



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Kazuistický seminář

Distanční studijní text

Silvie Quisová

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

- Obor:** Sociální služby, péče o seniory
- Klíčová slova:** kazuistika, cíle, členění, funkce, struktura, styl psaní, zdroje dat, kvalitativní výzkum, osobní anamnéza, rodinná anamnéza, zdravotní anamnéza, školní anamnéza, profesní anamnéza, status praesens, přijatá opatření, navržená opatření, prognóza, katamnéza
- Anotace:** Studijní opora Kazuistický seminář se zaměřuje na zpracování případu klienta, správné formulování jednotlivých anamnéz, popis vývoje problému klienta až po formulaci prognózy. Sběr dat pro sestavení kazuistiky klienta úzce souvisí s dovedností studenta jako je aktivní naslouchání, vedení rozhovoru, kladení otázek apod.
- Studijní opora vybavuje studenty základními teoretickými pojmy, ale především pomocí vzorových příkladů a samostatných úkolů praktickými návody na sestavení vlastních kazuistik.

Autor: **Mgr. Silvie Quisová, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM.....	5
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	6
1 KAZUISTIKA – POJMY	7
1.1 Terminologické vymezení kazuistiky	7
1.2 Kazuistika v sociální práci	12
1.3 Cíle, členění a funkce kazuistiky.....	17
1.4 Kazuistika jako součást poradenského procesu	20
1.5 Styl psaní kazuistiky, zdroje dat a výchozí materiály	23
1.6 Struktura kazuistiky v sociální práci	25
1.7 Kazuistika jako součást kvalitativního výzkumu	27
2 STRUKTURA KAZUISTIKY – ÚVOD.....	35
2.1 Úvod – základní údaje.....	35
2.2 Úvod do kazuistiky – vzory a úkoly k procvičení.....	36
3 STRUKTURA KAZUISTIKY – ANAMNÉZA	43
3.1 Anamnéza.....	43
3.1.1 Rodinná anamnéza	45
3.1.2 Osobní anamnéza	48
3.2 Anamnéza – vzory a úkoly k procvičení.....	50
4 STRUKTURA KAZUISTIKY – HISTORIE PROBLÉMU A STATUS PRAESENS 61	
4.1 Historie problému a status praesens	61
4.2 Historie problému a status praesens – vzory a úkoly k procvičení	63
5 STRUKTURA KAZUISTIKY – PROGNÓZA A KATAMNÉZA	73
5.1 Sociální diagnostika a prognóza.....	73
5.1.1 Katamnéza.....	75
5.2 Prognóza a katamnéza – vzory a úkoly k procvičení	76
6 KAZUISTIKY – UKÁZKY	82
6.1 Vzorová kazuistika – pan Jiří.....	82
6.2 Vzorová kazuistika – paní Petra.....	85
6.3 Vzorová kazuistika – pan Karel	88
6.4 Vzorová kazuistika – pan Vojtěch	92

6.5	Vzorová kazuistika – paní D.J.....	95
6.6	Vzorová kazuistika – slečna A.....	99
6.7	Vzorová kazuistika – paní K.....	100
6.8	Vzorová kazuistika – pan L.....	101
6.9	Vzorová kazuistika – pan M.....	103
6.10	Vzorová kazuistika – chlapec J.	106
6.11	Vzorová kazuistika s teorií – dítě s dg. ADHD	108
LITERATURA		118
SEZNAM OBRÁZKŮ.....		119
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY		120
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....		121

ÚVODEM

Studijní opora Kazuistický seminář je určen pro studenty absolvující seminář stejného názvu a je koncipován z větší části jako pracovní sešit.

Cílem studijní opory je naučit studenty popisovat adekvátním způsobem případ v sociální oblasti a vypracovat výstižnou kazuistiku. Student se naučí za pomoci samostatných úkolů flexibilně reagovat na osobnost konkrétního klienta při zpracovávání případu. Student se naučí používat adekvátní písemný záznam kazuistiky a v rámci semináře i diskutovat nad prezentovaným případem a vytvářet závěry plynoucí z jednotlivých kazuistik.

V úvodu každé kapitoly jsou zformulovány cíle, které čtenáře informují o vědomostech, které získá prostudováním studijní opory. Důležité pojmy v kapitolách jsou zvýrazněny a student může průběžně zodpovídat kontrolní otázky. První kapitola studijní opory obsahuje základní pojmy a teoretické poznatky o kazuistice. Student se postupně seznámí s odlišnostmi v terminologii různých autorů, s různými typy kazuistik, cíli, členěním a funkcemi kazuistiky, stylem psaní a strukturou kazuistiky a zdroji dat pro tvorbu kazuistiky. První kapitola se zabývá i zakotvením kazuistiky v kvalitativním výzkumu. Další kapitoly 2–5 obsahují pouze krátký teoretický úvod o vybrané části kazuistiky, poté následují řešené úlohy – příklady správně sestavených částí kazuistik. Následují samostatné úkoly pro studenty, pomocí kterých, se student postupně naučí správně formulovat aktuální problém klienta, zpracovat osobní, rodinnou, školní a pracovní anamnézu, popsat historii problému až po přijatá a navrhovaná opatření, včetně formulace prognózy a katamnézy. V poslední šesté kapitole nalezne čtenář příklady kazuistiky klientů s rozličnou problematikou, které mohou posloužit jako inspirace pro studenty při sestavování vlastních kazuistik.

V závěru studijní opory je přehled použité literatury, která je zároveň literaturou doporučenou k samostudiu.

Přeji všem čtenářům hodně studijních a pracovních úspěchů.

Autorka

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Text studijní opory je rozdělen do šesti kapitol. Student si na počátku osvojí základní pojmy a terminologii a v dalších částech studijní opory bude rozvíjet praktické dovednosti pro sestavení vlastních kazuistik.

První kapitola studijní opory obsahuje základní pojmy a teoretické poznatky o kazuistice. Jedná se především o typy kazuistik, cíle, členění a funkce kazuistiky, styl psaní a strukturu kazuistiky, zdroje dat pro tvorbu kazuistiky a zakotvení kazuistiky v kvalitativním výzkumu. V kapitolách 2. – 5. po krátkém teoretickém úvodu o vybrané části kazuistiky následují řešené úlohy správně sestavených částí kazuistik, poté pak samostatné úkoly pro studenty. Student se tak postupně naučí správně formulovat aktuální problém klienta, zpracovat osobní, rodinnou, školní a pracovní anamnézu, popsat historii problému až po přijatá a navrhovaná opatření, včetně formulace prognózy a katamnézy. V šesté kapitole jsou uvedeny příklady kazuistiky klientů s rozličnou problematikou, které mohou posloužit jako inspirace pro studenty při sestavování vlastních kazuistik.

1 KAZUISTIKA – POJMY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



První kapitola nabízí teoretické seznámení s kazuistikou a se související terminologií. Student se seznámí s cíli, funkcemi a členěním kazuistiky a dozví se, v jaké fázi poradenského procesu má kazuistika své nezastupitelné místo. Kapitola obsahuje popis zdrojů dat a výchozí materiály, které student může použít pro sestavení kazuistiky. V neposlední řadě zde student nalezne doporučení, jakým stylem psát kazuistiku a návrh na strukturu kazuistiky. Závěr kapitoly je věnován kvalitativnímu výzkumu a popisu kazuistiky jako vědecké metody výzkumu.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- definuje pojem kazuistika, její cíle, funkce a členění;
- definuje místo kazuistiky v sociální práci;
- zná zásady pro správné psaní kazuistiky;
- používá správné zdroje dat a materiály pro zpracování kazuistiky;
- dokáže využít kazuistiku v rámci kvalitativního výzkumu;
- dokáže zpracovat komplexní a hodnotnou kazuistiku klienta.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



kazuistika, případová studie, cíle, členění, funkce, poradenský proces, metoda, styl psaní, zdroje dat, struktura, kvalitativní výzkum.

1.1 Terminologické vymezení kazuistiky

Definice pojmu kazuistika se v různé literatuře rozchází. Nejčastěji se odvozuje od latinského slova casus (případ, událost, náhoda), který znamená vyčerpávající popis, analýzu určitého případu, jeho genezi a konfrontaci s ním. Pojem kazuistika je znám od počátku

antiky, kdy se původně vztahoval k filozofickému, teologickému a právnímu výkladu obecných morálních zákonů. Kazuistika se v současné době využívá v lékařství, psychologii, právní vědě, speciální pedagogice, méně pak v sociologii, kde se více využívá případová studie, tzv. case study, která však většinou neobsahuje aktuální intervence v případě. (Hučík, Hučíková, 2009)

Df

DEFINICE

Kazuistika je definována jako ucelená zpráva o jednotlivém případě. Jde o popis a rozbor jednotlivého případu na základě kompletní písemné dokumentace nebo jiných zprostředkovaných informací a vlastního zkoumání. (Strieženec in Hučík, Hučíková, 2009)

Hartl a Hartlová (2004) vymezují pojem kazuistika jako popis jednotlivého případu, např. vznik, průběh a vyléčení duševního onemocnění. Kazuistika se může týkat jak jedince, tak skupiny lidí nebo instituce. Kazuistika slouží jako pomoc a porovnání pro podobné případy. Dále je kazuistika definována jako didaktický postup používaný hlavně při profesní přípravě dospělých. Kazuistika se může stát i prostorem pro volnější uplatňování všeobecných pravidel, např. morálních, s přihlédnutím ke konkrétní situaci jedince.

Vašek (2002) v rámci speciální pedagogiky zařadil kazuistiku mezi výzkumné metody zaměřené na podrobné zkoumání reprezentativních jednotlivců a na dělání závěrů. Cílem analýzy kazuistik je poukázání na to, co mají případy společné a čím se od sebe liší, včetně pojmenování příčin odlišností.

Dle Vančové (2005, s.9) „Kazuistika umožňuje hloubkovou analýzu a interpretaci fenoménů týkajících se daného případu, vyslovení diagnostických a prognostických závěrů, poznání diagnostických závěrů jiných odborníků umožňuje relativní odpoutání se od subjektivního posuzování případu, pomáhá hledat řešení či intervenci díky odkazům na podobné případy, pomáhá určit specifické, jedinečné znaky, vlastnosti zkoumaného jedince. Kazuistická metoda má v diagnostice významné postavení“.

Souhrnně tedy kazuistika znamená:

- systematické zkoumání jedince (případu) prostřednictvím pozorování a rozhovoru, analýzou záznamů o případě apod.;
- popis konkrétního případu, který obsahuje obtíže, průběh práce a postupy použité na odstranění klientových obtíží;
- didaktická metoda, která se využívá při přípravě odborníků;
- pracovní postup odborníků v tzv. pomáhajících profesích, který vede ke zpětné kontrole správnosti jednotlivých kroků;

- vědeckovýzkumná metoda používaná v empirickém výzkumu, která je založená na vědecké analýze konkrétního případu. (Hučík, Hučíková, 2009)

ŘEŠENÁ ÚLOHA



Ukázka situační kazuistiky v ošetrovatelství – přepis polostandardizovaného rozhovoru (zdroj: Kutnohorská, 2009, s.131-133)

Rozhovor se ženou po ablaci prsu. Cílem polostrukturovaného rozhovoru bylo zjistit, jak byla sdělena diagnóza a jak se ženy s novou situací vyrovnávají. Kazuistiky bylo v rámci výzkumného šetření zpracováno více a byly následně komparovány a vyhodnoceny.

Paní B., ročník 1945, po ablaci pravého prsu. Operována v roce 2003. Paní B. žije v domácnosti se svým manželem, který jí není moc velkou oporou. Paní B. sdělila, že ji manžel v době nemoci moc nepodržel. Byl a je na ni stále hrubý. Má dvě dospělé dcery, kterou jsou zdravé.	
Jak jste zjistila, že jste nemocná?	<i>Bulku jsem si zjistila sama, šla jsem k obvodní lékařce, ta mě odeslala na mamografii, za týden na to mi udělali biopsii, která potvrdila pozitivní nález.</i>
Jak vám byla diagnóza sdělena a kým?	<i>Já ani nevím, kdo mi to řekl, já si na to vůbec nepamatuju. Já ani nevím, jestli mi to řekli v nemocnici, nebo obvodní lékařka. Jen si pamatuju, jak mi brali biopsii, že i ta doktorka něco takového nadhodila. Mně přímo nic neřekla, ale to se tak bavili mezi sebou. Když jsem viděla ty kousičky, tak jsem už věděla, že to bude pozitivní, protože ta tkáň je taková jiná než maso. Ten první moment, když vám to řeknou, tak je to takový divný, ale máme ve vesnici jednu paní, která to už prodělala a přežila, tak jsem si řekla, že to snad taky vydržím.</i>
Jaký postoj k vám zaujímal ošetřující personál?	<i>Chovali se ke mně hezky, já si nemůžu stěžovat. Jak doktoři, tak sestřičky se chovali dobře.</i>
Setkala jste se s negací ze strany zdravotnického personálu při nástupu léčby nebo v jejím průběhu?	<i>No ani ne. Ještě doktor se mě přišel večer zeptat, jak jsem se rozhodla, jestli chci část prsu nebo celý, ale já už byla rozhodnutá pro celé prso. Vysvětlil mi, že mi to budou dělat novou metodou, jmenoval mi to, ale já už si to nepamatuju.</i>
Které okamžiky byly pro vás nejhorší? Popište nějakou situaci.	<i>Nejhorší byla ta chemoterapie. Vlasy mi nevadily, sledovala jsem tehdy osud herečky Růžičkové, tak jsem si z toho nic nedělala a koupila si paruku. Prso taky nějak neberu nijak, jen kdybych se měla vysvlíknout do plavek, to by se mi před cizíma nechtělo, ale doma klidně. Protože když se nahnete, tak to odstává. Doma mi říkali, že už přeci v mém věku na tom nezáleží, a je to fakt, už jsem baba.</i>
Měla jste pocit, že váš vztah klient versus zdravotnický personál je v nerovnováze?	<i>Ne, to ani ne.</i>

Myslíte si, že se to dalo nějak zmírnit ze strany zdravotnického personálu a jak?	<i>Já jsem byla spokojená, takže si nemůžu na nic stěžovat. Akorát když jsem poprvé viděla, jak to mám zašitý, tak jsem si říkala – propána, to i pytel je líp zašitý, asi by na to měli upozornit, ale teď už je to pěkný, stáhlo se to a je to dobrý.</i>
Jaký měla léčba a nemoc vliv na váš denní život?	<i>Víte, dřív jsem se snažila, aby pořád všechno bylo, teď už jsem pomalá. Říkám si, ono to nějak dopadne, když to dnes neudělám. Prostě se nehoním.</i>
Ovlivnila vám nemoc vztahy v rodině?	<i>No víte, chlap mě občas naštvě, tak si říkám, že je mi to líto, co si člověk prožil. U nás se nikdy nehrálo na nějaké litování. Když mi bylo špatně, tak jsem ležela sama v obýváku. Chlap si snad ani neuvědomuje, co jsem prožívala, ten se mě za celou dobu nezeptal ani na A nebo na B. On mě doveze na kontrolu, počká tam na mě, ale vůbec nebere, že jsem nemocná. Pomohly mi hodně dcery, ty se o mě bojí víc než já. Taky švagrová mi pomohla – když jsem nemohla a bylo mi špatně, tak přijela, uvařila, přivezla buchtu a chvíli se mnou poseděla. To jsem byla moc ráda.</i>
Co jste očekávala od svého okolí?	<i>Já jsem ani nečekala, že by si ke mně chlap sednul. Prostě to tak je. Švagrová se o mě ale starala moc pěkně. Dcery za mnou jezdily, jak mohly. Hlídala jsem vnuka, ten mi dodával sílu, protože jsem věděla, že se musím o někoho starat. Viděl mě svlečenou, tak mi říkal – já babi, ty nemáš prso, tak jsme mu tu vysvětlili. Nechodil ještě do školy. Se ztrátou prsu opravdu nemám problém.</i>
Ovlivnila vás reakce okolí ve vnímání vaší nemoci?	<i>Asi ani ne. Já jsem byla doma sama, starala se o vnuka. Prostě to kolem tak plulo, nebylo mi to jedno, to ne, ale brala jsem to tak, jak to bylo.</i>



DEFINICE

Případová studie je souhrnně zpracovaná zpráva o konkrétním případě jednotlivce. Jedná se o vědeckou analýzu všech dostupných písemných i jiných materiálů o daném jedinci, která poukazuje na determinanty vývoje případu a kauzální souvislosti, diagnosticky zhodnocuje celý případ a formuluje závěry. (Hučík, Hučíková, 2009)

Podle Mareše (2015) je případová studie výzkumným přístupem, protože se provádí pomocí různých výzkumných metod (pozorování, rozhovory, diskuse, obsahová analýza dokumentace, dotazníkové šetření apod.). Jedná se o přístup celostní, holistický, který se snaží

poznat konstitutivní složky případu, zachytit zkoumaný případ (případy) v kontextu reálného života a dospět k jeho hlubšímu poznání.

Případovou studií se dle Miovského (2006) také rozumí typ výzkumu v rámci kvalitativního výzkumu, kdy v centru pozornosti je případ, tj. objekt výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. Případ může být chápán v mnohem větší šíři, důležité je, aby byl případ řádně definován, ohraničen a aby způsob výzkumné práce odpovídal základním pravidlům práce s případovou studií. Práce na případové úrovni zdůrazňuje komplexní povahu zkoumaných fenoménů, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, kterých se případ dotýká, včetně jeho historicko-biografického pozadí. Jsou rozlišovány varianty strategií případové studie: osobní (jednopřípadová) studie, studie rodiny, vícepřípadová studie, studie komunity, sociálních skupin, organizací a institucí a zkoumání programů, událostí, rolí atd. Zvláštní variantou případové studie je životní příběh či životní historie.

Český termín „případová studie“ (case study), která je pokládána za výzkumný přístup v pedagogických vědách, je podle Mareše (2015) synonymem termínu „kazuistika“, který se používá v lékařských oborech a v klinické psychologii.

Rozdíl mezi kazuistikou a případovou studií je především v cíli a čase použití výsledků. Zatímco kazuistika se zabývá i krátkodobým zhodnocení případu a sleduje průběžný vývoj případu za účelem zhodnocení dosud přijatých opatření a navržení nových, případová studie hloubkově analyzuje ukončený případ ve všech souvislostech a vyvozuje závěry pro podobné případy.

Celkově však převažují společné body kazuistiky a případové studie a to:

- v komplexní analýze všech dostupných materiálů o případu,
- v orientaci na problém,
- v hledání optimálního řešení. (Levická in Hučík, Hučíková, 2009)

Sumarizací obsahu definic pojmů různých autorů (in Hučík, Hučíková, 2009) je možné kazuistiku v obecné rovině volně definovat jako metodu, při které se shromažďují, analyzují všechny dostupné písemné materiály a systematicky se podrobně zkoumá jednotlivce prostřednictvím pozorování, rozhovorů, experimentů a vlastního zkoumání výsledků činnosti za účelem systematice a jejich klinického a didaktického využití. Získané poznatky o daném jednotlivci však nelze v žádném případě zevšeobecňovat.

Především ve speciální pedagogice, pedagogice a v psychologii se kazuistiky využívají v případech, kdy pracovníci potřebují získat ucelený obraz dosavadního vývoje sledovaného jedince. Kdy sledovaným jedincem se myslí nestandardní jedinec, vymykající se společensky uznávaným normám. Může se jednat o jedince se speciálně vzdělávacími potřebami,

se zdravotním oslabením, zdravotním postižením nebo psychickými obtížemi. Cílem sestavení kazuistiky je vysvětlit chování jedince, zhodnotit dosavadní intervence a metody práce s jedincem, naplánovat další postup a stanovit prognózu. (Michalová, Doubravová, 2014)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Co je to kazuistika? Co je to případová studie? Jaký je rozdíl mezi kazuistikou a případovou studií?

