particularly in the first rehabilitation stage; cares that the patient tries to perform the activities independently and without other person's need [2]. The ergo-therapist must first assess the patient's ability to carry out everyday activities like hygiene, toilet, dressing, during the patient's hospitalization and after release home; at the same time, the ergo-therapist should instruct the patient and the family or the caregiver about the safest way of carrying out the activities and recommend suitable equipment or aids for the easiest possible performance of the activities [3].
- Speech therapist - the speech therapist's role consists not only in helping to restore the patient's communication skills but also in participating in assessing the patient's ability to safely swallow food and liquids [3]. The speech therapist also helps the patient with spoken and written communication, has experience with communication aids and can suggest suitable exercises and efficient training for the patient to restore the original communication functions [2].
- Psychologist - people after brain stroke often suffer from depressions and anxieties, they may feel aggression or often mood shifts; the stay in the hospital may have negative impact on the patient's psyche too; the psychologist can help the patient to master such difficult situations and reveal the patient's motivation to recover [7].

## **SOCIAL WORK WITH PATIENT AFTER BRAIN DAMAGE**

### Social worker in multidisciplinary team

The social worker is one of the professional members of the multidisciplinary team; the social worker can help the patient to master the emotional and social consequences of the diseases; he/she should have good grasp of services and follow-up organizations when giving advice to the client and to the family [3]; further, the social worker helps to prepare an individual plan and to arrange follow-up rehabilitation care after the patient's release from the hospital.

### Follow-up organizations

At present there is a number of citizens associations helping the patients and their families to solve their changed life situation. They provide not only the opportunity of further rehabilitation or wellness stays but frequently also psychological, social, working and legal consultancy [3].

### Social workers' load

A relation must be established with all clients or patients; however, not always and not all clients share mutual affection with the social worker; in such case, professionalism and will must be engaged in order to overcome the difficulties and to make the relation work, which is very emotionally challenging [8]. The clients put high demands on the quality of the services provided, on flexibility and speed; the regulative environment in helping professions is often very stressing as well, as the authorities require continuous supply of different data, forms and official reports; increased workload ranks among risk factors; when the demands exceed the limit of what a person is capable to manage, stress arises. [9]. When working with the clients or patients, the staff faces many stress situations; the stress factors may accumulate and cause the burnout syndrome [8].

### Research methods

The set of respondents included social workers working with patients after brain damage in České Budějovice. The study was evaluated based on interviews made with the social workers; the evaluation was made under use of the ATLAS.ti program.

## **Results:**

The results of the interviews with the social workers working with patients after brain damage show that the negative aspects outnumber the positive ones. Social work, as a helping work, is endangered by burnout syndrome. It may be caused by the negative aspects perceived by the social worker during the work.

Administrative burden was the most frequent negative aspect in the social workers' answers. It was specified by each worker according to the specific service. It is for example the administration related to arranging of the allowance for care, to writing the requests, reports from social inquiries, invoices for the service, update of standards, keeping card files, writing case histories, records from meetings with the clients, etc. The administrative burden is usually perceived very negatively by the social workers; they feel to be rather administration workers than social workers, they spend more time over papers than with the clients; some of them feel frustrated, as the statement of one social worker confirms: „...there are different amendments of laws and you often become and administrative worker, which is frustrating. Because there is so much, really so much administration that you are like tied to the office chair“. Excessive administration work is confirmed also by statement 2: „At the beginning, when I started working 8 years ago, it was like half and half, there was work in the office and then I was upstairs with the people and it enriched me immensely, but sometimes there is too much work to do and to monitor and to record.“ Many social workers consider the administrative burden the biggest obstacle to their work: „Administration is the biggest obstacle, it hinders us to get to the clients“.

Time demandingness of the work is one of further negative aspects mentioned by the social workers. It is related to administration and to excessive social worker's workload. That is confirmed by statement No. 1: „When we are in field, then I spend much time to write it down.“ The negative aspect consisting in excessive work of social workers is confirmed by other statements too. „At the beginning, when I started working 8 years ago, it was like half and half, there was work in the office and then I was upstairs with the people and it enriched me immensely, but sometimes there is too much work to do and to monitor and to record.“

Legislative obstacles to the social worker's work are a great negative aspect too. The workers mention primarily the amendments to laws, the inconsistency of legislation with practice, etc. One of the negative aspects consists also in low interest of municipalities in developing the service or in caring for the clients who belong to the municipality.