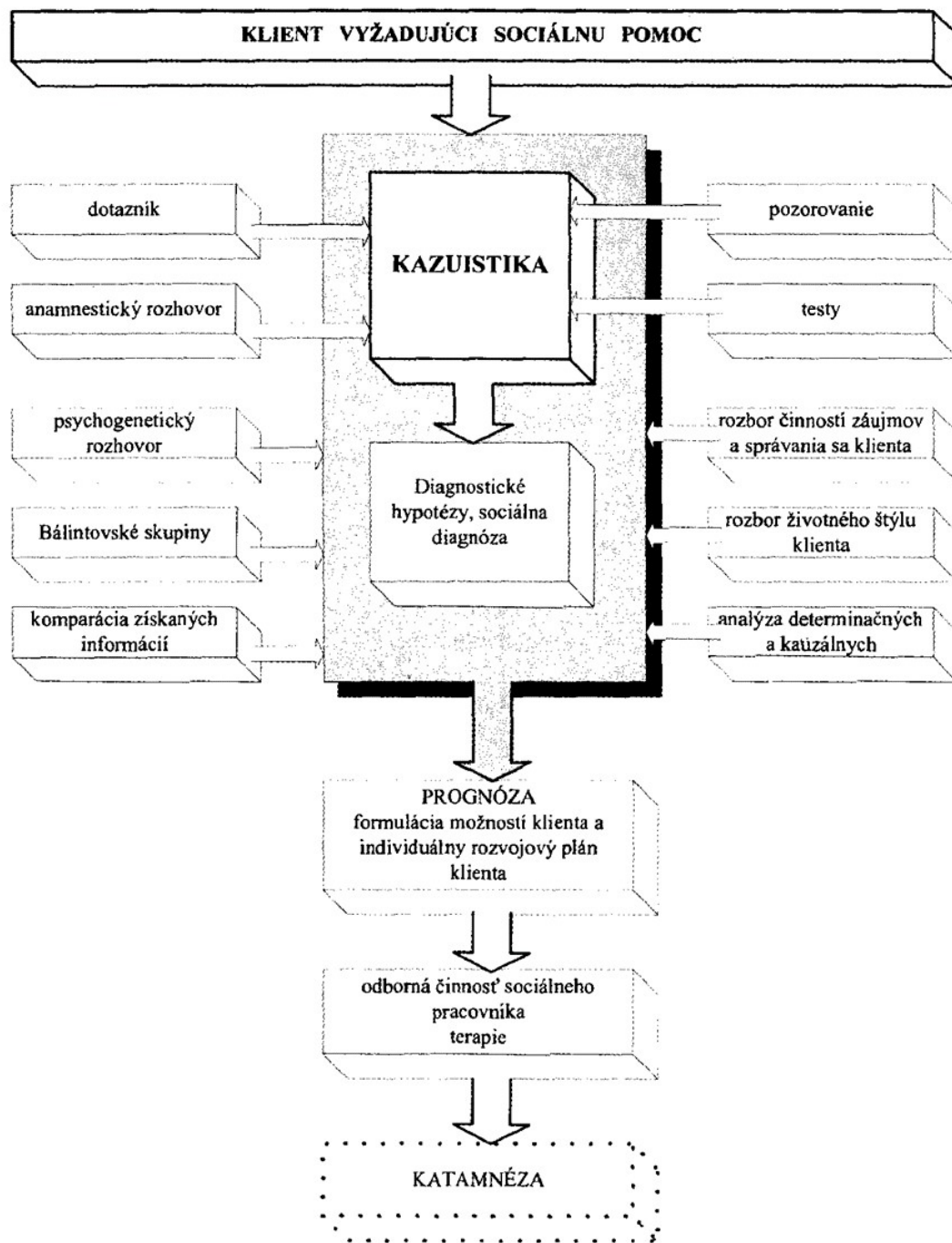
1.2 Kazuistika v sociální práci

Hučík a Hučíková (2009, s.51) definovali pro potřeby sociální práce kazuistiku jako „vědeckou, převážně preventivní kvalitativní metodu, která spočívá v dlouhodobém, podrobném zkoumání pracovního postupu, pravdivého popisu a rozboru konkrétního sociálního případu (jednotlivce, skupiny, komunity), při kterém se shromažďují, třídí a analyzují informace ze všech dostupných materiálů doplněných především psychogenetickým kazuistickým rozhovorem s vyvozením diagnostických, terapeutických, pracovních hypotéz a závěrů za účelem rozpoznání příčin problémů a účinné podpory řešení sociálních případů.“

V sociální práci používá sociální pracovník při zkoumání jednotlivce humanistický přístup se zřetelem na specifika jeho osobnosti. Případová práce dává základ pro tvorbu kazuistiky, prostřednictvím které, odborníci (psycholog, psychiatr, lékař, sociální pracovník aj.) získávají základní údaje o jednotlivci, tvoří osobní anamnézu, určují krátkodobou nebo dlouhodobou prognózu vývoje, navrhuji odborné intervence a řešení zjištěného problému. (Hučík, Hučíková, 2009)

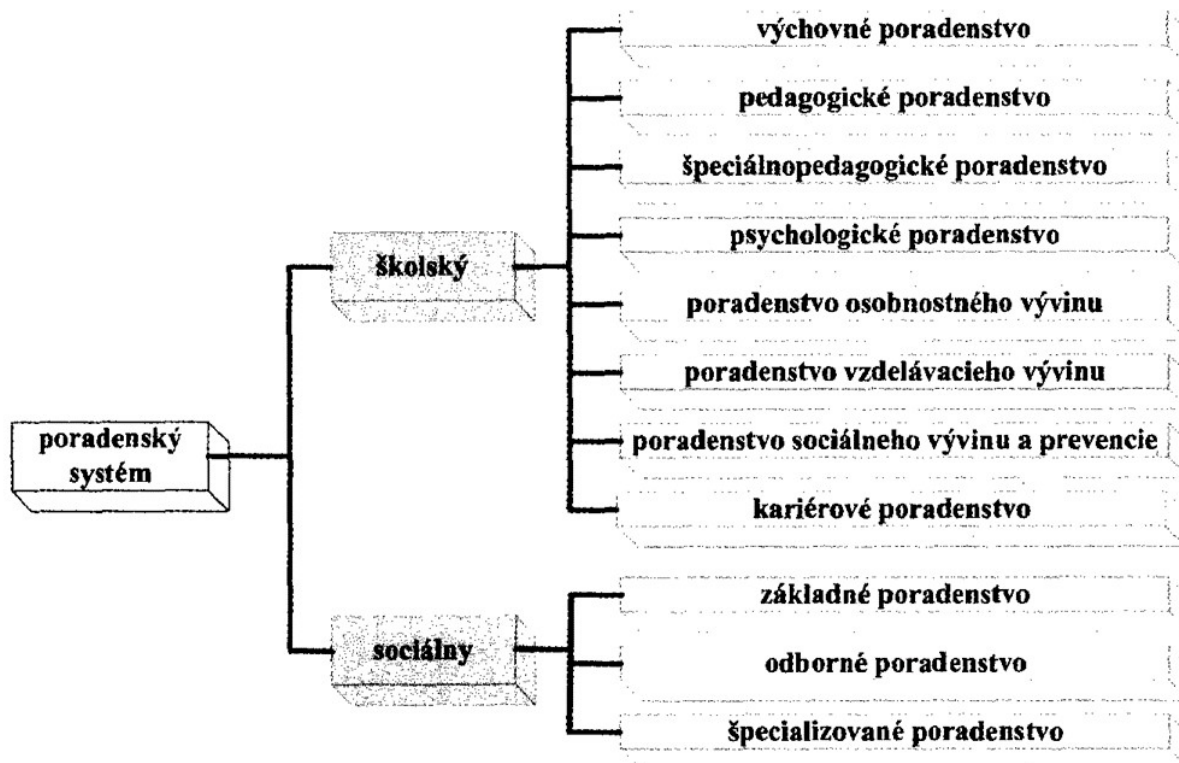
Obrázky č. 1–4 přinášejí pohled na využití kazuistiky:

- v sociální diagnostice,
- v poradenském procesu,
- ve vzdělávání sociálních pracovníků na vysokých školách,
- v terapii.



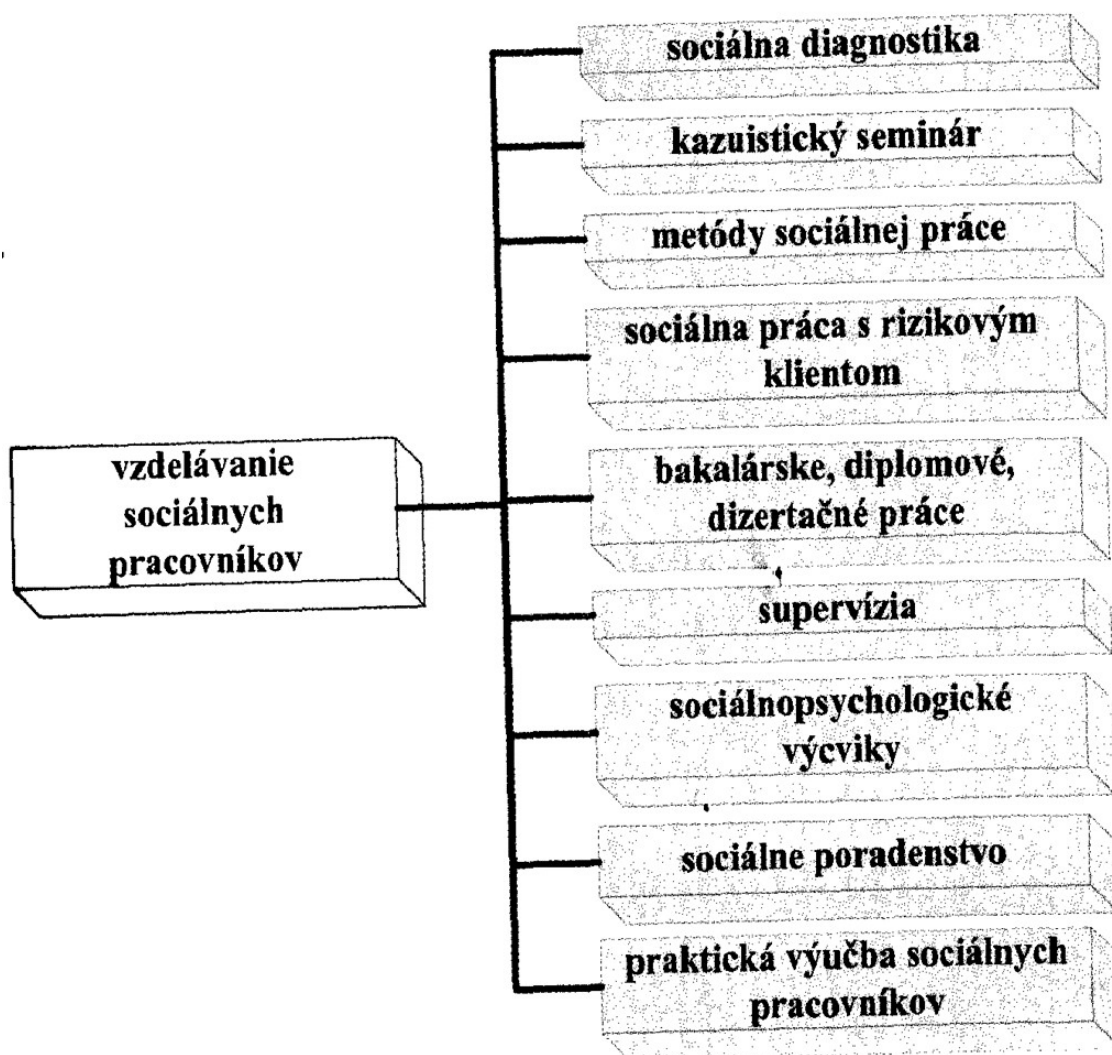
Obrázek č.1: Využití kazuistiky v sociální diagnostice

(zdroj: Hučík, Hučíková, 2009, s.54)

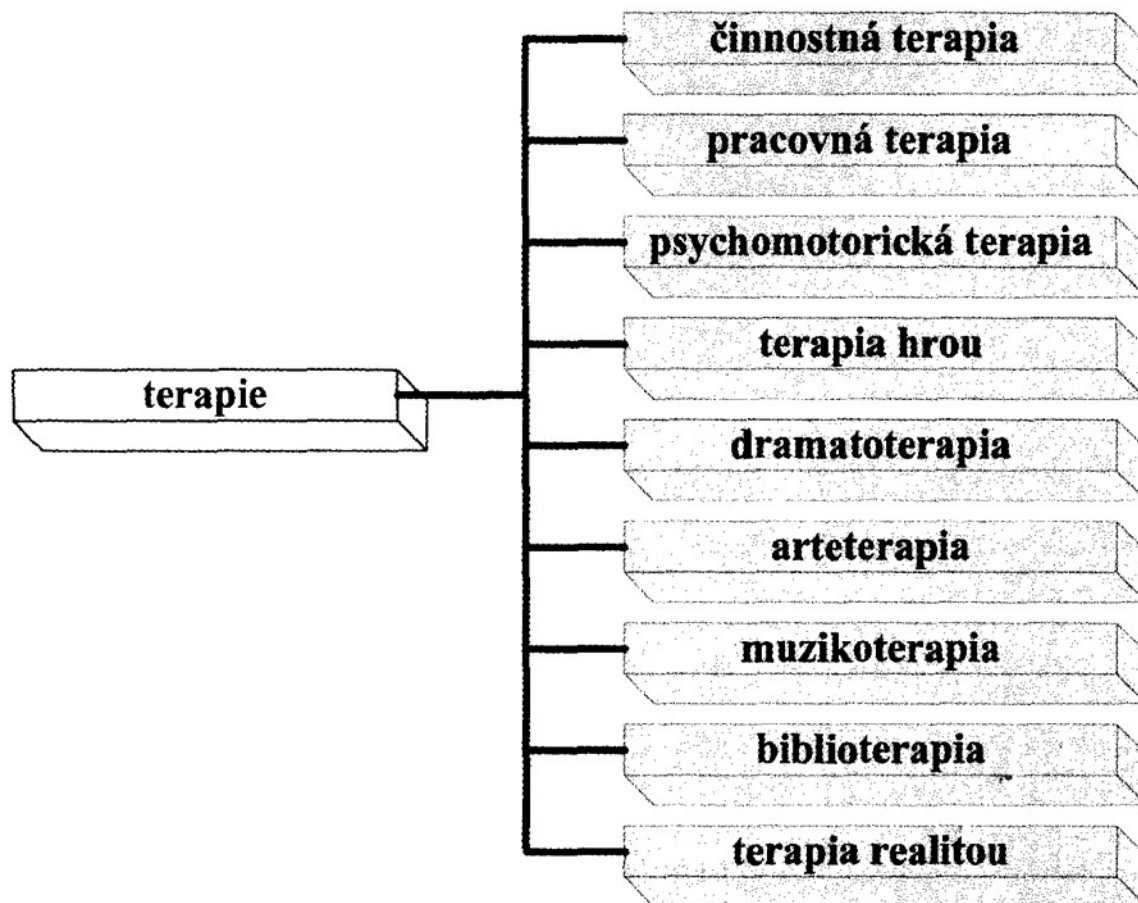


Obrázek č.2: Využití kazuistiky v poradenském procesu

(zdroj: Hučík, Hučíková, 2009, s.56)



Obrázek č.3: Využití kazuistiky ve vzdělávání sociálních pracovníků na vysokých školách (zdroj: Hučík, Hučíková, 2009, s.57)



Obrázek č.4: Využití kazuistiky v terapiích (zdroj: Hučík, Hučíková, 2009, s.58)

1.3 Cíle, členění a funkce kazuistiky

CÍLE KAZUISTIKY

Cílem kazuistiky není jen podrobný popis a pochopení konkrétního případu, ale i komparace podobných případů. Kazuistika slouží k ilustraci nebo k vyvození teoretických závěrů, pracovních hypotéz apod. Součástí rozboru případu je kromě závěru také nástin možných způsobů intervence, edukace a korekce. V sociální praxi kazuistika popisuje i sociální vztahy, sociální procesy a sociální prostředí k pochopení konkrétního případu a nastiňuje způsob intervence a sociální pomoci. (Hučík, Hučíková, 2009)

Souhrnně k cílům kazuistiky patří:

- Objektivní pohled na osobnost člověka díky komplexnímu přístupu.
- Rozeznání potenciálních možností klienta s prognózou jeho úspěšné socializace.
- Optimalizace sociální práce, která spočívá v pohotovém rozpoznání problémů klienta a poskytování účinné pomoci po celou dobu sociálního procesu.
- Ověření efektivity sociální práce, do jaké míry je používání vybrané metodiky účinné a optimální.
- Vysvětlení příčinnosti některých fenoménů a interakcí.
- Definování specifických znaků typických pro určitý problém.
- Definování odlišnosti a originality jednotlivého případu.
- Návrhy nových způsobů intervence. (Gabura, Pružinská, 1995)

Kazuistika je využívána v různých vědních oborech, např. sociologii, medicíně, ekonomice, pedagogice, psychologii, sociální práci apod., a proto má i specifické cíle významy a oblasti využití. Etnografická kazuistika podává komplexní a dynamický obraz o sledované sociální skupině a využívá k tomu hlediska samotných účastníků děje. V medicíně jde o popisy jednotlivých případů nemoci, při kterých vytváří odborný souhrn klinických pozorování jejich příčin, průběhu a léčení s následným praktickým i teoretickým – odborným využitím. Kazuistika je využívána i v případech průmyslových, obchodních nebo jiných konfliktů, poruch zařízení apod. V oblasti kriminologie a práva kazuistiky objevují a vylučují výsledky lidských interakcí a jejich podstatných charakteristik jako důležitý zdroj ilustrace, poznávání a objektivizace jednotlivých údajů a vyvození závěrů. Ve vzdělávání obecně má kazuistika nezastupitelné místo na dokreslení rozhodování v rámci individuální péče v oblasti výchovy a vzdělávání jednotlivců se speciálně-vzdělávacími potřebami. (Hučík, Hučíková, 2009)

K prvním případovým studiím patří Freudovy Studie o hysterii, které vstoupily do historie a byly spojeny s přelomovými událostmi psychologie a psychiatrie. Stejně jako případové studie Lurije, které významně ovlivnily oblast kognitivní psychologie. Nejslavnějším a nejvýznamnějším tuzemským příkladem využití případových studií při objevení a popsání psychické deprivace je dílo Josefa Langmeiera a Zdeňka Matějčka. Autoři pro empirické doložení své teorie použili např. kazuistiky Amaly a Kamaly zpracované Gesellem a další kazuistiky ilustrující dopad izolace a separace. Současná moderní klinická psychologie se již bez případových studií neobejde. (Miovský, 2006)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaké jsou cíle kazuistiky?

ČLENĚNÍ KAZUISTIKY

Každé zpracování jednotlivého případu může být zpracováno a prezentováno z více možných hledisek. Dle vědního oboru, ve kterém je kazuistika zpracovávána, jsou kladeny specifické požadavky na odbornou terminologii, formu, prostředky získávání údajů a informací.

Členění kazuistiky podle vědního oboru:

- sociální,
- psychologická,
- lékařská,
- sociologická,
- kriminologická,
- právní,
- etnografická,
- pedagogická,
- speciálně-pedagogická,
- jiná.

Členění kazuistiky podle zpracování a prezentace:

- popis historie případu (životní historie),
- studium a rozbor případu (vlastní analýza, vědecké zpracování historie případu),
- komplexní kazuistika (popis historie i analýza případu).

Členění kazuistiky podle komplexnosti informací:

- částečná, parciální,
- celková, komplexní.

Členění kazuistiky podle zpracování:

- volná,
- strukturovaná.

Členění kazuistiky podle účelu:

- klinická,
- učebnicová,
- publikační. (Hučík, Hučíková, 2009)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Podle jakých kritérií se člení kazuistika?

FUNKCE KAZUISTIKY

Kazuistika má dle oblasti využití různé funkce:

- **heuristická funkce** – objevující, výzkumná – zaměřuje se na výzkum a hodnocení pramenů, tvorbu hypotéz a objevování nových poznatků;
- **verifikační funkce** – ověřovací, dokumentační – ověřuje souvztažné metody, postupy a prostředky kazuistického zkoumání, potvrzuje nebo vylučuje správnost metod získávání informací;

- **ilustrační funkce** – objasňující, osvětlující – uvádí názorné příklady na objasnění případu, využívá výsledky na didaktické účely, slouží k ilustraci teoretických poznatků o výchově a vzdělávání jedinců s určitým druhem postižení;
- **poznávací, metodická funkce** – zabývá se jevy (definovanými, měřitelnými a porovnatelnými), vztahy (kvantifikovatelnými a vysvětlujícími) a hypotézami (ověřitelnými);
- **hodnotová, postojová a morální funkce** – se orientuje na kritické zkoumání morálních aspektů rozhodování v oblasti péče o jedince s postižením;
- **aplikační a formativní funkce** – zpracovává návrhy a hodnocení opatření pro rozvoj systému péče, zejména v oblasti řízení, využívá metody systémové analýzy;
- **koordinační a integrační funkce** – zaměřuje se na hledání zákonitostí a podstatných vztahů mezi životním stylem, životním prostředím, úrovní a rozložením zdraví a ovlivnitelnosti zdraví. (Hučík, Hučíková, 2009)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaké jsou funkce kazuistiky?

1.4 Kazuistika jako součást poradenského procesu

K vytvoření kazuistiky může dojít v průběhu jednotlivých etap poradenského procesu, kdy z každé fáze pracovník získává podklady a údaje pro zpracování jednotlivých oblastí kazuistiky, nebo po jeho dokončení v rámci případové supervizní práce.

Jednotlivé fáze poradenského procesu se člení na:

1. etapa sociální evidence a prvního kontaktu:

- klient vyhledá pomoc sám, na klienta upozorní instituce (škola, sociální odbor, policie aj.), jedná se o nedobrovolného klienta nebo klienta osloveného při depistáži;
- evidence skutečností (lze se o nich přesvědčit vlastními smysly – viz týraná osoba), evidence svědecká (tvrzení jiných osob např. soused, lékař aj.), evidence dle okolností (např. záznam o trestné činnosti);
- první kontakt – navázání vztahu důvěry, rovnocenného vztahu, zachování kompetentnosti klienta a zodpovědnosti za vlastní jednání.

2. etapa diagnostická:

- zaměřená na zjišťování a hledání příčin, které vedly k sociálnímu problému klienta;
- stanovení sociální diagnózy na základě rozhovorů s klientem, členy rodiny, sociální šetření atd.;
- pozorování klienta v jeho přirozeném i umělém prostředí;
- zpracování podrobné anamnézy;
- hodnocení klientova problému z hlediska stávajících sociální podmínek, sociální situace, z hlediska lidí, příčin nebo důvodů, pro které k tomuto hodnocení došlo;

3. etapa zpracování plánu sociální terapie zahrnuje:

- plán opatření na základě: analýzy vnějších, objektivních překážek v životě jednotlivce, rodiny, skupiny; analýzy vnitřních překážek jednotlivce atd.; odborného posouzení dalšími odborníky (psycholog, lékař, supervize aj.); přijetí opatření; kompenzace; reintegrace; readaptace.
- dva druhy zásahu: odstranění vnějších příčin (např. umístění dítěte do náhradní rodinné péče aj.) a odstranění vnitřních příčin (např. sociální terapie, forma výchovy aj.).

4. etapa sociální terapie zahrnuje tři činitele pro úspěšný průběh poradenství:

- terapeutický rozhovor;
- vztah sociálního pracovníka a klienta;
- autorita sociální pracovníka.

5. etapa ověřování výsledků zahrnuje:

- hodnocení účinku přijatých opatření, prevence recidiv a opakování sociálních problémů;
- sledování zlepšení kvality života klienta, jeho uplatnitelnosti ve společnosti, prevenci sociálních jevů apod. (Gabura, Pružinská, 1995)

V poradenské praxi kazuistická studie umožňuje:

- zařazení případu do obecnějšího rámce informací o problémech, které se v případě vyskytují;

- interpretaci zjištěných příznaků daného případu a jejich vzájemných souvislostí;
- diagnostickou rozvahu a stanovení případných dalších nutných informací pro plné pochopení případu;
- hledání možností řešení a intervence, pomocí odkazů na podobné případy, v závislosti na konkrétní podobě daného případu a s využitím zkušeností vlastních i ostatních kolegů;
- získání žádoucího odstupu pro objektivní posouzení celého případu. (Hadj Moussová, Duplinský a kol., 2002)

Informace, potřebné pro sestavení kazuistiky, může pracovník čerpat již během poskytování základního poradenství, tak následně v průběhu odborného sociálního poradenství. Odborné sociální poradenství vyžaduje, aby pracovník měl znalost metod speciálního poradenství, které umožňují nejen sestavit podrobnou kazuistiku, ale především mu poskytují nástroje pomoci k řešení problémů klienta.

Metody speciálního poradenství:

- **anamnestická – osobní anamnéza** (zdravotní stav, vývojové zvláštnosti, patologické změny aj.) a rodinná anamnéza (dědičné sklony, vztahy mezi rodiči a prarodiči, výchovné metody v rodině, materiálně ekonomická situace rodiny, vztahy mezi rodiči a prarodiči, postavení dítěte v rodině, zdravotní stav rodiny, sociálně-patologické jevy v rodině, zaměstnanost, právní statut rodiny aj.); sociální anamnéza – vztahová stránka klienta, atmosféra v rodině, vztah se školou, pracovištěm, sousedy, životní styl klienta, schopnost kooperace;
- **metoda analýzy výsledků činností** – analýza předložených výtvorů klienta, které jsou zdrojem informací o jeho prožívání, aktivitě, zálibách, např. výtvary z arteterapie, ergoterapie apod.;
- **metoda studia dokumentace** – doklady o aktivitě klienta v různých institucích (škola, ústav, odborná ambulance apod.);
- **metoda terapeutická** (nápravná, regulační) – reedukace (zaměřena na postupné a systematické zlepšení výkonu postižené funkce), kompenzace (náhrada porušené, ztracené či nevyvinuté funkce), rehabilitace a socializace (úprava společenských vztahů a podmínky pro seberealizace a společenskou integraci);
- **metoda prevence** – předcházení vzniku problémů (duševní hygiena, sociální politika státu, odborná edukace apod.). (Novosad, 2000)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jak souvisí kazuistika s poradenským procesem?

1.5 Styl psaní kazuistiky, zdroje dat a výchozí materiály

Při psaní kazuistiky je nutné, aby se pracovník držel těchto zásad:

- Kazuistika je naučný literární útvar, který by měl informovat a odborně poučit. Je nutné používat správnou terminologii.
- Jazyková stránka kazuistiky by měla být jasná, srozumitelná, konkrétní a přesná, nemá být rozvláčná.
- Kazuistika je psaná naučným (odborným) stylem a zprostředkovává odborné informace a vědecké poznatky.
- Charakteristickým rysem kazuistiky je objektivnost, k dalším vlastnostem patří např. monologičnost, pojmovost, přesnost a odbornost.
- Z jazykového hlediska převládají pojmová slova, v terminologii přesné, jednovýznamové, ustálené názvy, domácí jednoslovné, víceslovné a složené pojmenování, cizí slova, hybridní slova a doslovné překlady.
- Při psaní kazuistiky se používají ustálené vazby, složená přídavná jména, slovesa ve 3. osobě, vícenásobné větné členy, oznamovací věty, vsuvky apod. (Hučík, Hučíková, 2009)

Vzhledem ke komplexní povaze kazuistiky je logické, že také zdroje dat budou tuto skutečnost odrážet. Jedná se o velmi široké spektrum materiálů, kterou mohou složit jako zdroje údajů.

Zdroji dat a výchozími materiály pro sestavení kazuistiky jsou zejména:

- volný, polostrukturovaný, strukturovaný rozhovor,
- anamnéza,
- osobní historii,
- pozorování,
- dotazníky, testy,

- projektivní testy,
- analýza produktů (osobní deníky, tvořivá díla, školní písemný materiál, kresby aj.) a další prameny. (Hučík, Hučíková, 2009)

Při tvorbě případové studie jsou dále doporučovány zdroje:

- lékařská dokumentace, zápisy z terapie, zápisy ze supervize, intervize atd.;
- autobiografie, deníky, memoáry, životopisy, korespondence;
- případová akta státní správy (vyšetřovací a soudní spis, dokumentace z průběhu výkonu trestu atd.);
- rekonstrukce historie rodiny, rodu atd.;
- historie organizace, dokumenty o vzniku a existenci organizace, zápisy z porad, výroční zprávy atd.;
- rozhovory, ohniskové skupiny, pozorování a další metody, které jsou relevantní prostředím a možnostem. (Miovský, 2006)

Při získávání relevantních dat pro posouzení případu není vždy nutné zjistit všechny údaje (záleží na povaze případu, cíli kazuistiky apod.), někdy to ani není možné. Pro zdatného výzkumníka může být významné i to, že některá data nelze zjistit a především pak, proč je nelze zjistit. Některá data mohou být neúplná či různým způsobem zkreslená. I tato data se mohou stát zdrojem informací, kdy umožňují výzkumníkovi odhalit to, co nebylo přímo řečeno, odhalit skryté skutečnosti. (Miovský, 2006)

Chybějící údaje jsou často ty, které mají soukromý nebo citlivý charakter (intimní, hanlivý apod.), a přestože by mohly sloužit k pochopení problému, není možné tyto údaje získat. Např. jedinec odmítne tyto údaje sdělit nebo si je nepamatuje, rodiče jedince už nežijí (případně nechtějí údaje sdělit, nepamatují si je apod.), zdravotní dokumentace není k dispozici, školní dokumentace je skartovaná apod. Co se týká výpadku paměti nebo výběru uchovaných vzpomínek, např. u rodičů o vývoji dítě a důležitých událostech v jeho životě, mohou tato data vypovídat o zájmu rodiče o dítě. (Hadj Moussová, Duplinský a kol., 2002)

Zkreslená data vznikají interpretací jednotlivých osob, která jsou emocionálně zabarvená. Nemusí jít o záměrnou snahu jedince zkreslit realitu, ale zkreslená data vypovídají o tom, jak realitu jedinec vnímá. Např. pokud matka popisuje, že se dítěti dostatečně věnuje, tak je nutné se ptát na konkrétní podobu této pozornosti a z toho vyvodit, jak to pravděpodobně ve skutečnosti vypadá. Matka např. považuje za dostatečnou pozornost vůči dítěti to, že jej ráno vzbudí a večer zkontroluje, že je dítě doma. Ke zkreslování dat může docházet i vlivem sociální percepce, kdy výzkumník je ovlivněn dojmem, který v něm zkoumaná osoba vyvolá a tím dojde k další interpretaci dat (např. výzkumník má jiné morální hodnoty,

priority, představy o rodičovské péči, očekávané vzorce chování apod. než zkoumaná osoba). (Hadj Moussová, Duplinský a kol., 2002)

Diagnostická data získává výzkumník použitím diagnostických metod. Pokud sám výzkumník není kompetentní k použití diagnostických metod, může dle možností a svolení klienta (odborníka, organizace, instituce atd.) využívat závěry jiných odborníků nebo materiály z předchozích vyšetření klienta, záznamy z dokumentace apod. Použití metod závisí na konkrétním případě a na typu informací, které výzkumník potřebuje získat s ohledem na specifika případu. V sociální práci nebo ve školství se často jedná o dotazníky zaměřené na motivaci, sebepojetí, vnímání sociálních vztahu, posuzovací škály atd. (Hadj Moussová, Duplinský a kol., 2002)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké jsou zásady pro psaní kazuistiky?

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké jsou zdroje dat a výchozí materiály pro sestavení kazuistiky?

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaký význam mohou mít chybějící nebo zkreslená data od respondentů?

1.6 Struktura kazuistiky v sociální práci

Podle Žiakové a kol. (2009) má kazuistika mít následující formální strukturu, aby vyhovovala vědeckovýzkumným kritériím:

1. **Anamnéza.**
2. **Katamnéza (popis).**
3. **Analýza a interpretace (rozběr).**
4. **Závěr nebo diskuse.**

Anamnéza podle Žiakové a kol. (2009) obsahuje osobní údaje klienta, status quo před samotným průběhem případu, popisuje situaci a kontext případu. Katamnéza, která je popisem průběhem konkrétního případu, může být doplněna i o citace a výroky respondentů, které dokreslují děj a vypovídají o subjektivním prožívání osob. Katamnéza musí zachovávat časovou a logickou posloupnost a měla by co nejvěrněji popisovat realitu. Ve třetí kazuistice jde o rozbor případu a jeho interpretaci jako celku nebo jednotlivých částí. Cílem analýzy je identifikovat možné intervenující proměnné a souvislosti mezi nimi, zdůvodnit oprávněnost nebo neoprávněnost jednotlivých skutečností a zdůvodnit konání aktérů. Ve čtvrté části se vyvozují důsledky a navrhuje řešení zjištěných problémů. V rámci diskuse se mohou porovnat výsledky s již existujícími výsledky výzkumu na dané téma. V závěru je také možné vyvodit hypotézy, které vysvětlují sledovaný fenomén, a navrhnout způsob jejich dalšího širšího koncipovaného zkoumání a ověřování. Struktura podle Žiakové a kol. (2009) se jeví vhodnější pro využití v ošetrovatelství, v případě, který je již dokončen.

V poradenské práci je navrhována osnova kazuistiky:

1. úvod – krátké uvedení případu, charakteristika současných obtíží jedince, potřebná osobní data (jméno, pohlaví, věk);
2. anamnéza – souhrn informací o vývoji jedince v jeho rodinném, případně i školním prostředí, popis vývoje obtíží jedince, rodinná anamnéza: rodiče – vzdělání, věk, stav, případné problémy, sourozenci - počet, pohlaví, věk případné problémy), další důležité údaje podle okolností, osobní anamnéza jedince: průběh těhotenství a porodu, průběh vývoje – psychomotorický vývoj, řeč, úrazy či nemoci, školní vývoj – jesle, MŠ, nástup do školy, odklad, adaptace ve školních zařízeních, prospěch, případné problémy atd.;
3. problémy jedince – popis současných obtíží, jejich počátek a vývoj, včetně diagnostických údajů a relevantních dat ze školy, od lékaře apod.;
4. analýza případu – vyvození předpokládaných či doložených příčin problémů, hledání významu informací a jejich vnitřních souvislostí, vyvození závěrů;
5. návrhy na opatření – popis již provedených intervencí, návrhy nových možných řešení u jedince, ve škole, v poradně, v rodině, v jiných zařízeních apod. (Hadj Moussová, Duplinský a kol., 2002)

Pro další práci se studijní oporou bude využívána struktura dle Hučíka a Hučíkové (2009), která se běžně využívá v sociální práci:

1. **Základní údaje:** osobní údaje, diagnóza, problém.
2. **Anamnéza:** rodinná a osobní (zdravotní, školní, profesní, sociální).
3. **Status praesens:** analýza a popis problému, tzn. anamnéza problému. Anamnéza problému zahrnuje i přijatá a navržená opatření.

4. **Prognóza:** krátkodobá a dlouhodobá.

5. **Katamnéza.**

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké je obvyklá struktura kazuistiky v sociální práci?

1.7 Kazuistika jako součást kvalitativního výzkumu

V následujícím textu je zmíněno místo kazuistiky, resp. případové studie, v kvalitativním výzkumu a jsou popsány výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu. Některé odborné publikace zmiňují jako typ kvalitativního výzkumu pouze případovou studii nebo případový přístup, kazuistika je pak uváděna jako synonymum případové studie nebo jako dílčí metoda, která se zaměřuje na aktuální situaci klienta. V každém případě je kazuistika vědecká metoda, protože se řídí uvědomělým a cílevědomým postupem (Disman, 2011).

V rámci kvalitativního přístupu je rozlišeno pět základních typů výzkumů (Miovský, 2006):

- případová studie,
- analýza dokumentů,
- terénní výzkum,
- kvalitativní experiment,
- kvalitativní evaluace.

V centru kvalitativního výzkumu je člověk v jeho každodennosti, přináší podrobné informace o zkoumaném fenoménu, umožňuje vybranému problému lépe porozumět. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu zkoumá kvalitativní výzkum problematiku do hloubky. Díky kvalitativnímu výzkumu se vytváří teorie, které jsou v úzkém kontaktu s popisovaným fenoménem, pevně zakotvené v sebraných datech. Kvalitativní a kvantitativní přístupy jsou komplementární. (Hendl, 2016)

Kvalitativní výzkum je doporučeno využít v situacích, kdy se zkoumají velmi řídké nebo vzácné kombinace vlastností, detailní analýza vlivu experimentálního zásahu, analýza a popis „typického“ případu jako zástupce určité skupiny, nebo naopak výběr atypického případu, dlouhodobý výzkum vyžadující hluboký záměr a kvalitní poznání „okolností“ případu, etické důvody apod. (Morse, Field, 1995)

Zatímco cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz, cílem kvalitativního výzkumu, jako nenumerického šetření, je vytváření nových hypotéz, nového porozumění a vytváření teorie. Díky kvalitativnímu výzkumu získává výzkumník mnoho informací o malém počtu jedinců, tudíž generalizace na populaci je problematická a někdy i nemožná. Díky slabé standardizaci má kvalitativní výzkum poměrně nízkou reliabilitu, ale volná forma otázek a odpovědí naopak vede k vysoké validitě. (Disman, 2011)

K přednostem kvalitativního výzkumu patří:

- Získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu.
- Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.
- Umožňuje studovat procesy.
- Umožňuje navrhnout teorie.
- Dobře reaguje na místní situace a podmínky.
- Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti.
- Pomáhá při počáteční exploraci fenoménu.

K nevýhodám kvalitativního výzkumu patří:

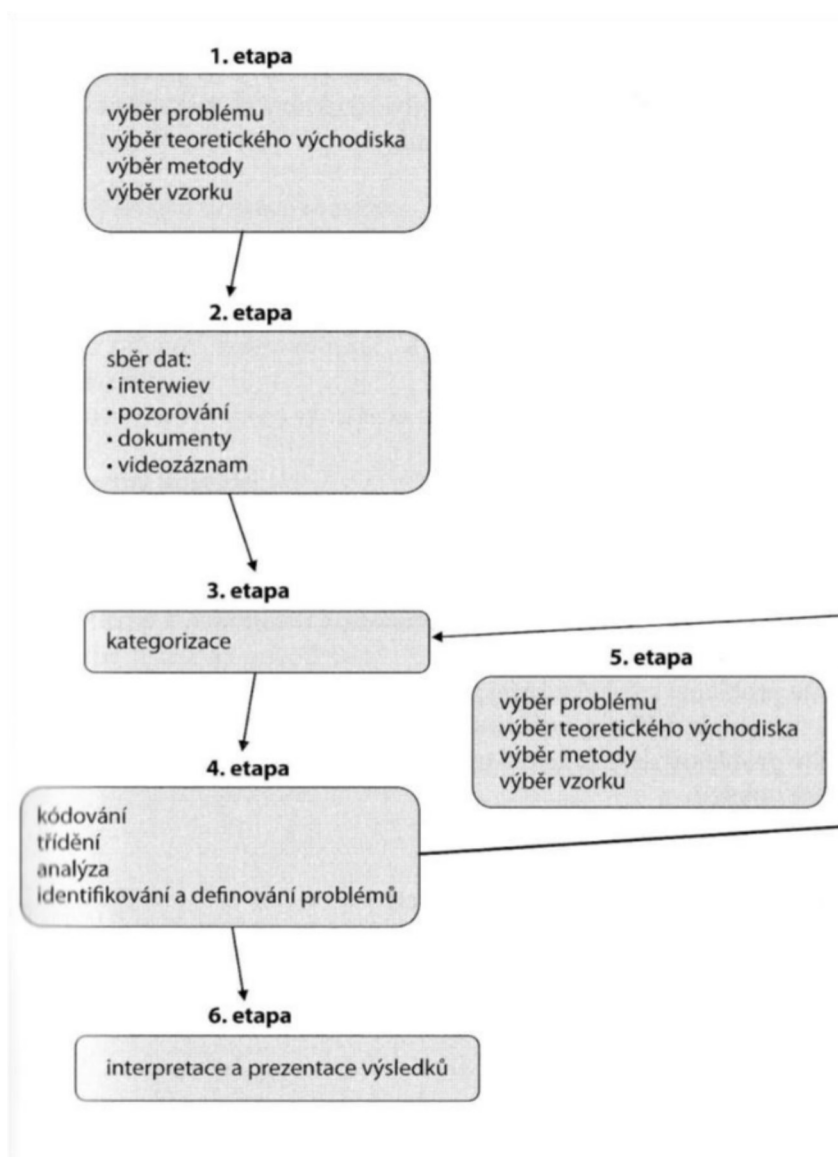
- Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.
- Je těžké provádět kvalitativní predikce.
- Je obtížnější testovat hypotézy a teorie.
- Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.
- Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

V kvalitativním výzkumu se jedná o velké množství převážně slovního materiálu, který před analýzou a interpretací vyžaduje třídění a systematizování. Možnosti, které kazuistika poskytuje, jsou hojné. Aby však výsledky výzkumníkova snažení byly platné, je potřeba dodržovat určený postup. Yin (2009) hovoří o základních fázích dělání kazuistiky: plán, projekt, příprava na sběr dat, sběr dat, analýza a publikace výsledků.

Pro jednodušší orientaci lze rozdělit kvalitativní výzkum do šesti etap (viz obrázek č.5):

1. etapa: plán a projekt – výběr problému, výběr teoretického východiska, výběr metody, výběr vzorku,

2. etapa: sběr dat (rozhovor, pozorování, dokumenty, videozáznam atd.),
3. etapa: kategorizace – kódování,
4. etapa: třídění, analýza, identifikace a definování problému,
5. etapa: v případě objevení nových skutečností je nutné se vrátit do 3. etapy a upravit kategorizační systém a kódování,
6. etapa: interpretace a prezentace výsledků. (Žiaková a kol., 2009)



Obrázek č.5: Kvalitativní analýza dat (zdroj: Žiaková in Kutnohorská, 2009)

V rámci plánu nejprve výzkumník identifikuje výzkumné otázky ohledně zkoumaného fenoménu a pokud z nich vyplyne jako nejlepší metoda kazuistika, pak začne plánovat podobu a charakter sbíraných dat. V případové práci se vždy jedná o **záměrný výběr**. Dále se výzkumník zabývá zdroji, které zahrnují, co už se o tématu ví, hodnocení stavu literatury, výzkumné směry, zda už podobný výzkum existuje, kritický pohled na dosud použité metody, jakým způsobem zapadá výzkumníkova práce do kontextu současného vědění a v neposlední řadě, proč je tento výzkum nutné udělat. (Silverman, 2005) Čím je přehled literatury důkladnější, tím lepší má práce základ pro provedení výzkumu a diskusi výsledků (Hendl, 2016). Studium literatury umožňuje zvolit výzkumníkovi zformulovat smysluplné a hodnotné cíle a zvolit adekvátní techniky sběru dat. Kvalitativní výzkum je velmi dlouhý a složitý proces. Výzkumník se často opakovaně vrací do terénu, je nezbytné se naučit klást správné otázky, být dobrým posluchačem a umět analyzovat data. Kvalitativní výzkum obnáší vrstvení různých typů sběru dat – pozorování, rozhovor, obsahovou analýzu apod. Důležité je, aby výzkumník sbíral taková data, která fenomén popíší v jeho celistvosti včetně všech kontextů. Cílem je identifikovat možné intervenující proměnné a jejich souvislosti a komplexně popsat a interpretovat zkoumaný fenomén. (Žiaková a kol., 2009)

Pokud je metoda kazuistiky použita pro vědeckovýzkumné účely nebo v rámci závěrečné práce studenta vysoké školy, je nutné doplnit strukturu kazuistiky o metodologický úvod:

- výběr problému (sledování hlavního problému, případně i částečných problémů) a stanovení cílů,
- zdůvodnění výběru kazuistiky jako metody vhodné pro řešení stanoveného problému,
- výběr a zdůvodnění výběru případu,
- popis způsobu získávání empirických dat (např. rozhovor, pozorování apod.),
- popis způsobu zpracování empirických dat (např. způsob kvalitativní analýzy dat, kategorizačně kódovací systém atd.),
- popis struktury kazuistiky. (Žiaková a kol., 2009)

Předpokladem pro tvorbu kazuistiky je splnění následujících podmínek, tj. volba problematiky, kterou chce výzkumník zachytit, formulace otázek, které vymezí problém, teoretické vědomosti výzkumníka o problematice a jeho praktické zkušenosti, představa o tom, co bude cílem kazuistiky, informovaný souhlas zkoumané osoby, získání zkoumané osoby (osob) pro práci na kazuistice, dodržování etických a zákonných norem.