Social workers also state that one of the negative aspects of their work consists also in funding of the service. That results in further negative aspects like lack of high-quality staff, as the statement of a social worker describes: „In order to have high-quality staff, you need to give them a high-quality pay, but social sphere just does not have funds“. According to the statements, insufficient funding of the services leads to insufficient number of professionals who would visit the organization to constitute a multidisciplinary team. The workers also agree in reporting insufficient wages or absence of benefits for social workers. According to some opinions, the lack of funds also leads to low number of follow-up organizations for patients after brain damage. „There was a time when I considered opening a day care centre. I had a wheelchair accessible flat at home; I calculated everything, including people who knew about that; I thought that I would not have any problems in finding assistants and rehabilitation workers; but the funds were a problem, yes. The costs were so huge that we abandoned the idea." Another negative aspect perceived by the social workers consists in the expensiveness of the service for the clients and for their families. Paid follow-up services usually are not used too much and the clients rather ask for unpaid services. That is confirmed by the statement of a social worker: „...if they have to pay all of it, they don't have money for it. It is a problem in general, money is always first."

Not only expensiveness of the services but also the lack of the organizations as such constitute a serious problem, as the statements show. Furthermore, the workers stated lack of competences or authorities or the fact that they often do not have access to the necessary information.

As for the negative aspects resulting from the social worker-patient/family relation, the workers mention for example lack of time for the clients, discrepancy of the patient's/family's ideas and the social worker's ideas („...that leads you to depression; you try something here, and the parent doesn't support it at home. Such things frustrate

you quite much“) or lack of the patient's or family's reliability (e.g. failure to observe the agreed meetings) or their lack of readiness to cooperate with the social worker. Another problem consists in the clients' nature - aggressive clients and the related fear during field work or unpleasant life conditions of the patient, which creates uncomfortable working environment for the field social worker. There is often missing feedback from the clients, which is perceived by the social workers as a negative aspect too.

The workers also reported to face lack of motivation because of increasing obstacles to work („It is worse and worse, the motivation, as the problems are increasing“), they do not enjoy their work, the negative aspects outnumber the positive aspects and they feel to be burnt out. That is described in the following statement: „If you ask me whether I like it here, so I am completely frustrated. But that was messed up by somebody at the ministry already... So now it is terrible, and all seniors' homes have the same situation."

The greatest positive aspect of social work with patients after brain damage included helping people, feeling needed and carrying out a meaningful and well done work. That can be seen for example in the following statement: „When somebody calls and thanks me and tells me that it is beneficial to him, so I feel such... I feel that I am not useless. It makes sense.“ That is naturally related to good feeling about the work. An important positive aspect consisted also in the improved situation or health of the client and of the family. The following statement is an example: „It is primarily important that we make everything well, so that the client is happy and satisfied. If we do everything for the client to be satisfied and if the health condition improves, then we have done everything well and we have met the goal of our multidisciplinary team.“ The fulfilment of the partial goals from the patient's individual plan is important too. A positive aspect of the social worker's work consists also in communication with people and in the related positive feedback.

Furthermore, the workers perceive positively also the variedness of their work, specifically the fact that the work is not monotonous. Administrative work takes turns with field work or with work at the client's home.



Positive aspects are perceived by the social workers also at their workplace. Specifically, they mention good working team, the related sharing of necessary information related to the client, good working environment or development of the service – expansion of activities or space.

### **Conclusion**

The study involving social workers showed that negative aspects outnumber positive aspects when working with clients after brain damage. The workers see the greatest obstacles particularly in the administrative load related to their work, as well as legislative obstacles and insufficient funding of the service, including the low wages for social workers. They see a great problem in lack of high-quality workers as well. According to the statements, the burnout feeling is not exceptional, due to high load imposed on the workers. That phenomenon is described in literature too [8].

The social workers perceive positively the following aspects: help to people, feeling of being needed and feeling of meaningful and well done work; communication or variedness of the work is important to the workers as well. Social workers perceive positive aspects at their workplace too - primarily good working team, sharing of necessary information and good working conditions.