Kutnohorská (2009) stanovuje následující **metodologický postup při tvorbě kazuistiky**:

1. výběr problému a stanovení cíle

2. zdůvodnění výběru metodiky
3. výběr případu
4. způsob získávání informací
5. popis struktury kazuistiky (anamnéza, katamnézy, analýza, interpretace, diskuse, závěr).

Kazuistika klade nároky i na samotného výzkumníka, a to:

- být všímavý pozorovatel,
- mít dobré komunikační schopnosti,
- být empatický,
- mít schopnost kriticky analyzovat situaci,
- umět se vyhnout zkreslení,
- mít schopnost získat platné a spolehlivé údaje,
- mít schopnost abstraktního myšlení,
- mít schopnost teoretické a sociální vnímavosti,
- mít schopnost udržet si analytický odstup,
- využívat dřívější zkušenosti a teoretické znalosti k interpretaci nově zjištěných poznatků. (Kutnohorská, 2009)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co obsahuje metodologický úvod v případě využití kazuistiky pro vědeckovýzkumné účely?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Prostudujte případové studie Sigmunda Freuda *Studie o hysterii* a srovnajte jejich strukturu a obsah se současnými nároky na kazuistiku.



SHRNUTÍ KAPITOLY

První kapitola definovala pojem kazuistika, případová studie, cíle kazuistiky, její znaky a funkce a zaměřila se na kazuistiku v sociální práci. Studenti se seznámili se správným stylem psaní kazuistiky, strukturou kazuistiky a jaké zdroje dat a materiály používat pro zpracování kazuistiky. V rámci první kapitoly byla popsána kazuistika i jako vědecká metoda v rámci kvalitativního výzkumu.



ODPOVĚDI

Co je to kazuistika? Co je to případová studie? Jaký je rozdíl mezi kazuistikou a případovou studií?

- Kazuistika je systematické zkoumání jednotlivce (případu) prostřednictvím pozorování a rozhovoru, analýzou záznamů o případu apod.; popis konkrétního případu, který obsahuje obtíže, průběh práce a postupy použité na odstranění klientových obtíží; didaktická metoda, která se využívá při přípravě odborníků; pracovní postup odborníků v tzv. pomáhajících profesích, který vede ke zpětné kontrole správnosti jednotlivých kroků; vědeckovýzkumná metoda používaná v empirickém výzkumu, která je založená na vědecké analýze konkrétního případu.
- Případová studie je souhrnně zpracovaná zpráva o konkrétním případě jednotlivce. Jedná se o vědeckou analýzu všech dostupných písemných i jiných materiálů o daném jedinci, která poukazuje na determinanty vývoje případu a kauzální souvislosti, diagnosticky zhodnocuje celý případ a formuluje závěry.
- Český termín „případová studie“ (case study), která je pokládána za výzkumný přístup v pedagogických vědách, je synonymem termínu „kazuistika“, který se používá v lékařských oborech a v klinické psychologii. Rozdíl mezi kazuistikou a případovou studií je především v cíli a čase použití výsledků. Zatímco kazuistika se zabývá i krátkodobým zhodnocením případu a sleduje průběžný vývoj případu za účelem zhodnocení dosud přijatých opatření a navržení nových, případová studie hloubkově analyzuje ukončený případ ve všech souvislostech a vyvozuje závěry pro podobné případy.

Jaké jsou cíle kazuistiky?

- Objektívni pohled na osobnost člověka díky komplexnímu přístupu. Rozeznání potenciálních možností klienta s prognózou jeho úspěšné socializace. Optimalizace sociální práce, která spočívá v pohotovém rozpoznání problémů klienta a poskytování účinné pomoci po celou dobu sociálního procesu. Ověření efektivity sociální práce,

do jaké míry je používání vybrané metodiky účinné a optimální. Vysvětlení příčinnosti některých fenoménů a interakcí. Definování specifických znaků typických pro určitý problém. Definování odlišnosti a originality jednotlivého případu. Návrhy nových způsobů intervence.

Podle jakých kritérií se člení kazuistiky?

- např. podle vědního oboru (sociální, psychologická apod.), podle zpracování a prezentace (popis historie případu, studium a rozbor případu apod.), podle komplexnosti informací, podle zpracování, podle účelu

Jaké jsou funkce kazuistiky?

- heuristická, verifikační, ilustrační, poznávací, metodická, hodnotová, postojová a morální, aplikační a formativní, koordinační a integrační funkce

Jak souvisí kazuistika s poradenským procesem?

- K vytvoření kazuistiky může dojít v průběhu jednotlivých etap poradenského procesu, kdy z každé fáze pracovník získává podklady a údaje pro zpracování jednotlivých oblastí kazuistiky, nebo po jeho dokončení v rámci případové supervizní práce. Informace, potřebné pro sestavení kazuistiky, může pracovník čerpat již během poskytování základního poradenství, tak následně v průběhu odborného sociálního poradenství. Odborné sociální poradenství vyžaduje, aby pracovník měl znalost metod speciálního poradenství, které umožňují nejen sestavit podrobnou kazuistiku, ale především mu poskytují nástroje pomoci k řešení problémů klienta.
- Kazuistika umožňuje zařazení případu do obecnějšího rámce informací o problémech, které se v případě vyskytují; interpretaci zjištěných příznaků daného případu a jejich vzájemných souvislostí; diagnostickou rozvahu a stanovení případných dalších nutných informací pro plné pochopení případu; hledání možností řešení a intervence, pomocí odkazů na podobné případy, v závislosti na konkrétní podobě daného případu a s využitím zkušeností vlastních i ostatních kolegů; získání žádoucího odstupu pro objektivní posouzení celého případu.

Jaké jsou zásady pro psaní kazuistiky?

- Kazuistika je naučný literární útvar, který by měl informovat a odborně poučit. Je nutné používat správnou terminologii. Jazyková stránka kazuistiky by měla být jasná, srozumitelná, konkrétní a přesná, nemá být rozvláčná. Kazuistika je psaná naučným (odborným) stylem a zprostředkovává odborné informace a vědecké poznatky. Charakteristickým rysem kazuistiky je objektivnost, k dalším vlastnostem patří např. monologičnost, pojmovost, přesnost a odbornost. Z jazykového hlediska převládají pojmová slova, v terminologii přesné, jednovýznamové, ustálené názvy, domácí jednoslovné, víceslovné a složené pojmenování, cizí slova, hybridní slova a

doslovné překlady. Při psaní kazuistiky se používají ustálené vazby, složená přídavná jména, slovesa ve 3. osobě, vícenásobné větné členy, oznamovací věty, vsuvky apod.

Jaké jsou zdroje dat a výchozí materiály pro sestavení kazuistiky?

- volný, polostrukturovaný, strukturovaný rozhovor, anamnéza, osobní historii, pozorování, dotazníky, testy, projektivní testy, analýza produktů (osobní deníky, tvořivá díla, školní písemný materiál, kresby aj.)
- lékařská dokumentace, zápisy z terapie, zápisy ze supervize, intervize atd.; autobiografie, deníky, memoáry, životopisy, korespondence; případová akta státní správy (vyšetřovací a soudní spis, dokumentace z průběhu výkonu trestu atd.); rekonstrukce historie rodiny, rodu atd.; historie organizace, dokumenty o vzniku a existenci organizace, zápisy z porad, výroční zprávy atd.; rozhovory, ohniskové skupiny, pozorování a další metody, které jsou relevantní prostředí a možnostem. (Miovský, 2006)

Jakou význam mohou mít chybějící nebo zkreslená data od respondentů?

- Chybějící údaje jsou často ty, které mají soukromý nebo citlivý charakter (intimní, hanlivý apod.), a přestože by mohly sloužit k pochopení problému, není možné tyto údaje získat. Zkreslená data vznikají interpretací jednotlivých osob, která jsou emocionálně zabarvená. Nemusí jít o záměrnou snahu jedince zkreslit realitu, ale zkreslená data vypovídají o tom, jak realitu jedinec vnímá. Ke zkreslování dat může docházet i vlivem sociální percepce, kdy výzkumník je ovlivněn dojmem, který v něm zkoumaná osoba vyvolá a tím dojde k další interpretaci dat.

Jaká je obvyklá struktura kazuistiky v sociální práci?

- 1. Základní údaje: osobní údaje, diagnóza, problém 2. Anamnéza: rodinná a osobní (zdravotní, školní, profesní, sociální) 3. Status praesens: analýza a popis problému 4. Přijatá opatření 5. Navržená opatření 6. Prognóza: krátkodobá a dlouhodobá 7. Katamnéza

Co obsahuje metodologický úvod v případě využití kazuistiky pro vědeckovýzkumné účely?

- výběr problému (sledování hlavního problému, případně i částečných problémů) a stanovení cílů, zdůvodnění výběru kazuistiky jako metody vhodné pro řešení stanoveného problému, výběr a zdůvodnění výběru případu, popis způsobu získávání empirických dat (např. rozhovor, pozorování apod.), popis způsobu zpracování empirických dat (např. způsob kvalitativní analýzy dat, kategorizačně kódovací systém atd.), popis struktury kazuistiky.

2 STRUKTURA KAZUISTIKY – ÚVOD

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Druhá kapitola je zaměřena na úvod do kazuistiky, který musí obsahovat vhodné osobní údaje klienta, správně zformulovaný aktuální stav problému klienta s případnou diagnózou. Studenti se naučí zformulovat krátkou úvodní charakteristiku klienta a v samostatných úkolech si vyzkouší, jak tuto dovednost zvládají.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- umí zformulovat krátkou charakteristiku klienta v úvodu kazuistiky.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



osobní údaje, aktuální stav, diagnóza.

2.1 Úvod – základní údaje

Základní údaje o klientovi získává pracovník v první fázi poradenského procesu, tzn. v etapě sociální evidence a prvního kontaktu s klientem. Pracovník při prvním kontaktu mapuje potřeby klienta a získává bližší údaje o jeho osobě. V případě, že se jedná o klienta, který se neúčastní setkání, např. pracovník jedná s rodiči dítěte, s odborníky (psychologem, lékařem, soudcem atd.) nebo se zprostředkovatelskou organizací nebo institucí, pak získává základní data o klientovi prostřednictvím jiných osob nebo písemné dokumentace. (Gabura, Pružinská, 1995)

V úvodu kazuistiky je nutné uvést **základní údaje** o klientovi a krátkou charakteristiku současných obtíží klienta. **Osobní data** klienta se neuvádí, stačí uvést pouze křestní jméno, iniciály nebo přezdívkou, pohlaví (chlapec, dívka, žena, muž) a věk (roky, měsíce v době studia daného případu; pro lepší orientaci je lepší do závorky i ročník narození klienta), aktuální místo bydliště. Dále je v kazuistice používána stejné pojmenování dané osoby

(např. muž, dívka, klient apod.). Pozor na zdrobněliny, devalvační výrazy a emočně zabarvená slova, např. chlapeček, stará paní, malá, smutná holčička apod.

Krátká **charakteristika současných obtíží obsahuje i diagnózu** (diagnózy), pokud je u klienta známá. Uvádí se staré, ale i aktuální psychologické, lékařské, speciálně pedagogické, pedagogické a sociální diagnózy. Současné obtíže jsou formulovány samotným klientem (často se jedná o důvod vyhledání sociálních služeb) nebo se jedná o zakázku jiných subjektů (rodiče, škola, policie atd.). U některých klientů se skutečné obtíže vyjeví až v průběhu poradenského procesu. Pokud je kazuistika sestavována v průběhu práce s klientem, uvádí se dosud zjištěné údaje a diagnóza se doplňuje až po ukončení případu. Sociální diagnostiku provádí pracovník od prvního kontaktu s klientem. Důvodem k provádění diagnostiky je možnost získávání dalších informací od jiných odborníků, komunikace s nimi ve prospěch klienta a v neposlední řadě je adekvátnost poskytování sociálních služeb klientovi danou organizací. Pokud provede pracovník diagnostiku správně, mělo by být zcela zřejmé, co bude a může dělat s klientem v rámci poskytování sociálních služeb. (Hučík, Hučíková, 2009)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Co obsahuje úvod do kazuistiky?

2.2 Úvod do kazuistiky – vzory a úkoly k procvičení



ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.1

Příklad správně sestaveného úvodu kazuistiky

Osobní údaje klienta

Jméno: Kamila

Pohlaví: žena

Narozena: 1980 v Opavě

Aktuální bydliště: Opava

Aktuální stav: Ztráta zaměstnání v důsledku zdravotního postižení. Ohrožení finanční tísní.

Diagnózy: Zdravotní postižení (ztráta sluchu na pravé ucho, omezení hybnosti PHK po úraze). Nezaměstnanost.

ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.2



Příklad správně sestaveného úvodu kazuistiky

Osobní údaje klienta

Jméno: Honza

Pohlaví: muž

Narozen: 2002 v Krnově

Aktuální bydliště: Bruntál

Aktuální problém: Výchovné problémy, záškoláctví, neprospěch.

ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.3



Příklad správně sestaveného úvodu kazuistiky

Osobní údaje klienta

Jméno: pan K.

Pohlaví: muž

Narozen: 1987 v Praze

Aktuální bydliště: Brno

Aktuální stav: Nadužívání návykových látek (THC, extáze, pervitin), nepravidelná docházka do zaměstnání – ohrožen ztrátou zaměstnání a bydlení. Osobnostní změny – zvýšená agresivita a paranoidní chování.

Po prostudování výše uvedených řešených úloh č.1-3 opravte nedostatky v samostatných úkolech č.1-10. V úkole č.11 sestavte úvod do kazuistiky na základě informací o klientovi.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.1

Osobní údaje klienta

Jméno: Karel Vondráček

Pohlaví: muž

Narozen: 1997

Aktuální bydliště: Písecká 2, Jeseník

Aktuální stav: Karel moc utrácí, nadělal si všude dluhy, neví, jak je splácet. Říká: „to bude asi problém“.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.2

Osobní údaje klienta

Jméno: Pepík

Pohlaví: kluk

Narozen: 12 let 2 měsíce (ročník 2001)

Aktuální bydliště: Ostrava

Aktuální problém: Učitelé si stěžují na nepozornost Pepy, vyrušování v hodině, používání vulgarismů vůči spolužákům i učitelům. Pepa má navíc i neomluvené hodiny.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.3

Osobní údaje klienta

Jméno: X.Y.

Pohlaví: žena

Narozena: 1990 na vesnici

Aktuální bydliště: v domečku na vesnici

Aktuální stav: Paní hodně pije, ale nepovažuje to za problém, odmítá odbornou pomoc. Partner paní a její děti si myslí, že je závislá.

Diagnóza: závislost na alkoholu.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.4



Osobní údaje klienta

Jméno: Adéla

Pohlaví: mladá slečna

Narozena: 2002

Aktuální bydliště: neznámo kde

Aktuální problém: Záškoláctví, užívání návykových látek (alkohol, nikotin, THC), promiskuita, trestná činnost. Aktuálně na útěku z výchovného ústavu.

Diagnóza: Porucha chování, závislost na návykových látkách.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.5



Osobní údaje klienta

Jméno: K.

Pohlaví: muž

Narozen: 1960 v Brně

Aktuální bydliště: bunkr

Aktuální diagnóza: Pan K. přišel o práci i bydlení, proto bydlí v bunkru.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.6



Osobní údaje klienta

Jméno: Jana

Pohlaví: žena

Narozena: 1967 v Ostravě

Aktuální bydliště: u přítele

Aktuální stav: Ztráta zaměstnání, neschopnost splácet dluhy, finanční tíseň, ohrožení ztrátou bydlení.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.7

Osobní údaje klienta

Jméno: Honzík

Pohlaví: chlapeček

Narozen: skoro před deseti lety

Aktuální bydliště: s rodiči a sestrou v rodinném domku v Olomouci

Aktuální diagnóza: Rodiče se rozvádějí a Honzíček to špatně snáší, odmítá chodit do školy, hodně pláče, kouše si nehty. Včera ukradl doma peníze, údajně na dárek pro maminku, aby měla tatínka zase ráda. Rodiče jsou z toho nešťastní, už tak mají starostí až nad hlavu. Chlapeček bude mít asi poruchy chování.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.8

Osobní údaje klienta

Jméno: KLIKLA KLO

Pohlaví: muž

Narozen: nezjištěno, vypadá tak na 60 let

Aktuální bydliště: nezjištěno

Aktuální stav: Kliklaklo nemá žádný problém, poslali ho sem z úřadu práce.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.9



Osobní údaje klienta

Jméno: Jiřina

Pohlaví: dívka

Narozena: 2000

Aktuální bydliště: chráněné bydlení Start, Brno

Aktuální problém: Nechtěné těhotenství, otec neznámý. Lehká mentální retardace.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.10



Osobní údaje klienta

Jméno: Rychlonožka

Pohlaví: muž

Narozen: 1980 v Ostravě

Aktuální bydliště: azylák, Opava

Aktuální diagnóza: Nezaměstnaný a závislý bezdomovec.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.11



Na základě uvedených informací sestavte úvod do kazuistiky:

Do zařízení přišel nový klient. Pracovník jej přivítal a usadil v kanceláři. Klient se představil jako Jiří Mach a uvedl, že přišel sem, protože slyšel, že mu tady pomůžou najít práci a poradí mu, jak na dluhy. Pracovník se během úvodního rozhovoru dozvěděl, že p. Mach má 48 let, narodil se v r. 1969 na Slovensku, pak se přestěhoval s rodiči do Česka a už tady zůstal, bydlí v nájmu v Karviné. P. Mach pracoval jako horník a jako hlídač na stavbě. Před

5 lety začal hrát automaty, hodně se zadlužil, letos ho propustili z práce a jeho dluhy převzali exekutoři. Neví, co má dělat. Automaty už nehraje, byl na léčení v psychiatrické nemocnici v Opavě. Dluhy má asi ve výši 100 tisíc korun.

Osobní údaje klienta

Jméno:

Pohlaví:

Věk:

Aktuální bydliště:

Aktuální stav/problém/diagnóza:



SHRNUTÍ KAPITOLY

Druhá kapitola byla zaměřena na úvod do kazuistiky, jak správně zapsat osobní údaje klienta, jak správně zformulovat aktuální stav nebo problému klienta s případnou diagnózou. Studenti si v samostatných úkolech procvičili sestavení krátkého úvodu do kazuistiky.



ODPOVĚDI

Co obsahuje úvod do kazuistiky?

- Základní údaje, tzn. osobní data, pohlaví a věk, aktuální místo bydliště. Krátká charakteristika současných obtíží obsahuje i diagnózu (diagnózy), pokud je u klienta známá. Uvádí se staré, ale i aktuální psychologické, lékařské, speciálně pedagogické, pedagogické a sociální diagnózy. Současné obtíže jsou formulovány samotným klientem (často se jedná o důvod vyhledání sociálních služeb) nebo se jedná o zakázku jiných subjektů (rodiče, škola, policie atd.). U některých klientů se skutečné obtíže vyjeví až v průběhu poradenského procesu.
-

3 STRUKTURA KAZUISTIKY – ANAMNÉZA

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Třetí kapitola se zaměřuje na sestavení anamnézy. Celková anamnéza zahrnuje jak rodinou, tak osobní anamnézu. Studenti se naučí, jak správně formulovat údaje o blízké rodině klienta a osobní anamnestická data klienta, ke kterým patří raný vývoj, zdravotní anamnéza, zneužívání omamných a psychotropních látek, porušování zákona, bytová a finanční situace, zájmy a volný čas, sociální zázemí, školní anamnéza a profesní anamnéza.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- zná typy anamnéz;
 - respektuje požadavky kladené na anamnézu;
 - dokáže sestavit rodinnou anamnézu klienta;
 - dokáže sestavit osobní anamnézu klienta.
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



autoanamnéza, heteroanamnéza, rodinná anamnéza, osobní anamnéza, školní a profesní anamnéza.

3.1 Anamnéza

DEFINICE



Anamnéza tvoří jeden ze základních zdrojů informací, na kterých je založen diagnostický postup. Anamnéza zachycuje jednak vývoj diagnostikovaných obtíží a zároveň bere v úvahu sociální prostředí, ve které se vyvíjely. Z anamnézy mohou vyplynout i další faktory, které se na vzniku, vývoji nebo aktuálním stavu podílely. (Hadj Moussová, Duplinský a kol., 2002)

Původně jde o lékařskou diagnostickou metodu, který byl převzat do poradenského procesu jako součást diagnostického přístupu sociálního pracovníka. Aktuálně anamnézu využívají psychologové, pedagogové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Anamnézu získává výzkumník minimálně ze dvou zdrojů, a to od klienta (**autoanamnéza**) při anamnestickém rozhovoru nebo od dalších blízkých osob, spolupracovníků, odborníků apod. (**heteroanamnéza**). Úlohou anamnézy je získat základní údaje o klientovi a seřadit údaje chronologicky tak, aby dokumentovaly časovou postupnost jevů, událostí a okolností. **Anamnestický rozhovor** se většinou uskutečňuje v první fázi kontaktu s klientem ještě před širším rozhovorem o vlastním problému klienta. V některých organizacích je zavedena praxe, kdy jeden pracovník sbírá anamnestické údaje a připravuje podklady o klientovi pro pracovníka – poradce. Anamnestický rozhovor má výrazně administrativní charakter a pracovník musí dbát na to, aby klienta neodradil od samotné poradenské práce velkým množstvím otázek, které zatím klientovi nedávají smysl a nenapomáhají s řešením jeho problému. Mnohem užitečnější a klienta méně rušící je přístup, kdy anamnestický rozhovor není ohraničenou fází poradenského rozhovoru, ale pracovník nechává klienta volně referovat o svých těžkostech, a z jeho vyprávění si vybírá relevantní anamnestické údaje, případně se později klienta doptává. Pracovník si může údaje sdělené klientem volně zapisovat nebo mít připravený záznamový list na anamnestická data. (Gabura, Pružinská, 1995)

K základním metodám tvorby kazuistiky patří **rozhovor** a **pozorování**. Rozhovor je metoda explorační (zjišťovací), uskutečňuje formou otázek a odpovědí nebo řešením problému formou ústní nebo psanou. Výhodou rozhovoru je osobní kontakt výzkumníka s dotazovaným a možnost řízení výpovědi dotazovaného dle momentální situace. Metoda rozhovoru je pro výzkumníka náročná z důvodu nároků na čas k provedení rozhovoru, na používání vhodných otázek, vyvarování sugestivních otázek, ovlivnění vlastní sympatií či antipatií vůči dotazovanému, nepřesné interpretace obsahu rozhovoru apod. Pozorování patří mezi speciální metody, kdy v rámci kvalitativního výzkumu by pozorování mělo být záměrné, plánové, systematické, dlouhodobé (nebo alespoň opakované), zaměřené a soustředěné (např. na vnímání, myšlení, chování a výkonnost pozorovaného, osobnostní vlastnosti, sociální vztahy apod.) a přesné (s prováděným záznamem), diskrétní. Kvalitu pozorování výrazně ovlivňuje soustředěnost a volní úsilí pozorovatele, jeho schopnost objektivního pozorování, osobní zkušenosti pozorovatele a jeho aktuální psychický i fyzický stav. (Michalová, Doubravová, 2014)

Na anamnézu jsou kladeny tři základní požadavky:

- **Objektivnost** – shromažďované údaje o klientovi jsou konkrétní, jedná se o co nejpřesnější popis vývoje událostí a okolností. V průběhu vytváření anamnézy výzkumník údaje porovnává, kombinuje a průběžně hodnotí pro účely vytvoření celkové obrazu o situaci klienta.

- **Všeobecnost** – jedná se o šířku pohledu na problematiku a zkompletování zpráv z více zdrojů.
- **Systematičnost** – výzkumník systematicky objasňuje souvislosti a životní události s ohledem na systematický životní sled. (Hučík, Hučíková, 2009)

Anamnéza zahrnuje rodinnou a osobní anamnézu. Osobní anamnéza se dále člení na zdravotní, školní, profesní a sociální anamnézu.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co je to anamnéza a jaké požadavky jsou kladeny na anamnézu?

3.1.1 RODINNÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza zachycuje rodinné, sociální poměry, jejich vývoj a aktuální stav. Kromě základních údajů o rodině klienta mohou být součástí rodinné anamnézy informace o sociálně-ekonomických podmínkách (hospodaření, zaměstnání, fakta o výtěžcích, příjmy a výdaje), bytových poměrech (kvalita bydlení, vybavení, udržování aj.), vnitřním klima, citových vztazích, úrovně vzdělanosti, způsobu života, výchovných poměrů (kdo a jak se dítěti věnuje, spolupráce se školou aj.), hierarchie hodnot apod. V rámci rodinné anamnézy se pracovník dotazuje na hereditární zátěž v rodině, osobnost matky a otce, na vztahy mezi nimi, důležité zážitky z dětství, na sourozence, autority a identifikační vzory, zlomové a traumatické události v rodině, tradice a rituály apod. Významné také může být to, jaký životní styl převládal v rodině, na co se kladl největší důraz, jak rodiče naplňovali své rodičovské poslání, jakými krizemi rodina prošla, jestli se v minulosti v rodině objevily nějaké zvláštnosti nebo patologie apod.

Rodinná anamnéza zahrnuje podle Hučík a Hučíkové (2009):

1. Rodinné anamnestické údaje – pokrevní příbuzní z obou stran (rodiče, prarodiče, sourozenci, sourozenci rodičů atd.) a další relevantní údaje o rodičích: věk v době sestavování anamnézy, povolání, bydliště, charakter bydliště, ekonomická a kulturní životní úroveň rodiny, případné zvláštnosti a patologie.
2. Samotná rodina – rodinná konstelace, vztahy rodičů, výchovné a emoční klima v rodině, zvládání emocí, výchovné metody, bydlení, hygienická úroveň domácnosti, ekonomické zabezpečení rodiny, trávení volného času, postoje, hodnoty, rozvod, úmrtí, kontakty, vztah klienta k členům rodiny, složení rodiny, zvláštní schopnosti, nadání rodičů, členů rodiny, výživa, oblékání, životní styl, rituály, tabu, projevy dysfunkčnosti, významné události v životě rodiny apod.

3. Sourozenci – sourozenecká konstelace, počet sourozenců, pořadí, vztahy mezi nimi, podobnost a rozdíly mezi sourozenci.
4. Děti – počet, věk, vztah rodič – dítě a opačně, vzdělávání dětí.
5. Další údaje jinde neuvedené – další osoby žijící v rodině apod.

Užitečnou metodou pro sestavování anamnézy je **zpracování rodinné (vztahové) mapy klienta**. (Gabura, Pružinská, 1995) Na základě rozhovoru s klientem, případně dalšími členy rodiny pracovník tvoří aktuální vztahovou mapu klienta. Jedná se grafické znázornění současných vztahů s lidmi z nejbližšího okolí klienta, se kterými je alespoň v minimálním kontaktu. Mrtví členové rodiny se do mapy neuvádějí, výjimku tvoří takový jedinec, který nějakým způsobem stále ovlivňuje život klienta, např. zemřelá manželka klienta, který ji nemůže odpustit, že jej tady nechala, neustále o ni mluví, vzpomíná na ni apod. V tom případě daného člena rodiny do mapy zakreslete a označte křížkem. Pokud má klient nějaký vztah s jedincem mimo rodinu a jedná se o významný vztah pro klienta, je nutné jedince do mapy zakreslit a v závorce uvést o koho se jedná.

Vysvětlivky:

MUŽ = čtvereček

ŽENA = kolečko

Aktuální věk – napsat dovnitř čtverečku nebo kolečka

Klienta označit hvězdičkou

Dle potřeby do závorky uvést vysvětlení o koho se jedná (např. RODIČE, MANŽELÉ, DRUH/DRUŽKA, DĚTI, SOUROZENCI, SOUSED ATD.)

Vztahy:

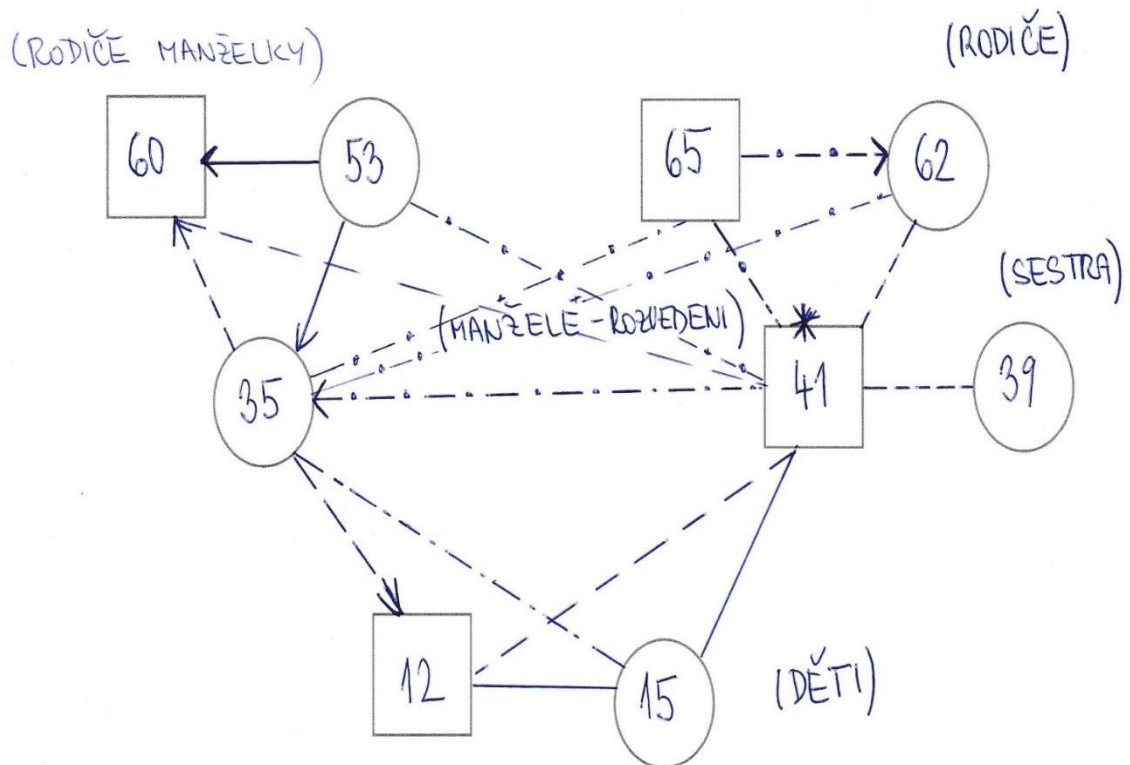
_____	= označuje vyrovnaný, spokojený vztah
-----	= vlašný vztah, nezájem, neochota investovat do vztahu
.....	= konfliktní vztah, jedinci spolu bojují
—————→	= šipka naznačuje vztah dominance a submisivity, směřuje od dominantního k závislejšímu jedinci

ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.1



Příklad vztahové mapy klienta na základě údajů z anamnézy:

Vztahová mapa dospělého klienta X (41 let), který má problémy s nadužíváním alkoholu. Z jeho vztahové mapy lze vyčíst, že má převažující konfliktní nebo vlažné vztahy se všemi blízkými lidmi (bývalou manželkou, jejími rodiči, svými rodiči, vlastní sestrou a synem), pouze se svojí dcerou vnímá vztah jako spokojený. Z mapy lze dále vyčíst, že v primární rodině klienta byl dominantní otec, v rodině manželky matka, oba si do vlastní rodiny přinesli vzorce vztahů svých rodičů, a to dle vyjádření klienta pravděpodobně vedlo i k nedorozuměním, zvýšené konzumaci alkoholu a následně rozpadu manželství. Bývalá manželka během manželství příliš podléhala vlivu své dominantní matky.



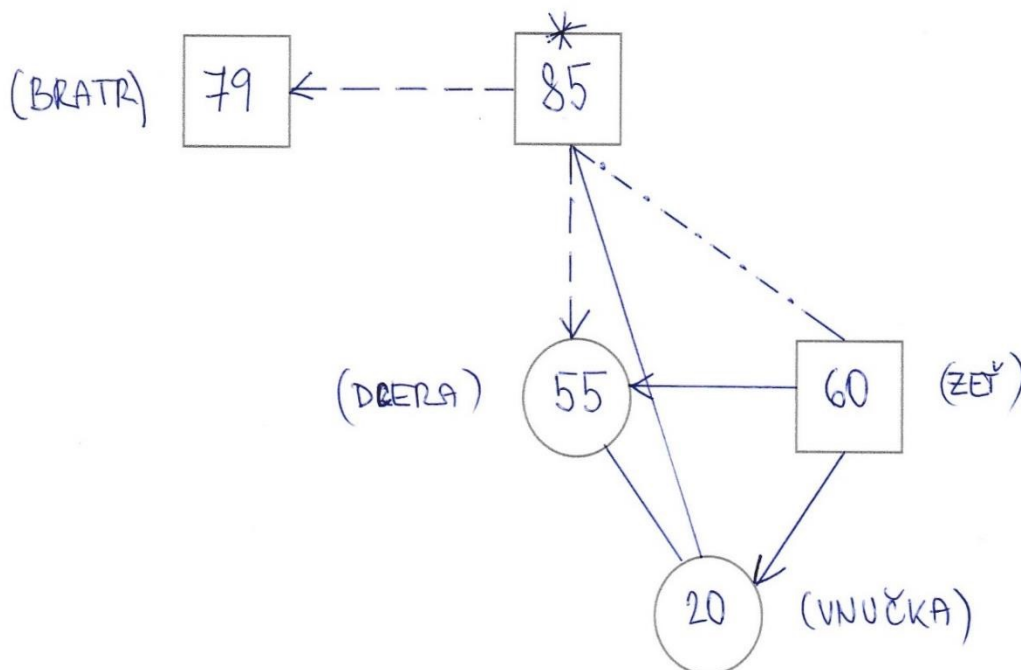
Obrázek č.6: Vztahová mapa klienta (41 let) (Zdroj: vlastní)



ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.2

Příklad vztahové mapy klienta na základě údajů z anamnézy:

Vztahová mapa seniora – muže (85 let), který žije v Domově pro seniory. Z jeho vztahové mapy lze vyčíst, že má vlažný vztah se svým bratrem a svojí dcerou, konfliktní vztah se zetěm, pouze se svojí vnučkou vnímá vztah jako spokojený. Aktuálně se klient s nikým nestýká, cítí se osaměle, návštěvy dcery odmítá, protože chodí se zetěm, na vnučku vzpomíná často, ale vidí se cca 1x za rok.



Obrázek č.7: Vztahová mapa klienta (85 let) (Zdroj: vlastní)

3.1.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Osobní anamnéza zachycuje rodinné, sociální poměry, jejich vývoj a aktuální stav. Kromě základní osobní anamnéza je zaměřená na celkový tělesný, neuropsychický a sociální vývoj. Zahrnuje prenatální období a porod, raný vývoj, další vývoj, emocionální vývoj, vývoj postoje k hodnotám, vývoj sociálních vztahů, návyky, zájmy a aktivity, výchovné těžkosti a poruchy chování, vývoj abnormálních, hraničních, patologických jevů, stupeň začlenění se do společnosti, celkový vývoj osobní identity atd. Dle cíle kazuistiky se mohou v osobní anamnéze objevit i údaje o etnicitě, rase, životní etapě, sociální roli, schopnosti zvládat životní nároky, dostupné sociální podpoře, dále jsou-li známy stresory a podmínky

prostředí, stigmatizace, hodnoty, náboženské přesvědčení, sexuální a kulturní orientace. (Gabura, Pružinská, 1995)

Zdrojem dat pro osobní anamnézu je klient sám, užší rodina, příbuzní, přátelé, sousede, instituce (škola, lékař, policie apod.). Zjišťování a ověřování dat pro sociální anamnézu se děje především na základě vyšetření pracovníka sociální situace u klienta – návštěva v rodině, šetření, návštěva školy, instituce apod. (Gabura, Pružinská 1995)

Osobní anamnéza zahrnuje podle Hučík a Hučíkové (2009):

1. Raná anamnéza – prenatální období, porod a poporodní období.
2. Zdravotní anamnéza – prodělané nemoci, úrazy, infekce, patologické stavy, výživa a její poruchy, traumata, operace, pobyty v nemocnici, chronická onemocnění, postižení, pravidelné užívání léků, dosavadní léčba a podpůrná opatření, aktuální zdravotní problémy, jejich průběh, genetické dispozice, vliv prostředí, užívání návykových látek, závislosti, léčba závislosti, evidence u odborných lékařů apod. Tyto údaje poskytuje buď klient sám nebo je pracovník získává z lékařské dokumentace.
3. Školní anamnéza – zaměřuje se na školní věk, u malých dětí včetně předškolního vzdělávání. Tyto údaje poskytuje klient, jeho rodiče nebo učitel, vychovatel, výchovný poradce, speciální pedagog, školní psycholog, asistent pedagoga apod. Školní anamnéza se zaměřuje na školní věk a mapuje fyzický, intelektuální, emoční a sociální vývoj klienta, osvojování interpersonálních zkušeností, kompetence vytvářet vztahy, adaptace na nové prostředí, školní úspěšnost, obtíže ve škole, podpůrná opatření, profesní orientace profesní příprava apod. U klienta školního věku může být školní anamnéza stěžejní částí kazuistiky.
4. Profesní anamnéza – zahrnuje přípravu klienta na profesi od studia až po současné zaměstnání, další vzdělávání, dosažený stupeň vzdělání, úspěchy, neúspěchy, vztah k autoritě, vztah ke spolupracovníkům, evidenci na úřadu práce, rekvalifikační kurzy apod. Profesní anamnéza může u některých klientů zahrnovat i školní a sociální anamnézu.
5. Sociální anamnéza – může být součástí rodinné nebo osobní anamnézy. Zaměřuje se širší sociálně-kulturní prostřední nacházející se za hranicemi rodiny, tj. vztahy se sousedy, navazování přátelství, sociální vztahy, užší prostředí, chování na veřejnosti, v zaměstnání, ale i sexuální vývoj, patologické jevy apod.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jaké údaje zahrnuje rodinná a osobní anamnéza?

3.2 Anamnéza – vzory a úkoly k procvičení



ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.3

Příklad správně zformulované anamnézy

Rodinná anamnéza:

Matka: závislost na alkoholu, 4x léčena na psychiatrii

Otec: nadužívání alkoholu, bez ústavní léčby

Babička: nadužívání alkoholu, bez ústavní léčby

Sourozenci: 0

Rodinné zázemí: do 19 let bydlel s rodiči, narušené vztahy mezi všemi členy rodiny

Osobní anamnéza:

Raný vývoj: běžný, běžné dětské nemoci do cca 15 let

Zdravotní anamnéza: 4x zlomená noha, 1x přeražený nos, epileptické záchvaty, po-
leptání trávicí soustavy ředidlem, hrozby sebevraždou za účelem přijetí do PN

Abúzus drog: 20 let silný kuřák – 5 let nekouří, 10 let nadužívání alkoholu – 2 roky
abstinuje

Krimi: -

Partnerské vztahy:

1.manželství v 19 letech, 3 děti, rozvod z důvodu alkoholismu a agresivity vůči man-
želce v opilosti, dlouhodobě bez kontaktu s dětmi

2. přítelkyně – 2 roky vztah – rozchod kvůli alkoholismu

3.přítelkyně s dítětem, 1 rok vztah, bydlí u jejích rodičů

Finance: stálý pracovní poměr, průměrný příjem, platí alimenty na děti z 1.manželství,
jiné dluhy nemá

Sociální vztahy: udržuje přátelské vztahy s kolegy z práce, s lidmi z minulosti se nestýká

Zájmy a koníčky: začal se věnovat sportu – posilování, rád hraje šachy, čte si, jezdí na
vodu

Školní a pracovní anamnéza:

Ukončená ZŠ, problémy s učením i chováním, vyučen automechanikem, podmíněčně vyloučen za užívání návykových látek, ošetřovatel skotu 3 roky, příležitostné práce na stavbách, stánkový prodej, v autoservise, evidence na ÚP s přestávkami cca 5 let, absolvent elektrotechnické průmyslovky – při zaměstnání, absolvent dálkového studia VŠ elektrotechnické, aktuálně pracuje jako učitel.

ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.4



Příklad správně zformulované anamnézy

Rodinná anamnéza:

Matka: narozena 1977 v Třeboni. V 19 letech odešla z domu, žila s partou squaterů na okraji města v opuštěném domě, zde se seznámila s budoucím otcem svých dětí. Matka začínala na marihuaně, dále experimentovala s LSD, kokainem, poslední stálou drogou se stal heroin. Absolvovala ZŠ a dále SŠ obor cukrářství, po SŠ zaměstnána u soukromníka, propuštěna po 6 měsících pro neplnění pracovních povinností. Poté již zmíněná parta a nechtěné těhotenství, partner ji nutil k potratu, její matka si nepřála, aby podstoupila zákrok, nabídla oběma partnerům materiální podporu po narození dítěte. Matka si dítě (klient) nechala, po roce a půl od narození prvního dítěte matka porodila dalšího syna, otcem druhého dítěte je stejný partner – matka si myslela, že je druhé dítě sblíží. S prvním synem chladný vztah, časté fyzické tresty, preference druhého syna. Během druhého těhotenství matka navštívila K-centrum, pravidelně chodila na motivační program, snižovala dávky heroinu. Po přestěhování do bytu se o děti celkem stará. Po dvou letech matka začíná znovu zvyšovat dávky heroinu, nechávala děti bez dozoru, trávila čas sháněním drogy nebo prostitutí. Po sociálním šetření v rodině jsou děti umístěny do DD. V současné době má matka zákaz styku s dětmi, se svými rodiči neudrzuje kontakt, aktuální místo jejího pobytu neznámé.

Otec: narozen 1970 v Třeboni. Toxikoman od 16 let, experimentoval s různými drogami, dlouho LSD, krátce před seznámením s matkou přešel na heroin. Absolvoval ZŠ, vyučen v oboru automechanik, nikdy nezaměstnán, nevidován na ÚP, veškeré příjmy z drobných krádeží. Matku po zjištění prvního těhotenství nutil k potratu, dítě nechtěl, i po porodu se choval odmítavě, navštěvoval matku, o dítě nejevil zájem. Strhával matku zpět k heroinu a životu na ulici. Po zjištění druhého těhotenství chodil s matkou do K-centra jako doprovod. Krátce zaměstnán u soukromníka, zanedlouho jej začala šetřit policie v souvislosti s krádežemi ve firmě. Odmítl se léčit ze závislosti a společně s matkou děti odjel z města. Aktuální místo jeho pobytu neznámé.

Sourozenci: Mladší bratr L., narozen 1996, chtěné dítě, odmalička preferován matkou. V předškolním věku zjištěna porucha pozornosti, po nástupu do školy poruchy učení. Nemedikován, nehospitalizován, časté bronchitidy. Povahově introvert. Sourozenci se často perou, nerozumí si, žalují na sebe, sourozenecký vztah soupeřivý a konfliktní.