To prevent the burnout syndrome, it is important to eliminate the negative aspects of the work, but it is often beyond the workers' powers, for example in case of challenging administration or legislation. But many aspects can be influenced by the workers. Social work with patients after brain damage is very challenging, and therefore the social worker should observe the principles of mental hygiene, not accept work beyond his/her job content or organize well his/her working hours.

### **REFERENCES**

- [1] VÁLKOVÁ, Monika. Dlouhodobá péče v ošetrovatelství. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-44-0.
- [2] POWELL, Trevor J. Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.

- [3] FEIGIN, Valery L. Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- [4] KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
- [5] SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. Neurologie pro studium i praxi. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- [6] JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- [7] KALVACH, Pavel. Mozkové ischemie a hemoragie. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.
- [8] VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [9] STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [10] VACKOVÁ, J., PECHOUŠKOVÁ, K., KRULOVÁ, A., MÍKOVÁ, M., BENDOVÁ, M. Coordinated rehabilitation of patients after brain damage - first study results. In 4th international multidisciplinary scientific conference on social sciences and arts SGEM 2017 Conference proceedings. Sofia, Bulgaria : STEF92 Technology Ltd., 51 "Alexander Malinov" Blvd., 2017, s. 441-446. ISBN 978-619-7105-95-7.

## **NEEDS OF FAMILIES OF PATIENTS AFTER BRAIN DAMAGE**

**Bártová Marie**

**Mgr. et Mgr. Vacková Jitka, PhD.**

**Mandátová Kateřina**

**Prášková Anna**

**Matějková Andrea**

<sup>1</sup> **Faculty of Health and Social Sciences, University of South Bohemia in České Budějovice**

### **ABSTRACT**

A brain damage accidentally originated in the course of life may be caused by injury, brain tumour, intoxication, inflammation or brain stroke. Brain strokes are one of the most frequent causes of death and permanent disability both worldwide and in the Czech Republic.

From the very acute phase of the disease, it is important to interconnect the individual rehabilitation components within coordinated rehabilitation and involvement of a multidisciplinary team. However, such interconnection and activities of the multidisciplinary team are often missing after the client passes to home care.

The members of a family with a member after brain stroke must cope with a lot of changes. In many cases, one person from the family, so called informal caretaker, assumes the greatest share of care. It is important that not only the caretaker but also the whole family have sufficient information on brain stroke, the development and the prognosis of the disease just from the beginning of the disease; the information should be provided by the professionals involved in the care for the patient.

The family must respond to the challenging situation and adapt their function system in order to provide the patient with adequate care in the home environment. Specific needs

resulting from the disease of a family member were ascertained with the help of interviews with the family members caring for brain stroke patients.

Keywords: brain stroke, needs, family, coordinated rehabilitation, social work

## **INTRODUCTION**

A brain damage can affect anybody. It does not matter who you are or what you do. A brain damage may be caused by injury, intoxication, inflammation or brain stroke. Brain strokes are considered one of the most frequent causes of death and permanent disability both worldwide and in the Czech Republic.

A brain stroke has impact not only on the individual but on the whole family. After the individual passes to home care, an interconnection of the individual rehabilitation components within coordinated rehabilitation and involvement of a multidisciplinary team is missing. The members of a family with a member after brain stroke must cope with a lot of changes. The family starts having its specific needs emerging due to the family member's disease. It is obvious that the analysis and solution of the needs constitutes an important step towards managing the new situation. The research of the given issue is implemented within the successfully accepted project at the Faculty of Health and Social Studies, called Coordinated rehabilitation of patients with brain injury (reg. No. GAJU 138/20146/S), funded by the Grant Agency of the University of South Bohemia.

### **Needs of families of patients after brain damage**

#### **Brain damage and brain stroke**

It is evident that a brain damage can be caused by different causes and has different consequences. The most frequent causes of brain damage include the brain stroke. Brain strokes are very frequent and extremely serious diseases [1].