Rodinné zázemí: Nefunkční rodina, materiální zázemí minimální. Matka s 1.dítětem bydlí v jednom pokoji v bytě svých rodičů, otec přichází na návštěvu jen proto, aby přemluvil matku k návratu do squatu. Otec drogově závislý. Matka přenechává většinu péče o dítě babičce a tráví čas s partou a partnerem, po zjištění druhého těhotenství vrcholí spory mezi rodiči dítě a babičkou. Matka začala navštěvovat K-centrum a řešit svoji závislost na heroinu. 2 měsíce před druhým porodem se partneri stěhují do 20 km vzdáleného města, přestávají navštěvovat K-centrum, kontakt s prarodiči minimální. Po dvou letech babička dětí zjistila, že jsou výrazně zanedbané a rodiče se o ně řádně nestarají. Od sousedů v místě bydliště rodiny se babička dozvídá, že rodiče pravidelně fetují, děti pobíhají špinavé venku do noci a často mají hlad. Babička upozorňuje OSPOD a sociální pracovnice po prošetření situace v rodině ihned odebírá obě děti, které jsou umístěny v DD. Rodiče neprojeví zájem získat děti zpět. Babička podala návrh k soudu o svěřeni dětí do péče její a manželovy, děti po 13 měsících pobytu v DD získala. Klient s bratrem je vychováván babičkou, dědeček dětí do výchovy moc nezasahuje, je spíše introvertní. Děti se jeví při sociální šetření jako spokojené, dobře adaptované, rodiče již neviděli několik let.

Osobní anamnéza:

Raný vývoj: Nechtěné těhotenství, zjištěné po 1. trimestru. Matka již před těhotenstvím dva roky toxikomanka (1 g heroinu denně), nechodila na pravidelné těhotenské prohlídky, v průběhu těhotenství matka občas užívala heroin. Porod v 37.týdnu, nižší porodní hmotnost, novorozenecká žloutenka. Dítě kojeno pouze v porodnici, vztah matky k dítěti chladný.

Zdravotní anamnéza: varicela, morbili, parotitis, časté záněty HDC, řádně očkován. Od mladšího školního věku bolesti břicha zřejmě psychosomatického původu, bez medikace, doporučena konzultace s psychologem, matka se na sjednanou schůzku nedostavila. Ve 2.třídě ZŠ diagnostikován ADHD (hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti), nikdy nehospitalizován, léky neužívá.

V evidenci: Středisko výchovné péče.

Abúzus drog: -

Krimi: -

Bytová situace: Po narození dítě žilo s matkou v domácnosti babičky a dědy, třípokojový byt, matka s dítětem měla samostatný pokoj. O dítě pečovala především babička. Konfliktní prostředí díky návštěvám otce dítěte.

Finanční situace: Klient je svěřen do péče babičky, babička zajišťuje veškeré finanční potřeby klienta.

Zájmy, volný čas: 2x týdně fotbalový trénink, v jiném kroužku nevydržel, potíže s respektováním autorit a chováním vůči ostatním dětem. Doma se věnuje knihám o přírodě, zajímá se o vesmír. Baví jej jízda na kole a kolečkových bruslích.

Sociální zázemí: Ve škole má jednoho kamaráda, jinak si s dětmi nerozumí, v okolí bydliště nemá vrstevníky, snaží se však zapadnout do party starších kluků, klient s bratrem chodí ven pouze za doprovodu babičky. Klient je hodně živý, neposedný, povídavý, dle babičky tvrdohlavý a hubatý, nejen ve škole, ale i doma lže. Neumí udržet věci v pořádku.

Školní a pracovní anamnéza:

MŠ neabsolvoval. Nyní ve 4. třídě, od počátku školní docházky problémy s chováním i prospěchem. Dle sdělení učitelů klient lže, bije děti, vyrušuje, nespolupracuje při vyučování, je drzý. Ve 2. třídě ukradl paní učitelce z peněženky 500 Kč, je podezřelý z dalších drobných krádeží u spolužáků, prospěch po celou dobu průměrný až podprůměrný pro nezáměr a neplnění školních povinností. Po svěřením dítěte do péče babičky se prospěch mírně zlepšil, chování zůstává stejně problematické.

Po prostudování výše uvedených řešených úloh č.3-4 opravte nedostatky v samostatných úkolech č.1-3. V úkole č.4 sestavte anamnézu klienta a jeho rodinnou mapu.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.1



Rodinná anamnéza:

Matka: narozena roku 1959, začala studovat jednu VŠ, pak vystudovala druhou VŠ, zaměstnaná jako učitelka českého jazyka na gymnáziu. Zdravotní stav je přiměřený věku. Vztah s klientem je a vždy byl dobrý. Starostlivě se o něj vždy zajímala, nikdy mu nevyčítala jeho stavy nebo pozdní příchody domů. Jediné, co klient uvádí, je, že mu vadilo, že jeho úspěchy ve škole brala vždy jako samozřejmost, že nemůže zklamat, protože je přece chytrý, ale tím pádem to klient pocítuje tak, že nemůže ani překvapit. Někdy se na ni klient zlobí, ale jinak ji má rád.

Otec: ročník narození 1955, vyučen v nějakém řemesle, zaměstnán jako soukromý podnikatel v dřevařské výrobě. Zdravotní stav – vysoký tlak, jinak přiměřený věku. Vztah s klientem není moc dobrý, podle klienta má otec k bratrovi ochranářský vztah, bratra upřednostňuje a vždy tomu tak bylo. Z otcovi strany pocítuje málo poznatelné citové rysy. V budoucnu mu chce předat svou firmu, ale jen pokud ho klient nenaštve.

Sourozenci: Starší brácha, ročník narození 1987, vzdělání středoškolské s maturitou. Zdravotní stav výborný. Klient uvádí, že ho dříve bral jako vzor, nyní jím opovrhuje. Bratr je velmi citlivý a samotářský, snaží se ho podržet na úkor sebe.

Rodinné zázemí: Velmi dobré, na rodičích je stále plně závislý, občas si někomu postěžuje, ale jinak je spokojený, že má kde bydlet, a že ho někdo živí.

Osobní anamnéza:

Raný vývoj: Asi přirozený, narozen v termínu, v těhotenství matka zdravá.

Zdravotní anamnéza: V dětství klient prodělal běžné dětské nemoci. Od střední školy trpí bolestmi zad, ztíženým dýcháním, nadměrné vypadávání vlasů.

V evidenci: Klient uvádí, že se byl poradit u homeopatika a občas chodí k obvodnímu lékaři, byl i v alergologické poradně, ale nic moc mu nezjistili.

Abúzus drog: Nadměrné užívání drog, nikotin, konzument alkoholu, zahrává si se závislostí.

Krimi: Klient byl před 5 lety předvolán jako svědek ve věci distribuce pervitinu. Před rokem – podmínka, řídil pod vlivem pervitinu, byl mu odebrán řidičský průkaz.

Partnerské vztahy: Partnerku neměl již 6 let, uvádí pouze občasné nezávazné vztahy, vypadá, že ho to moc netrápí.

Bytová situace: Žije společně s matkou, otcem, bratrem a babičkou v rodinném domě v Ostravě, Vodní 5.

Finanční situace: Klient vypomáhá svému otci ve firmě, momentálně příjem 12 000 měsíčně. Peníze má na své vlastní potřeby, veškeré základní věci platí jeho rodiče.

Zájmy, volný čas: Čtení knih, hudba, posezení s přáteli u pivečka.

Sociální zázemí: Kamarádi z okolí, se kterými se zná už od dětství. Občas se vídá s kamarády z Brna a ze střední školy.

Školní a pracovní anamnéza:

Na základní škole byl premiantem, navštěvoval 10 let hudební školu, kde hrál na housle. Ze základní školy přechod na 8leté Gymnázium, kde byl také premiantem, zde se věnoval atletice. Poté si užíval studentského života na VŠ a studium nedokončil.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.2

Rodinná anamnéza:

Matka: 1932–2003, švadlena, cukrovka, vztah s klientem dobrý

Otec: 1930–1980, dělník v pivovaru, cukrovka, vztah s klientem problémový

Sourozenci: sestra: 1955, prodavačka, cukrovka, vztah s klientem dobrý

Rodinné zázemí: Vyrůstal v rodinném domě s oběma rodiči, se sestrou a s babičkou. Vychovávala jej babička, protože matka prý byla citově chladná a nejevila přílišný zájem o výchovu svých dětí. S otcem neměl příliš dobré vztahy, protože byl občas hrubý k matce klienta, někdy musel klient i zakročít. Sestra klienta v 16 otěhotněla se svým přítelem, který se k nim přistěhoval, klient jim poté značně finančně vypomáhal.

Osobní anamnéza:

Raný vývoj: Žádné potíže ani nemoci.

Zdravotní anamnéza: Cukrovka.

V evidenci: Nikde.

Abúzus drog: Nadměrné požívání alkoholu.

Krimi: Žádné uvedl klient, ale prý je to jinak.

Partnerské vztahy: Aktuálně žije se svou manželkou a dvěma dcerami v rodinném domě. V současné době probíhá rozvodové řízení, kterým klient prochází již podruhé.

Bytová situace: Žije v rodinném domě v Boskovicích, s manželkou a dvěma dcerami. Manželé aktuálně prochází rozvodovým řízením a již více než 1 rok nesdílí společnou domácnost, klient už se rozvádí podruhé.

Finanční situace: Klient je v současné době ve starobním důchodu, žije ze starobního důchodu, má několik půjček, které za něj z větší části splácí manželka. On sám už nemá přehled o tom kde a kolik jakou půjčku má.

Zájmy, volný čas: Sledování televize, spánek, požívání alkoholu.

Sociální zázemí: Klient je uzavřený do sebe, chová se asociálně, nejeví zájem ani o nejbližší rodinu.

Školní a pracovní anamnéza:

SOU obor prodavač, pracoval jako řezník na pozici vedoucího, popelář, dělník pod obecním úřadem, strážný B. S., detektiv v obchodě, je vlastníkem certifikátu B. S.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.3



Rodinná anamnéza:

Matka: rok narození 1952, má střední vzdělání a v současné době je v invalidním důchodě.

Otec: otce nezná, uvádí, že s matkou nebyli oddáni, opustil je ještě v době těhotenství matky, nikdy se s ním nesešel, nevyhledával ho, je to pro něj cizí člověk.

Sourozenci: bratr Jiří, rok narození 1982, svobodný, žije společně s matkou, zaměstnaný jako dělník.

Rodinné zázemí: výchovu matky hodnotí jako spravedlivou a mírnou do svých 8 let, kdy si matka našla nového partnera Romana, za kterého se opět nevdala, z tohoto vztahu se narodil nevlastní bratr klienta, partner matky klienta neměl rád, časté byly nadávky a bití, klient uvádí, že to nebylo tím, že nebyl jeho biologickým synem, protože k vlastnímu synovi se choval stejně, když bylo klientovi 11 let, matka se s tímto partnerem rozešla a zůstala na výchovu obou synů sama, od té doby se situace v domácnosti uklidnila a výchova byla opět mírná.

Osobní anamnéza:

Raný vývoj: klient se narodil matce v 22. letech, těhotenství matka prožila bez velkých zdravotních problémů, o svém těhotenství věděla zhruba od 3. měsíce, poté byla v pravidelné péči lékařů, porod proběhl v pořádku v 9. měsíci těhotenství, porodní váha i míra byly v normálu, hmotnost novorozence 3,70 kg, délka novorozence 56 cm.

Zdravotní anamnéza: aktuální zdravotní stav klienta je dobrý, netrpí žádnými vrozenými chorobami či chronickým onemocněním, po psychické i fyzické stránce bez zjevných nálezů, klient během svého života neprodělal žádné závažné onemocnění, neměl ani žádný úraz, kvůli kterému musel být hospitalizován nebo by vyžadoval jinou zdravotní péči.

V evidenci: v současné době navštěvuje jen psychologa ve výkonu trestu odnětí svobody.

Abúzus drog: konzument

Krimi: první kontakt se zákonem v roce 1998, podmínka za drobné krádeže, následovala další trestná činnost, za níž byl v roce 2003 odsouzen k výkonu trestu na 2,5 roku, v současném trestu je od roku 2012 a konec trestu je v roce 2016, opět krádeže a loupeže.

Současná rodina: bývalá manželka (34 let) bydlí s dcerou (5 let) ve vlastním domě po svých biologických rodičích, s manželkou i dcerou udržoval před nástupem trestu stálý kontakt a projevoval o ně zájem, zdravotní stav bývalé manželky a dcery na dobré úrovni.

Bytová situace: klient žil před nástupem do výkonu trestu sám v pronajatém bytě, který musel z důvodu nástupu do vězení opustit.

Finanční situace: ekonomické zabezpečení klienta je pokryto pouze z jeho výdělku, dále z příjmu z případných klientových brigád a dávek sociální pomoci.

Zájmy, volný čas: mezi jeho zájmy a záliby patří sport, a to zejména kopaná a nohejbal, volný čas tráví sportováním a četbou knih, co se týká jeho postoje k hodnotám, má neujasněný žebříček hodnot, který je ovlivněn jeho trestní minulostí a pobytem ve vězení.

Sociální zázemí: udržuje kontakt s matkou i nevlastním bratrem, kteří žijí spolu v obecním bytě 2+1, navštěvují ho při řádných měsíčních návštěvách ve vězení, jednou za čtvrt roku ho navštíví i bývalá manželka s dcerou, klient je bez jakéhokoliv náboženského vyznání.

Školní a pracovní anamnéza:

Základní školu začal navštěvovat v 7. letech v roce 1981, na základní škole patřil k prospěchově průměrným žákům. Zlom nastal v 2. třídě, a to v době kdy si matka našla partnera, který ho bil. Ve třídě se stal problémovým žákem, který nejevil o učení zájem. Má základní úroveň vědomostí a znalostí. Vyjadřování a slovní zásobu na průměrné úrovni. Školní docházku ukončil v roce 1988 s dostatečným prospěchem. Po ukončení školy nastoupil na střední odborné učiliště, kde po třech letech získal výuční list v oboru zámečnick.

Co se týká zaměstnání, klient pracoval v různých firmách zabývajících se zámečnickou činností. Dlouho tam však nevydržel, střídavě byl nezaměstnaný, poté aby se uživil, začal páchat trestnou činnost. Po výkonu trestu odnětí svobody znovu nastoupil do zaměstnání. Podobný průběh jako v minulosti, o práci přišel díky trestné činnosti. V současném výkonu trestu mu bylo přiděleno zaměstnání, jako pomocný dělník při třídění kovového odpadu ve výrobní zóně věznice. Ve vězení zvažuje nastoupit rekvalifikační kurz v oboru elektrikář. Neovládá žádný cizí jazyk.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.4



Na základě uvedených informací o klientovi sestavte anamnézu a rodinnou mapu:

Klient – Tomáš, 14 let. Na základě ohlášení Policie ČR provedeno sociální šetření v rodině pracovníci OSPOD Ostrava – Jih, jedná se o byt 3+1 na sídlišti v Ostravě – Jih, kde bydlí po rozvodu otec s přítelkyní a 2 syny. Chlapec má v posledních 2 měsících výrazné problémy při studiu. Začal chodit za školu. Stýkat se s nevhodnou společností mladých jedinců. Zachycen Policií ČR, dne 1. 11. 2016 na ulici Vozovská, kde si lehal na silnici ve tmě a uskakoval projíždějícím vozidlům. Tomáš prochází složitým obdobím, kdy došlo ke změně rodinného zázemí. Rodiče jsou rok po rozvodu, na návrh otce, který nedokázal řešit s matkou její problémy s alkoholem. Tomáš asi nezvládl dlouhodobé napětí a konflikty v rodině, které vyústily v rozpad rodiny a problémy vyřešil po svém. Otec je pracovně velmi vytížený a synům nechává velkou svobodu a důvěru. Tomáš se místo sportovních aktivit začal zdržovat v místním parku, ve společnosti problematických jedinců, kde tráví volný čas společně a doprovází je hlučná zábava, alkohol, cigarety. Otec provozuje místní restauraci, oba syny má ve své péči, je mu 37 let. Se syny má přátelský a otevřený vztah. Snaží

se vše řešit domluvou. Po nahlášení Policie ČR došlo ke změně postoje k Tomášovi, vzniká nedůvěra a zvýšena kontrola přátel – s kým se stýká, kde se nachází. Matka je mladší než otec, má 34 let, v současné chvíli vedena na ÚP, bydlí v bývalém domě v Havířově. Dlouhodobě má dle slov bývalého manžela problémy s alkoholem, kterým napomáhá i její nový přítel, který jí v tom podporuje. Chlapec společně se svým bratrem a otcem žijí v pronajatém bytě ve Frýdku-Místku. V bytě má společný pokoj se svým bratrem. Starší bratr Jakub, 17 let, chodí na Střední průmyslovou školu ve Frýdku-Místku. S bratrem mají dobrý vztah, ovšem jiné zájmy a okruh přátel. Ani on nemá pravidelný kontakt s matkou. Společně v bytě s nimi bydlí i přítelkyně otce Jana – poslední 4 měsíce. Přítelkyně Jana pracuje jako úřednice v bance, má 30 let. S chlapci má vřelý vztah, podporuje je v koníčcích, do výchovy otce nezasahuje. V rodině se také často objevují prarodiče (rodiče otce), kteří chlapce od malička hlídali, berou si je na prázdniny, mají s nimi velmi pěkný vztah. Prarodiče ze strany matky přerušili s chlapci kontakt poté, co se rodiče rozvedli a otec se syny se odstěhoval do jiného města. Otec sdělil následující údaje o synovi. Tomáš je narozen jako druhé dítě. Těhotenství i porod byly normální, dle otce byl jeho vývoj byl v pořádku. Jako dítě měl běžné dětské nemoci, nic vážného. Matka se v té době ještě o děti starala a synům se věnovala. Později, když začala více pít, tak její péče u nebyla tak dobrá. Matka byla vždy submisivní, nerozhodná, o všem musel rozhodovat otec. Otec je podnikatel, naučil se být dominantní a rozhodný. Otec si uvědomuje, že dlouho budoval firmu a neměl na rodinu příliš času. Myslel si, že to to „blbé období“ přejde a manželka se vzpamatuje. Bohužel k tomu nedošlo a vztah matky a synů se natolik zhoršil, že s nimi přestala úplně mluvit, odcházela do restaurace za kamarádkami nebo s nimi pořád telefonovala. Po rozvodu se otec se syny odstěhoval, matka neměla zájem o kontakt s dětmi, chlapec musel změnit základní školu kvůli dostupnosti. Tomáš nyní navštěvuje školu na sídlišti v Ostravě. V průběhu zapojení do kolektivu se neprojevovaly žádné problémy. Poslední zprávy od třídi učitelky byly, že je pozorný, přirozeně inteligentní a přátelský. Jeho studijní výsledky byly nadprůměrné – na konci školního roku měl vyznamenání. Na podzim 2016 došlo však došlo k výrazné změně. Tomáš měl neomluvenou absenci, zhoršil si studijní výsledky o 2 až 3 stupně. Otec byl pozván do školy. Teprve tam se otec dozvěděl, co se s chlapcem děje, do té doby neměl tušení o vzniklých problémech při studiu. Tomáš má mnoho mimoškolních aktivit – hraje fotbal, hraje na kytaru a má mnoho přátel. V poslední době však došlo ke změně přátel – začal se stýkat s problémovými jedinci z jeho školy, ze sídliště, opustil mnoho svých zájmů. Je pravděpodobné, že je novými kamarády ovlivněn a společně tráví volný čas – z protokolu Policie ČR byli také zachyceni při nebezpečné činnosti. Školní psychologka otci sdělila, že chlapcovy problémy mohou souviset jak se změnou školy a prostředí, tak i problémy v rodině, kdy matka odmítá kontakt s chlapcem i jeho bratrem, a s pracovní vytížeností otce.

Osobní údaje klienta:

Jméno:

Pohlaví:

Narozen:

Aktuální bydliště:

Aktuální problém:

Rodinná anamnéza:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Rodinné zázemí:

Vztahová mapa:

Osobní anamnéza:

Raný vývoj:

Zdravotní anamnéza:

Abúzus drog:

Krimi:

Bytová situace:

Finanční situace:

Zájmy, volný čas:

Sociální zázemí:

Školní anamnéza:

SHRNUTÍ KAPITOLY



Třetí kapitola byla zaměřena na rodinnou a osobní anamnézu, jak správně formulovat údaje o blízké rodině klienta a osobní anamnestická data klienta, tj. raný vývoj, abúzus drog a porušování zákona, bytovou a finanční situaci, zájmy a volný čas, sociální zázemí, školní a profesní anamnézu. Studenti si procvičili sestavování anamnézy v samostatných úkolech.



ODPOVĚDI

Co je to anamnéza a jaké požadavky jsou kladeny na anamnézu?

- Anamnéza zachycuje jednak vývoj diagnostikovaných obtíží a zároveň bere v úvahu sociální prostředí, ve které se vyvíjely. Z anamnézy mohou vyplynout i další faktory, které se na vzniku, vývoji nebo aktuálním stavu podílely.
- Požadavky jsou: objektivnost, všeobecnost, systematičnost.

Jaké údaje zahrnuje rodinná a osobní anamnéza?