At present, the brain strokes rank among the most frequent causes of death in advanced countries including the Czech Republic and they also constitute the main cause of physical disability of persons over 65 years of age [1], [2]. However, the consequences of brain stroke are not only physical (disorders of mobility of extremities, disorders of sight, etc.) [3]. Very frequent are disorders of cognitive functions (memory losses,

problems with concentration, thinking, decision-making, planning), disorders of communication and speech, changes in the area of experiencing emotions and behaviour or sensorial perception [4]. All those deficits caused by brain stroke may seriously affect the life of the individual and of the whole family.

The therapy of brain stroke can be perceived as a process starting by the education of the public, continuing in the health care facility by correct diagnosis and examinations and putting emphasis on rehabilitation with focus not only on the patient's motor functions but also on speech therapy and psychotherapy and on professional solution of the patient's and the family's social situation [5]. It is thus a coordinated rehabilitation. It is important for the members of the professional multidisciplinary team (consisting of the attending physician, physiotherapist, ergotherapist, psychologist, speech therapist and social worker) to work together and to determine the therapy strategy which is individual and the most suitable for the specific patient. At the same time, the family must not be left out, as it is important for the family to know the activities of the individual professionals and the whole rehabilitation plan [6].

### **Impact of brain stroke on the family**

Any disease in the family is a disturbing element. The brain stroke as a disease changes the family habits, the daily program, as well as the family's plans for the future. The family resilience plays an important role if a member is affected by brain stroke. Resilience allows the family to work well in stress situations when mutual support, communication and use of all capacities of the family members is needed to manage the challenging situation [7]. If the family is not able to provide efficient help, other components of the society, e.g. social services must be used [8]. However, the Czech Republic lacks sufficient range of social services to assist the households of families with a member after brain stroke [11].

Some families manage the situation better, other families with difficulties, but it is challenging to all of them. There are specific character traits making it easier for the family members with a person after brain stroke to manage the difficult situation [4].

- They are flexible - respond flexibly to the situation, search new solutions, do not grieve over the past; the new situation is a challenge and not a problem to them.
- They communicate sincerely and openly - they are not afraid to express their emotions and needs and recognize the needs of other family members too.
- They focus on the positive side of the relation between them and the person after brain stroke; they do not consider the patient a burden but act with sensitivity and understanding.

### **Needs of the family caring for a member after brain stroke**

The goal and the essence of the help to family members caring for a person after brain stroke consists in using and developing their ability to provide the patient with emotional and practical support, to adapt to the development of the disease and to cope with grief and loss. Special attention must be paid to prevention and therapy of depression from exhaustion [9]. All individuals have their own experiences, their specific motives and individual ways of their satisfaction. The best known authors who dealt with needs include Abraham Harold Maslow, the American psychologist who created the well known Hierarchy of Needs. However, Maslow's Hierarchy should be perceived as a general scheme of needs which are the most typical to the people. It is indispensable for the families providing their ill members with care to cope with fatigue, anxieties and fears; they must have the basic needs like rest, sleep and relaxation satisfied. That is not easy when caring for the patient all day long [10].

#### **Study goal and methods**

The goal of this study consisted in finding out the needs of the family members caring for a person after brain stroke in the home environment. A diploma thesis is being elaborated on this topic as well.

The study was made within the GAJU project called "Coordinated rehabilitation of patients with brain damage (reg. No. GAJU 138/2016/S)". When the study was processed, the project included "only" patients after brain stroke, as no suitable patient after brain injury, needing a multidisciplinary team at home, had not been found in the hospital. But the research within the project has not ended yet. The basic criterion of the selection of patients consisted in preserved communication capabilities - i.e. the

capability to get involved in structured interview based on questionnaires - Functional Independence Measure (so called FIM) and WHO Disability Assessment Schedule 2.0, as well as additional questions on social area and methods and techniques of physiotherapy.

Qualitative research strategy, the guide-based interview technique was used for the study. The guide-based interview technique constitutes a list of questions or topics that must be discussed, but it is left upon the interviewer in what way and in what sequence the information is going to be acquired.

The data collection within the project has been taking place since September 2017 to date. My study processed the data from September 2016 to December 2017. Within the project, the household was visited by the whole multidisciplinary team - a physiotherapist, an ergotherapist and two social workers in the person of students of the University of South Bohemia in České Budějovice, the discipline of Rehabilitation and psycho-social care for handicapped children, adults and seniors. The joint visit to the home environment was repeated from the patient's release to home care, once a month, during four months; the physiotherapist visited the household twice a week during three months.