- Rodinná anamnéza zahrnuje: rodinné anamnestické údaje, samotnou rodinu, sourozence, děti, další údaje jinde neuvedené.
 - Osobní anamnéza zahrnuje: ranou, zdravotní, školní a profesní anamnézu, případně sociální anamnézu.
-

4 STRUKTURA KAZUISTIKY – HISTORIE PROBLÉMU A STATUS PRAESENS

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Čtvrtá kapitola se zaměřuje na zmapování historie problému klienta, jeho vývoje od prvních příznaků až do současného stavu. Kapitola poukazuje na správnou formulaci status praesens tak, aby všechny důležité okolnosti a možné příčiny vzniku problému, byly srozumitelně a chronologicky popsány. Z dobře sestaveného status praesens vyplývají i přijatá opatření a zároveň se mohou formulovat i další opatření, kterou mohou mít vliv na zmírnění nebo vyřešení problému klienta.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- umí popsat a analyzovat historii problému klienta;
- dokáže zformulovat aktuální stav problému klienta, tj. status praesens;
- dokáže zformulovat přijatá i navržená opatření.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



historie problému, status praesens, analýza problému, anamnéza problému, přijatá opatření.

4.1 Historie problému a status praesens

Aktuální stav (status praesens) problému je stav, kdy se pracovník dostává do kontaktu s klientem a má možnost jej sledovat. Pracovník používá **metody sociální diagnostiky**, metody výzkumu, pomocí kterých se snaží vykreslit obraz chování klienta, aktuální vývoj apod. Status praesens se týká potenciálních výsledků, které je možné u klienta dosáhnout aplikací adekvátních opatření nebo metod sociální práce. Pracovník se snaží zjistit a popsat projevy klienta, úroveň jeho sociálního chování, popis vnějšího vzhledu klienta (včetně hygienických návyků), vychovanost a hodnotovou orientaci klienta, popiš širšího

a užšího sociální prostředí klienta, jak klient uspokojuje základní životní potřeby, jaké zájmy, temperament, vztah k zábavě i odpočinku, vztah klienta k povinnostem, disciplíně, k vzdělávání, reakce klienta na existující sociální důsledky atd. (Hučík, Hučíková, 2009)

Dále se popisuje **historie problému**, přesné a konkrétní popsání vývoje problému až do současného stavu. Formulace musí být jasné, věcné, stručné, přesné a vystihují momentální problém klienta. Zatímco popis historie problému je záležitostí shromažďování velkého množství dat o klientovi a jeho problému, v další fázi je nutné tyto data interpretovat, hledat význam informací, hledat souvislosti a celkově případ analyzovat. Analýza problému je metoda na zjišťování, rozlišování a interpretaci významných okolností života klienta. Pracovník vytvářející sociální kazuistiku logicky sumarizuje, analyzuje dosud zjištěné údaje z jiných vyšetření, které jsou mu k dispozici, např. psychologické, psychiatrické, neurologické apod., záznamy jiných sociálních pracovníků, policie aj. Analýzu tvoří i výsledky činnosti klienta (písemný projev, kresby, různé výtvary a výrobky apod.). Výsledek analýzy umožňuje pracovníkovi vyvodit závěry, které jsou podkladem pro návrh možných opatření a intervencí. (Hučík, Hučíková, 2009)

Podle Gabury a Pružinské (1995) jsou **historie problému a status praesens zahrnuty do tzv. anamnézy problému**. Pracovník na základě výpovědi klienta a z dalších zdrojů stanovuje co je problém a jak problém vidí klient. Jaké osoby jsou zahrnuty do systému, jejich interakce, jaké role hrají osoby v problémovém systému, jaké mají postoje. Dále pracovník mapuje, jaké má problém příčiny, např. deprivace klienta, absence jednoho z rodičů či autority, nedostatek příležitostí atd. Je popisováno prostředí a situace, ve kterých se problémové chování objevuje. Kdy se problémové chování objevilo poprvé (historie problému), jaký je vývoj problému, kolísání jeho intenzity, akutnost nebo chronicita, etiologie problému. Pracovník zjišťuje, jaké jsou klientovi potřeby.

Důležitou součástí anamnézy problému je souhrn všeho, co už klient podnikl, aby svůj problém řešil, s kým hovořil, jaká vyšetření absolvoval, jaké postupy vyzkoušel a s jakým úspěchem, proč se nezdařilo problém zvládnout. Jedná se o tzn. **přijatá opatření**. Naopak, když si pracovník položí otázky: Jaké dovednosti potřebuje klient k tomu, aby mohl problém zvládnout a v neposlední řadě jaké vnější zdroje jsou nutné k tomu, aby byl problém vyřešen, pak se jedná o **navrhovaná opatření**. Pracovník formuluje nová opatření, která by mohla problém klienta vyřešit, nebo se vrací ke „starým“ opatřením, která v dané době nefungovala nebo by se znovu mohla vyzkoušet apod.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaké údaje zahrnuje anamnéza problému?

4.2 Historie problému a status praesens – vzory a úkoly k procvičení

V praxi se v kazuistice užívá pro označení historie problému až po současný stav souhrnného názvu „status praesens“. Poté následuje shrnutí všech přijatých opatření, tj. sociální nebo jiné odborné intervence a postupy, které měly zmírnit obtíže nebo řešit problém klienta. Dle znalosti dané problematiky je zároveň vhodné navrhnout i další postupy, které napomohou řešit problém klienta.

ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.1



Příklad správně zformulovaného status praesens

Status praesens:

Dívka byla ve 3 letech odebrána z výchovy rodičů, a to na základě zanedbané výchovy a podezření z týrání. O její výchovu se následně starají prarodiče (rodiče matky). V předškolním věku zjištěna dg. ADHD – od 1. třídy pod stálým dozorem psychologů z důvodu nepozornosti a zjištění citové deprivace. Školní i poradenský psycholog doporučovali kvalitnější a vřelejší kontakt dívky s pečujícími osobami. Tuto informaci babička brala jako výtku vůči své osobě a spolupráci s psychology přerušila.

V období adolescence – 7. a 8. třída začala mít dívka větší zájem o chlapecké zájmy, ale babička ji nutila věnovat se dívčím zájmům. Na základě tohoto jednání vzniká uzavřenost dívky, spory s vrstevníky i s babičkou. Později se objevuje záškoláctví. Vztah dívky k babičce začal být vyhrocený, babička přestávala dle svých slov výchovu dívky zvládat. Babička zvolila autoritativní přístup k vnučce – omezení v jídle, volném čase, neustálé uklízení věci v pokoji. Dědeček k celé situaci přistupoval pasivně. Vztah k babičce prošel několika krizemi již od 7 let věku díky. Babička často odmítala s dívkou komunikovat a tím ji trestala.

Kontakt s biologickými rodiči byl omezen, časté recidivy (návrat k pití alkoholu), pochyty v léčbě. Rodiče byli zbaveni rodičovské odpovědnosti. Soudem nařízená vyživovací povinnost – otec 700 Kč, matka 700 Kč měsíčně. Jsou zde problémy s placením výživného, většinou rodiče posílali cca 100 Kč. Na základě oznámení OSPOD začíná spolupráce s rodinou. Na základě všech doporučení (mediace, dohled sociálních pracovníků, spolupráce se školním psychologem) vznikla spolupráce mezi babičkou a dívkou, která byla doprovázena vedením pracovníků z OSPOD a pracovníků občanské poradny. Pracovníci pomohli babičce podat návrh k soudu ohledně neplacení výživného rodiči, prarodiče zažádali o pomoc ze systému státní sociální podpory. Finanční situace se tak zlepšila a babička začala být klidnější. To se projevilo na vztahu k dívce. Také velmi napomohla mediační setkání, kde se – babička i dívka – naučily základům řešení svých konfliktů – vymezením prostoru pro názor té druhé, vyjasnění si pocitů a také vhodné argumentaci. Po těchto možnostech mohla dívka navštěvovat zájmové kroužky dle svého výběru a zároveň na základě dohody

s babičkou (běh, bojové sporty) a věnovala se i pomoci v domácnosti. Jejich vztah se natolik vylepšil, že v rodině již nedocházelo k hádkám. Uklidnila se také situace se záškoláctvím. Dívka úspěšně dokončila povinnou školní docházku a dostala se odborné učiliště na obor cukrářka. Vztah k biologickým rodičům se nezměnil. Otec na základě problému s alkoholismem v roce 2000 zemřel. Matka je od roku 2001 abstinující a snaží se o vylepšení vztahu s dcerou.

Přijatá opatření:

- Odebrání dívky z biologické rodiny, svěřena do péče prarodičů, rodiče zbaveni rodičovských práv.
- Opakovaně psychologická péče, na nižším stupni péče přerušena, další péče pokračovala až v adolescenci dívky.
- Nařízený dohled sociální pracovníce OSPOD.
- Spolupráce s Občanskou poradnou.
- Vyřízení dávek státní sociální podpory.
- Mediační setkání dívky a babičky.
- Rozvoj volnočasových aktivit dívky dle jejího výběru.

Navržená opatření:

- Nadále spolupracovat s Občanskou poradnou.
- Pravidelná docházka dívky do SOU.
- Hledání zaměstnání po ukončení SOU.
- Mediační setkání dívky s matkou, případně spolupráce s psychoterapeutem.



ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.2

Příklad správně zformulovaného status praesens

Status praesens:

V 9 letech klientka vyzkoušela od spolužáka kouření cigarety, poté začala denně užívat nikotin. Rodiče klientky se v té době rozváděli, řešili majetkové rozdělení, konflikty řešily před klientkou, matka vyčítala otcí mimomanželské vztahy, otec matce její odtažitost a

nezájem o sexuální život. Matka v rozrušení řekla klientce, že se neměla vůbec narodit, že je nechtěné dítě. Rodiče v době rozvodu vítali, když klientka nebyla doma, nevadilo jim, že se toulá až do noci venku s partou problémových jedinců. Po rozvodu se otec odstěhoval, klientka zůstala s matkou. Matka se otcí mstila tím, že komplikovala návštěvy klientky, až to postupně otec vzdal a přestal klientku kontaktovat. Matka klientku materiálně zabezpečovala, jinak byl její vztah odtazžitý.

Ve 14 letech poprvé zkusila pervitin intranazálně a v dalších dvou letech užívala pervitin příležitostně, cca 5x za měsíc, včetně perorálního užívání. Matka si problémů klientky nevěnovala, řešila svoji profesní kariéru, nebývala často doma i přes noc.

V 16 letech přestala užívat pervitin vlivem vztahu s přítelem, který ji v užívání nepodporoval. Klientka měla pocit, že může přestat, kdy chce, že není na pervitinu závislá, rok pervitin neužívala, nikotin ano. Po půl roce studia na gymnáziu přešla na střední školu se sociálním a humanitárním zaměřením.

V 17 letech se k užívání pervitinu klientka vrátila (frekvence cca 1x-2x týdně), údajně to pro ni byla kompenzace nedostatku vřelého vztahu ze strany matky a také způsob, jak překonat trauma ze znásilnění v létě před nástupem do 3. ročníku SŠ. Klientka nevyhledala žádnou odbornou pomoc. Perorální užívání pervitinu a dalších návykových látek (extáze, THC) mělo na klientku výrazně negativní vliv, nebyla schopná plnit školní povinnosti, docházet do školy, měla konflikty se spolužáky i učiteli. Matka na výzvy školy nereagovala, byl upozorněn OSPOD. Střední škola přijala opatření v podobě podmíněného vyloučení klientky ze školy a nařízeného setkávání klientky s klinickým psychologem, který po půl roce doporučil ústavní léčbu z důvodu závislosti na návykových látkách. Klientka nastoupila do psychiatrické nemocnice. Po dvou týdnech, když dosáhla 18 let, podepsala reverz. Během několika týdnů se k užívání pervitinu vrátila.

V 19 letech, kdy se klientce podařilo postoupit do 4.ročníku SŠ, si uvědomila, že chce odmaturovat a žít jiný život než život na drogách, a proto se rozhodla přestat s užíváním pervitinu. Sama na sobě již klientka pozorovala změny osobnosti, nezvládání vlastních emocí, pocit ohrožení od ostatních, zvýšenou agresi lidí apod. V tomto období ji byli velkou oporou kamarádi a nový přítel. Za pomoci přátel a ambulantní léčby v Renarkonu se klientce podařilo postupně přestat užívat všechny návykové látky, později již docházela jen preventivně a na svépomocné skupiny.

Aktuálně klientka neužívá žádné návykové látky, ani nikotin, má občasné sebedestruktivní tendence (škrábání zápěstí, okousávání nehtů do krve, trhání vlasů). Aktuálně nemá zájem o žádnou odbornou pomoc. Klientka studuje 1.ročník VŠ sociálního směru, ráda by se profesně věnovala obětem trestných činů. Klientka bydlí ve studentském bytě s dalšími třemi spolužačkami, na studium si vydělává na brigádách, matka klientku při studiu ani jinak nepodporuje, nenavštěvují se. Klientka se snaží o znovuoobnovení vztahu s otcem.

Přijatá opatření:

- Krátce před zplnoletněním dívky spolupráce se sociálním pracovníkem OSPOD.
- Podmínečné vyloučení ze školy.
- Spolupráce s klinickým psychologem.
- Ústavní léčba závislosti na návykových látkách, farmakoterapie – po 2 týdnech podepsán klientkou reverz.
- Ambulantní léčba v Renarkonu.
- Svépomocná skupina v Renarkonu.

Navržená opatření:

- Nadále docházet na svépomocné skupiny.
- Individuální psychoterapie.

Po prostudování výše uvedených řešených úloh č.1-2 opravte nedostatky v samostatných úkolech č.1-4. V úkole č.5 sestavte anamnézu problému klienta.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.1

Status praesens:

Problémy klienta započaly přibližně před 10 lety, kdy se klient i s rodinou přestěhovali do jiného města, to mu bylo tak 53 let. Klient tam poznal nového přítele, se kterým se čas od času napili, avšak postupně se tyto setkání uskutečňovaly stále častěji, až postupem času začal popíjet sám, doma a bez důvodu. V průběhu let měl čas od času „alkoholové období“, které zpočátku trvalo 1-2 měsíce každého půl roku, v té době ještě alkohol před rodinou schovával na různá místa, postupně se však délka období prodlužovala, intervaly mezi nimi zkracovaly a lahve s pitím už před rodinou přestal i schovávat. Manželka i děti mu domlouvali, ale bylo to k ničemu. Klient odmítl jít k lékaři. Tohle klientovo chování mělo za následek, že v posledních 8 letech často střídal zaměstnání, z důvodu požívání alkoholu v práci nebo příchodu na pracoviště pod vlivem alkoholu. V současné době situace dospěla k bodu, kdy klient požívá alkohol denně, manželka se s dětmi před 3 lety odstěhovala ke svým rodičům. Klient si před cca 2 lety zažádal o předčasný důchod, aby nemusel docházet do zaměstnání, ale měl stále pravidelný příjem pro své potřeby. V současné době manželství prochází rozvodovým řízením.

Přijatá opatření:

- Domluva manželky a dětí, jinak nic.

Navržená opatření:

- Rozvést se.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.2



Status praesens:

Klient měl v základní škole dlouhodobé vzdělávací a výchovné problémy. Teprve v 5.třídě byla u klienta diagnostikována lehká mentální retardace školským poradenským zařízením (SPC), rodiče sociálně slabí a se školou nespolupracovali, SPC doporučilo změna vzdělávacího programu ze základní školy na základní školu praktickou. Důvodem pro vyšetření v SPC byl dlouhodobě neuspokojivý prospěch v základní škole, špatný prospěch provázely i výchovné problémy. Od začátku školního roku 2015/2016 byl klient přijat k plnění školní docházky do speciální školy (bylo vydáno rozhodnutí o změně vzdělávacího programu, zákonní zástupci podepsali informovaný souhlas se změnou vzdělávacího programu a SPC vydalo odborný podklad pro vzdělávání a zařazení žáka do systému speciálního vzdělávání). Klient je v současné době zařazen do 8. ročníku základní školy praktické. Od začátku školního roku nastaly výchovné problémy, které musely být řešeny se zákonným zástupcem klienta a pracovníkem OSPOD. Podle názoru rodičů došlo k negativním projevům v chování a k výrazně zhoršenému prospěchu po úrazu hlavy. Tento úraz se stal klientovi v 8 letech, kdy měl krvácení do mozku a dlouhodobé bezvědomí. V současné době navštěvuje klient 8. ročník základní školy praktické, zvyká si na nový kolektiv a nová pravidla chování. Snažil se na sebe upozornit negativním chováním (šikana, drobné krádeže), které bylo včas řešeno školou za spolupráce rodičů a OSPOD. Postupně roste klientův zájem o školu, zvyká si na plnění školních povinností, mírně se zlepšila spolupráce rodičů a školy.

Přijatá opatření:

- Problémy se vzděláváním, chováním ve škole a materiálním zajištěním vztahujícím se k povinné školní docházce byly projednány se zákonným zástupcem na výchovné komisi a o celé situaci je informován OSPOD.

Navržená opatření:

- Teď už bude vše v pořádku.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.3

Status praesens:

- pro podezření na týrání byl Petr v říjnu v roce 1997 umístěn do ústavu sociální péče, kde pobýval do září 1998
- v srpnu 1998 byl podán návrh na nařízení ústavní výchovy
- důvodem bylo, že rodiče nejsou schopni zabezpečit pro dítě podmínky nutné pro jeho zdárný tělesný i duševní rozvoj
- v září 1998 byl přemístěn na žádost babičky do dětského domova
- v době příchodu do dětského domova byla jeho řeč dyslalická, méně srozumitelná, slovní zásoba malá, hovořil agramaticky, mluvenému slovu rozuměl
- rodiče Petra v dětském domově navštívili jenom 4x
- v této rodině fungovala babička dítěte
- rodiče dítěte byli naprosto nespolehliví nejenom v péči o syna, ale i po stránce finanční, rodiče nebyli schopni si vyřídit jakékoliv dávky a příspěvky
- babička chlapce v dětském domově pravidelně navštěvovala a brávala si ho na víkendy domů
- po rozvodu rodičů chlapec udržoval už jen kontakt s matkou, bohužel už jenom ojedinele
- otec o chlapce přestal jevit zájem
- po smrti babičky matka chlapce párkrát navštívila v dětském domově
- v současné době již více než 4 roky nezvěstná, z matky se stala bezdomovkyně závislá na alkoholu
- zhruba v roce 2010 o chlapce projevil zájem otec, slíbil mu i vánoční pobyt doma, ale slib nesplnil a na Vánoce si pro něj nepřijel
- v současné době Petr v rámci vycházky jede za otcem sám
- otec Petrovi buď neotevře, nebo ho vyhodí, výjimečně ho pozve dál

- Petr již od příchodu na dětský domov vyžadoval pevný režim dne, neměl rád změny, vyžadoval pozornost dospělého, pokud nastala změna, projevovalo se to u něj velkými výkyvy nálad
- v mladším školním věku neměl žádnou vyhraněnou zájmovou činnost, ve starším školním věku se začal o sport zajímat, stal se fotbalovým nadšencem, od fotbalu se pomalu dostával i k jiným sportům

Přijatá opatření:

- pro diagnózu lehká mentální retardace (typ ADHD), PMR (psychomotorická retardace) s poruchami chování, byl již od dětství v péči dětského psychiatra, který mu naordinoval medikaci
- výsledkem posledního psychologického vyšetření je, že aktuální rozumové schopnosti chlapce jsou globálně rozloženy při dolní hranici lehké mentální retardace s nerovnoměrným rozložením jednotlivých sledovaných schopností
- docházel po celou dobu až do současnosti na pravidelné konzultace do psychiatrické ambulance, ambulance sexuologa, aby se naučil zvládat svou rozkolísanou sexualitu
- dochází na neurologii, užívá medikaci, to je důvod, proč v poslední době podstupoval různá psychologická vyšetření
- v současné době Petr působí dospělým dojmem, umí již z větší části ovládat své chování, ale má dětské projevy

Navržená opatření:

- zlepšit kontakt s otcem
- naučit se zvládat dětské projevy
- hledání pracovního uplatnění
- hledání samostatného bydlení

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.4



Status praesens:

Klient od raného dětství žil v sociálně zanedbané rodině, málo psychosociálně a kulturně podnětné až defektní (alkoholismus, drogy, trestná činnost). Matka s šesti dětmi se často

stěhovala, včetně pobytu na Slovensku a 4 roky v Anglii. V 11 letech poprvé umístěn v dětském domově, po půl roce vrácen matce, mezi 12.-13.rokem byl matkou odložen v Klokáňku, pak opět vrácen matce. Již v dětství užíval návykové látky (cigarety, marihuanu a občas pervitin). Svému mladšímu bratrovi ve svých šesti letech způsobil popáleninu levé části obličeje a levé části horní části těla.

Intelektová výkonnost chlapce je výrazně nerovnoměrná, globálně v pásmu hlubokého podprůměru, s podprůměrnou mravní složkou, vrozenou nedoslýchavostí, vadou řeči, obtížemi v koncentraci pozornosti, impulzivita a závažné výchovné obtíže.

Aktivní slovní zásoba je velmi slabá, hůře verbalizuje, hledá výrazy, řeč agramatická, narušená srozumitelnost, artikulační neobratnost. Častěji neslyší (nechce naslouchadlo) či nerozumí zadání úkolů, převážně verbálních, nezná význam některých slov.

Klient má v běžném životě problémy spojené s afektem a agresivitou. Inklinuje k drobným krádežím, konzumuje lehké návykové látky (tabák, marihuana, alkohol), ničí majetek dětského domova, vulgárně napadá svěřence a zaměstnance. V komunikaci je klient vulgární, povyšuje se, raději komunikuje se staršími dětmi. Svůj volný čas nejraději tráví poslechem hudby spojený s posezením u počítače – na sociální síti Facebook. Od 15 let má nařízenou ústavní výchovu v dětském domově z důvodu dlouhodobého zanedbávání jak zdravotního stavu, tak i jeho povinné školní docházky ze strany matky. Dlouhodobé neplnění rodičovských povinností.