The respondent set for this work included 16 family members caring at home for a person who suffered brain stroke, in South Bohemian Region, Czech Republic. The family member who was interviewed had been selected by the patient based on own decision about who was the one who most helped the patient, spent most time with the patient, acted as the "caregiver".

The statements were recorded on the voice recorder in few cases only; the most respondents did not wish to be recorded. Thus the data were recorded only in form of field notices and transcribed immediately after the interview. They are therefore not always verbatim transcriptions.

The Atlas.ti program was used for the interview analysis.

## Results

When providing help, the support should be provided not only to the patients after brain stroke but also to their relatives. It is important to focus on the needs of the family members.

The analysis of the interviews made with the family members caring at home for a person after brain stroke revealed several main needs.

For the family to manage the challenging role of caregivers it is essential to get sufficient information, specifically information from the attending physicians, nurses, social workers, physiotherapists and other professionals involved in the care for the patients. The need of professional advice and help is very important to the caring family. The respondents reported to have needed information from the social worker in the hospital: „The social worker in the hospital also cued us which services were there etc., but that was only something like a list of services...“. „Yes, we had different primary pieces of information from her...“, information from the doctor about the patient's condition and prognosis, and they also needed to check how the patient was helped in the hospital, whether the care had sufficient quality, to talk to the ergotherapist who had taught the patient to dress, eat etc., to improve the patient's self-sufficiency. The physiotherapist who worked with the patient at home got very positive evaluation: "I tell you, Edita, she was perfect.“ „She supported him even psychically; when he came from the hospital, he was showing no interest, and she constantly gave him some tasks to force him to make some effort; he hardly went to watch TV, and when she started coming, he started having interest again, she helped him from all sides I think.“ The physiotherapist also showed the family different aids and exercises to be used by the family later. The respondents often mentioned to need help with filling out applications for benefits and allowances. They included applications for allowance for care, allowance for mobility, allowance for disability card, parking card for disabled persons and for stair climbing wheelchair. If the application had been submitted already, they needed help with the appeal against the decision on an allowance or help with arranging spa stay for the patient. As for professional help, several families made use of the Ledax social service that visited their households to give insulin to the patients or to bring lunch.

All respondents reported to need the help of the family. The need of available support by other family members concerned all families in which the study was made. „...we have somebody to turn to. We have the daughter-in-law, the son... They would come if we needed.“ The caregiver needs to have the family close to him or her and to be in



contact with them. At the same time, the family members help the caregiver to care for the patient. That includes for example the need to help to transport the patient to the doctor, to stay with the patient over night, to arrange the flat adequately to the patient's condition. The household is often visited by a granddaughter / daughter-in-law / daughter to help with the household chores or with the care for the patient. The son often helps to transport the patient to physicians or to authorities.

Another important need expressed by the respondents was the need to care for the patient. The caregiver buys medicines for the patient, does common shopping. Prepares the breakfast for the patient, doses the medicines. Helps the patient with eating, dressing, bathing, washing the hair or phoning. The caregiver cares for the household, often making the works that were done by the patient before. Furthermore, the caregiver cares that the patient has the necessary compensation aids (wheelchair, crutches, stair climbing wheelchair, walker ,etc.), fixes handles in the household or arranges lunches for the patient. The caregiver also tries to activate the patient, to motivate the patient for activities leading to improve the patient's condition. The patient's health condition that complicates common daily activities and disturbs the habitual household operation was mentioned as a negative factor. The caregiver also perceives the patient's current condition and adapts the day plan accordingly. The caregiver also mentioned that limits had to be set and a specific regime introduced for the patient. The caregivers also sighed during the interview that they would need the patient to be more self-sufficient.

The above mentioned need is related to the need to have own free time. The caregivers were not happy to have to devote 24 hours a day to the patient, to have to spend all time at home and to be prevented from going out sometimes. They do not have sufficient time for their hobbies and they cannot spend their free time like they used to before the patient's falling ill. They would need to get some rest from the all-day care, to go out with the dog, to devote time to their friends, hobbies or travels. When the interviewed family made use of professional social services, the family was grateful for being able to have a rest for a while. The families were also grateful for the services provided to them by the multidisciplinary team within this project.

The need of economic security was a frequent topic. If a family member falls ill, the family faces a bad financial situation. In order to improve the economic situation, the

caregivers need help with filling out the application for allowance for care, as well as for allowance for mobility, disability card, parking card for handicapped persons. They sometimes need help with filing the appeal against a decision of the authorities. The caregivers would welcome if the authorities would act faster when approving the applications for allowances and if there was less bureaucracy. The caregivers spend the most funds for compensation aids for the patient, for sanitary aids, medicines and shopping. The respondents must stay at home with the patient and cannot go to work, so they lose their primary source of income. The caregivers often expressed fear of future financial situation.

The caregivers highlighted one important need, specifically the need of faster help by social security. Specifically, it concerned the acquisition of the parking card for handicapped persons to be able to park on reserved places. „But I'll tell you how it should be done. The card should be issued by the doctor. In the hospital or by the general practitioner or by somebody like that. As soon as something happens. Because that's when you most need it. When I take my wife to the authorities or to the hospital, we cannot stop on a reserved parking place. Because we don't have the card. Well, we can get it in half a year when it is so good that I hope we won't need it any more; I don't understand why the card is not issued by a doctor when it is needed the most, and then withdrawn by the doctor after half a year or a year. We have been waiting here for the card for half a year, and we still don't have it! Write it down there, that is devised quite stupidly."

Conclusion: The analysis of the interviews and of the needs shows that the family members caring for a member after brain stroke need not only theoretical information about the disease but also practical skills to use during everyday care for the patient. The brain stroke affects not only the patient's life but also the function of the whole family. Roles in the family change, performance of activities changes, the family ends up in worsened financial situation and suffers from lack of free time. Therefore the family needs consultancy and practical skills from professionals, as well as smoother administration work related to arranging the allowances, and last but not least a broader

range of social services that could be used in the patient's natural social environment and emotional support when coping with the difficult situation.

### **ACKNOWLEDGEMENTS**

We also have to give our thanks to the members of the project team. The research of the given issue is implemented within the successfully accepted project at the Faculty of Health and Social Studies, called Coordinated rehabilitation of patients with brain injury (reg. No. GAJU 138/20146/S), funded by the Grant Agency of the University of South Bohemia.

### **REFERENCES**

- [1] Nevšimalová, S. et al. Neurologie. Praha: Galén. 367 p, 2005. ISBN 80-7262-160-2
- [2] Kalvach, P., et al. Mozkové ischemie a hemoragie. 3. vyd. Praha: Grada. 456 p . 2010. ISBN 978-80-247-2765-3
- [3] Šaňák, D. Akutní fáze ischemické cévní mozkové příhody – diagnostika. In: Hutyra, M. et al., Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody – diagnostika, léčba, prevence. Praha: Grada. pp 13-24, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.
- [4] Powell, T., Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty, Praha: Portál, 200 p, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.
- [5] Šeblová, J., Knor, J., et al. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha: Grada. 416 p, 2013 ISBN 978-80-247-4434-6.
- [6] Pfeiffer, J., Neurologie v rehabilitaci: Pro studium i praxi. Praha: Grada. 352 p. 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
- [7] Šolcová, I., Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha: Grada. 104 p. 2009. ISBN 978-80-247-2947-3
- [8] Čevela, R., et al. Sociální a posudkové lékařství. Praha: Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 160 p. 2015. ISBN 978-80-24-2938-4.
- [9] Plevová, I., et al. Ošetřovatelství II. Praha: Grada. 224 p. 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

[10] Scott, G., A study of family carers people with life – threatening illness. 2: Implications of the needs assesment. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 7, no. 7, pp 323-330. 2001. ISSN 1357-6321.

[11] Krulová, A., Vacková, J., Švestková, O., 2017. Community-based rehabilitation system for people with acquired brain injury in the Czech Republic {from the point of view of occupational therapist}. In: *Brain Injury Journal*. 31 (6-7), 852-3, 2017. DOI:10.1080/02699052.2017.1312145