Přijatá opatření:

- Zařadit klienta do společnosti a vést ho k tomu, aby našel odpovídající společenské uplatnění.
- Podpořit autority pedagogů a vychovatelů.
- Podpora vyrovnání nerovnoměrnosti ve vývoji.
- Vytvoření systému v základních školních dovednostech.
- Na zautomatizování základních dovedností bude potřeba více času a bude potřeba využívat co nejvíce názorných pomůcek.
- Navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu, psychologa.

Navržená opatření:

- Nadále navštěvovat psychologa.
-

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.5



Na základě uvedených informací o klientovi vypracujte historii problému tak, aby data na sebe chronologicky navazovala od prvních příznaků až po současný stav. Poté proveďte souhrn přijatých opatření a navrhněte možné další opatření.

Informace o dítěti sdělili: matka, asistentka pedagoga a výchovný poradce.

Matka uvedla: syn měl odklad, protože psycholog (PPP) při vyšetření školní zralosti řekl, že jeví známky autismu. Následně psychiatr potvrdil diagnózu Aspergerův syndrom. Už ve 2,5 letech si matka všimla, že je syn jiný než ostatní děti. Vynucoval si procházky po stejné trase, nemluvil. Po nástupu do školky ve 4,5 letech hodně zlobil, učitelky si stěžovaly, že utíká z procházek, odmítal se účastnit skupinových aktivit. Na doporučení lékařky byl přeložen do speciální mateřské školy, ale ani tady se mu nelíbilo, vztekal se a zlobil, takže matka zůstala se synem doma a MŠ už nenavštěvoval.

Výchovný poradce: žák nastoupil po odkladu ŠD do základní školy, byl integrován, má individuální plán a podpůrné opatření – asistenta pedagoga. Školní povinnosti, režim a nároky zatím zvládá bez větších obtíží, výchovné problémy nejsou.

Asistent pedagoga: pracuje na plný úvazek u chlapce, pomáhá jak při vyučování, tak o přestávkách. Vytváří denní režimy, seznamy úkolů, chystá speciální pomůcky pro výuku a eliminuje klientovo problémové chování vyplývající z diagnózy. Dle slov asistenta se chlapec v komunikaci s ostatními dětmi se zlepšuje, vidí pravidelně stejné spolužáky. Nadále je osvobozen z tělocvičných úkonů, je omezen v pohybové motorice. Chlapec, pokud se cítí přetížen, využívá místnost bez dětí, aby je nerušil ve výuce, potom se vrací zpět do třídy. V místnosti relaxuje, dívá se z okna, prochází se po třídě, nebo hraje na piano. Chlapec je vzděláván podle IVP, je zřejmé, že potřebuje k úspěšnému zvládnutí školních povinností podporu a pomoc, specifický přístup s ohledem na jeho diagnózu a důležitá je také individuální motivace, kdy asistentka využívá systému VOKS.

Status praesens:

Přijatá opatření:

Navržená opatření:

SHRNUTÍ KAPITOLY



Čtvrtá kapitola byla zaměřena na historii problému klienta, jeho vývoj od prvních příznaků až do současného stavu. Kapitola poukazuje nutnost správné formulace status

praesens tak, aby všechny důležité okolnosti a možné příčiny vzniku problému, byly srozumitelně a chronologicky popsány. Anamnéza problému zahrnuje i přijatá opatření a jejich vliv na zmírnění nebo vyřešení problému klienta a navržená opatření, která mohou dále řešit problém klienta. Studenti si v samostatných úkolech procvičili sestavování anamnézy problému klienta.



ODPOVĚDI

Jaké údaje zahrnuje anamnéza problému?

- aktuální stav (status praesens), historii problému (tzn. vývoj problému až do současného stavu), přijatá a navržená opatření.
-

5 STRUKTURA KAZUISTIKY – PROGNÓZA A KATAMNÉZA

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V páté kapitola se studenti seznámí s postupy sociální diagnostiky a s postupem při stanovení krátkodobé a dlouhodobé prognózy na základě navržených opatření. Dále se kapitola zabývá správnou formulací katamnézy. Kapitola obsahuje vzorové příklady a samostatné úkoly pro studenty k procvičení dovedností sestavení prognózy a katamnézy.

CÍLE KAPITOLY



Student po prostudování této kapitoly:

- umí využít sociální diagnostiky k stanovení krátkodobé a dlouhodobé prognózy klienta;
- dokáže správně formulovat prognózu;
- dokáže správně formulovat katamnézu po ukončení případu.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



sociální diagnostika, prognóza, katamnéza.

5.1 Sociální diagnostika a prognóza

Sociální diagnostika se uskutečňuje prostřednictvím anamnestického rozhovoru, pozorování (během rozhovoru, v přirozeném prostředí apod.), studiem materiálů, výsledků diagnostické činnosti odborníků atd. Součástí sociální diagnostiky je tedy i anamnéza. Výsledkem sociální diagnostiky je **sociální diagnóza**, která pracovníkovi zároveň určuje jak směr a naléhavost intervence, tak pomáhá efektivně sestavit poradenský plán a cíle sociálního poradenství. Ve fázi diagnostiky pracovníka také zajímá, co všechno už klient při řešení svého problému udělal a jaká je jeho verze vzniku problému. (Gabura, Pružinská, 1995)



DEFINICE

„**Sociální prognóza** je odborná předpověď, profesionální činnost sociálního pracovníka. Jde o předpověď sociálních a výchovných faktorů z hlediska dalšího vývoje klienta, předpoklad chronického stavu, resp. zlepšování daného stavu za určitých podmínek. Prognóza vytyčuje potencionální možnosti klienta, které by za určitých podmínek mohl dosáhnout, ale i terapeutickou, rehabilitační, sociální činnost odborníka.“ (Hučík, Hučíková, 2009, s.66)

Sociální diagnóza umožňuje:

- definovat prioritní problém klienta,
- stanovit základní problémy jednotlivce (rodiny, skupiny, komunity),
- stanovit pořadí důležitosti – co řešit nejdříve,
- vyjasnit příčiny – kontext (minulost, současnost, budoucnost),
- zda jde o rozpory ve vztahu ke společnosti (antisociální chování), k třídě (problémy na pracovišti), rodině (vazby), zábavě (nedostatek volnočasových aktivit, workoholismus) nebo problémy k sobě samému. (Gabura, Pružinská, 1995)

Při stanovování sociální prognózy je východiskem diagnostická analýza dosavadního vývoje a současného stavu klienta. Prostřednictvím diagnostického procesu jsou rozpoznány určité znaky podmínek, průběhu a výsledku sociální práce. Výsledkem je určení diagnózy a z ní vyplývající prognózy. **Prognóza** umožňuje rozpoznat, klasifikovat a naznačit úroveň a předpoklady sociálního rozvoje osobnosti klienta, současně umožňuje předpokládat plnění konkrétních cílů a úloh, a to na základě výběru vhodných metod, forem a prostředků sociální práce s konkrétním klientem. Prognóza nemusí být vždy jen pozitivní, může naznačovat i nepříznivý průběh a zhoršování stavu. Špatná prognóza je však pouze jenom odhadem, který nemusí zaručovat skutečné zhoršení. U klienta může dojít ke zhoršení v určitém rozsahu, oblasti a čase, např. úrovně vědomostí, schopností, návyků, poznávacích procesů, volní nebo citové stránky. Vzhledem k prognóze o zhoršení v určité oblasti se může pracovník zaměřit na jinou oblast klienta, která bude plnit kompenzační roli. Čím hlouběji a důkladněji pracovník pozná klienta, tím lépe a dříve může udělat potřebná opatření, aby se co nejvíce zvýšila naděje na úspěch při dosahování vytyčených cílů, aby klient dosáhl co nejvyššího stupně socializace. (Hučík, Hučíková, 2009)

Výsledkem analýzy dosavadního vývoje, současného stavu (status praesens) a tendence vývoje problému klienta je:

- **krátkodobá prognóza** – týká se kratšího časového úseku, obsahuje doporučení pro další zainteresované osoby v procesu sociální činnosti s klientem;
- **dlouhodobá prognóza** – určuje osobní a vnější předpoklady další sociální práce, co je možné v budoucnosti dosáhnout, jaké cíle by mohl klient dosáhnout.

Prognóza je odrazový můstek pro individuální socializační a resocializační nebo individuálně reedukační nebo rehabilitační program.

Prognóza zahrnuje dvě oblasti:

1. na čem stavět, co je pozitivní, co je potřebné vyzvednout,
2. co je potřeba korigovat, utlumit, a kterým směrem se ubírat.

V prognóze by se měl pracovník vyvarovat předsudků a přehnaného optimismu. (Hučík, Hučíková, 2009)

KONTROLNÍ OTÁZKA



Co je to sociální prognóza a jaké oblasti zahrnuje?

5.1.1 KATAMNÉZA

DEFINICE



Katamnéza je obecně charakterizována jako sledování příběhu problému od doby skončení nápravy, sociálního působení až do konce života jednotlivce. Katamnestické sledování probíhá u osob, u kterých se předpokládá recidiva a také pro porovnání výsledků použitých metod, prostředků, jejich účinnosti za různě dlouhou dobu po skončení léčení, terapie, nápravy v rámci působení sociálních institucí. Katamnéza zpětně ověřuje účinky konkrétního zásahu, jedná se kontrolu efektivity nebo funkčnosti. (Hučík, Hučíková, 2009)

Cílem katamnézy je zjistit, jak se daří klientovi i po skončení poradenské práce, jak zvládá různé životní situace, jak překonává problém apod. Katamnéza má také preventivní funkci, zejména tehdy, když zkoumá možné znovuobjevení se nežádoucích projevů a vlivů, hledá příčiny recidivy. (Vítková in Hučík, Hučíková, 2009) Katamnestické údaje může poskytnout klient osobně, telefonicky, písemně, údaje poskytují příbuzní klienta, spolupáci-

enti, účastníci svépomocných skupin apod. Odborníci doporučují po skončení sociální intervence provádět katamnestické sledování, jehož cílem je sledovat daného jednatelice po určitý časový úsek od skončení intervence. Velmi cenné jsou informace o dalším vývoji, pozitivním i negativním. Poznání změn je pro odborníka cenné nejen z hlediska teorie, ale i pro možnost praktického zásahu do existujících podmínek při zhoršení stavu jednatelice. Na začátku by měly být intervaly katamnestického sledování kratší, později delší, v závislosti na konkrétním případě. Sledování může vyústit až do longitudinálního sledování jedince, které je významné hlavně z hlediska sociální vědy. Takto je možné získat přehled o tom, jaké byly jeho vývojové možnosti v prostředí, ve kterém žije a nakolik se potvrdila původně stanovená prognóza. Sběr dat může probíhat setkáním klientem, návštěvou v rodině, dotazníkovým šetřením apod. (Hučík, Hučíková, 2009)



KONTROLNÍ OTÁZKA

Co je to katamnéza?

5.2 Prognóza a katamnéza – vzory a úkoly k procvičení

Po sestavení anamnézy problému, která je zakončena souhrnem navržených opatření, tzn. jaké intervence a postupy jsou vhodné ke zmírnění aktuálních obtíží klienta nebo k jejich odstranění, pracovník formuluje prognózu vývoje problému klienta. Prognóza nastiňuje, co se může stát, když klient dodrží přijatá a navrhovaná opatření, ale také co se může stát, pokud klient bude postupovat jinak. Je-li kazuisticky zpracováván případ, který je již ukončen, je možné zpracovat i katamnézu, tzn. jak se jedinci dále dařilo od ukončení spolupráce se sociálním pracovníkem.



ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.1

Příklad správně zformulovaných navržených opatření, prognózy a katamnézy

Navržená opatření:

- Nadále pokračovat v terapii s vězeňským psychologem za účelem odstranění depresivních obtíží, spojených s životními nejistotami po propuštění na svobodu.
- Nadále pracovat mimo věznici a získávat nové pracovní dovednosti a návyky.
- Spolupráce se sociálním poradce ohledně bydlení a pracovního uplatnění po propuštění na svobodu.

Po propuštění na svobodu:

- spolupráce s kurátorem v probační a mediační službě,
- spolupráce s úřadem práce a pracovními agenturami,
- využití sociálně právního poradenství,
- vyřízení dokladů – OP, ŘP, svářečský průkaz,
- obnovení vztahů s matkou a bratrem.

Prognóza:

- Krátkodobá: práce mimo věznici – získání nových pracovních dovedností, zlepšení depresivních obtíží ve spolupráci s vězeňským psychologem, úspěšné dokončení výkonu trestu odnětí svobody.
- Dlouhodobá: nalezení bydlení a práce po propuštění z věznice – úspěšná resocializace, obnovení kontaktů s matkou a bratrem – emocionální podpora. V případě nezajištění bydlení a práce je vysoce pravděpodobné, že klient opět začne páchat trestnou činnost a dojde k jeho zajištění a návratu do výkonu trestu.

Katamnéza:

Klient po propuštění na svobodu začal spolupracovat s kurátorem. V krátké době si přes pracovní agenturu zajistil práci v zahraničí a odjel za prací. Aktuálně klient žije a pracuje v zahraničí, má přítelkyni, plánuje rodinu, s matkou a bratrem jsou v telefonickém kontaktu, trestnou činnost nepáchá, o návratu do ČR zatím neuvažuje.

ŘEŠENÁ ÚLOHA Č.2



Příklad správně zformulovaných navržených opatření, prognózy a katamnézy

Navržená opatření:

- Nadále pokračovat ve farmakologické léčbě.
- Zahájit psychoterapeutickou péči rodiny.
- Realizovat program pro zvyšování pozornosti v PPP.
- Dodržovat důsledně režimová opatření.
- Úzká spolupráce rodičů, třídní učitelky a asistentky pedagoga.
- Výběr vhodných volnočasových aktivit žáka po konzultaci s psychologem.

Prognóza:

- Při dodržení všech aktuálně probíhajících opatření se jeví prognóza žáka pozitivně, tj. postupné zlepšování soustředěnosti a vytrvalosti při školních činnostech a zlepšení vztahu žáka k učení.
- Při nespolupráci rodičů s odborníky nebo školou je pravděpodobný rozvoj sociálně patologických jevů u žáka, tj. záškoláctví, neprospěch, útoky z domu, agresivní chování.

Katamnéza:

Případ probíhá.

Po prostudování výše uvedených řešených úloh č.1-2 opravte nedostatky v samostatných úkolech č.1-4.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.1

Navržená opatření:

- Více se věnovat koníčkům, kdy sociální pracovníci doporučují, aby se Honza věnoval něčemu, co ho bude naplňovat, a to v jeho případě je fotbal.
- Navštěvovat lékařskou pomoc, na kterou již několik let dochází.
- Nadále pokračovat v přijatých opatřeních.
- Zajistit sociální bydlení – chráněné bydlení.

Prognóza:

- Klient není prognosticky schopen plně se postarat o sebe, bylo nutné zahájit řízení k částečnému omezení způsobilosti k právním úkonům a stanovením poručníka. Z psychiatrického hlediska vyžaduje klient zvýšenou péči a celoživotní vedení, proto je nutno zvážit i eventuálně zažádat o částečný invalidní důchod a pomoci mu zajistit sociální bydlení – chráněné bydlení.

Katamnéza:

- Honza po odchodu z dětského domova začal bydlet v chráněném bydlení. Dokončil vzdělání a má příslib práce v chráněné dílně.
-

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.2



Navržená opatření:

- Klientovi bych doporučovala navštívit psychologa/psychiatra. Navrhovala bych návštěvy v Nízkoprahovém zařízení – konkrétně. např. Kontaktní centra.

Prognóza:

- Klient užívání návykových látek částečně omezil, pokud s tím nepřestane úplně a nevyhledá nějakou pomoc, nebude schopen se sám o sebe v budoucnu postarat. Vzhledem k tomu, že klient uvádí halucinace, pocity strachu, pronásledování, jeho stav se může natolik zhoršit, že se stane psychiatrickým pacientem.
- Pokud se klient rozhodne svůj problém řešit, za podpory rodiny a stabilního rodinného zázemí, které má, je schopen svůj problém zvládnout a žít lepší život.

Katamnéza:

- Klient žije stále stejným životem, fláká se po ulicích, užívá drogy, svoji situaci odmítá řešit.

SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.3



Navržená opatření:

- Pokud by chlapec způsobil újmu na majetku při hazardním chování, je možné chlapce potrestat podle zákona č. 218/2003 Sb. Odpovědnost mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. Jedná se hlavně o situaci, kdyby chlapec i nadále hazardoval se svým životem a došlo k autonehodě. Mohlo by tedy podle výše uvedeného zákona dojít k výchovným opatřením či dokonce k samotnému uložení trestu. Jde o opatření typu – dohledu probačního úředníka, výchovnému omezení, kdy by se soudně omezil styk s jedinci či zákazu určitých akcí. Z trestního omezení by mohlo dojít k obecně prospěšným pracím či peněžitému opatření.

Prognóza:

- Je důležité, aby si chlapec uvědomil následky svého chování. Proto na základě sezení se sociální pracovnící OSPOD a výchovným poradcem je důležité ho upozornit na to, že pokud bude i nadále pokračovat v postoji ke studiu může dojít k jeho vyloučení.

- V rámci zlepšení a navržení opatření je důležitá úzká spolupráce jedince, rodiče, školy, a i zapojení sociálních pracovníků. Může se vyhotovit program prevence záškoláctví, kde se bude sledovat docházka, kontrola začátku hodin, možnost nápravných opatření, ale také je velmi důležitá motivace, podpora při studijních problémech, při poruchách chování, kde mohou pomoci studijní poradci či vidina nějaké motivace.
- Pokud by i nadále docházelo k problémovému chování, zasáhne OSPOD ve spolupráci s rodiči. Chlapec by mohl být umístěn v Diagnostickém ústavu, podle výsledku by mohla být také nařízena ústavní výchova ve Středisku výchovné péče. Zde by měl chlapec striktně rozvržen den, který by se sestavil na základě posudku a spolupráce pracovníků takového zařízení.
- Pro chlapce je důležitý kontakt s vrstevníky i jeho matkou. Je důležité ho tedy v kontaktu podporovat, popřípadě s ním hovořit o jeho přátelích a volném čase.

Katamnéza:

- Na základě doporučení sociální pracovnice šla do popředí v rodině komunikace, kdy otec věnoval svůj čas komunikaci a zajímal se o potřeby svých dětí – tedy ne jenom chlapce. Snaha stmelit vztah s matkou nevyšel. Matka měla i nadále stagnační postoj a nechtěla se se svými dětmi scházet. V průběhu dohledu sociální pracovníka, které trvalo necelý půlrok, se chlapec uklidnil. Uvědomil si, že hazard se svým životem nemusí být vždy jenom legrace, že se některé činy nedají vracet. Na základě zlepšení osobního vztahu s otcem, větší starost a důvěra se chlapec začal věnovat další sportovním aktivitám, kde poznal nové přátele a neměl potřebu scházet se s vrstevníky, kteří ho podporovali v záškoláctví a hazardní činnosti. Úspěšně dokončil povinnou školní docházku a dostal se na střední průmyslovou školu. V průběhu studia na střední škole se také zlepšil jeho osobní vztah s matkou, která projevila zájem a oba chlapce začala navštěvovat.



SAMOSTATNÝ ÚKOL Č.4

Navržená opatření:

- viz prognóza

Prognóza:

- Vzhledem k prenatálnímu a postnatálnímu vývoji se předpokládá, že u dívky nedojde k úplnému vymizení všech symptomů. Odborníci z SVP i Pět P se domnívají, že se stav klientky stabilizuje a časem může dojít k mírnému zlepšení. Doporučena je ještě návštěva psychiatra.

Katamnéza:

- Dívka nadále dochází do Pět P.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Pátá kapitola byla zaměřena na sociální diagnostiku. Výsledkem analýzy problému klienta a sociální diagnostiky je navržení nových opatření a stanovení prognózy vývoje problému klienta. Dále se kapitola zabývala správnou formulací katamnézy poté, co je případ ukončen. Studenti si v samostatných úkolech procvičili formulaci navržených opatření, prognózy a katamnézy.

ODPOVĚDI



Co je to sociální prognóza a jaké oblasti zahrnuje?

- Jde o odbornou předpověď sociálních a výchovných faktorů z hlediska dalšího vývoje klienta, předpoklad chronického stavu, resp. zlepšování daného stavu za určitých podmínek. Prognóza vytyčuje potencionální možnosti klienta, které by za určitých podmínek mohl dosáhnout, ale i terapeutickou, rehabilitační, sociální činnost odborníka. Prognóza může být krátkodobá nebo dlouhodobá.
- Prognóza zahrnuje oblasti, na čem stavět, co je pozitivní, co je potřebné vyzvednout, ale také co je potřeba korigovat, utlumit, a kterým směrem se ubírat.

Co je to katamnéza?

- je to sledování příběhu problému od doby skončení nápravy, sociálního působení v dalších letech života jedince nebo až do konce života jednotlivce. Katamnetické sledování probíhá u osob, u kterých se předpokládá recidiva a také pro porovnání výsledků použitých metod, prostředků, jejich účinnosti za různě dlouhou dobu po skončení léčení, terapie, nápravy v rámci působení sociálních institucí. Katamnéza zpětně ověřuje účinky konkrétního zásahu, jedná se kontrolu efektivnosti nebo funkčnosti.

6 KAZUISTIKY – UKÁZKY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Šestá kapitola nabízí studentům vzory kazuistik z různých oblastí např. sociální práce, speciální pedagogiky i psychiatrie. Ukázky kazuistik nabízí studentům různé pohledy na zpracování případu klienta.



CÍLE KAPITOLY

Student po prostudování této kapitoly:

- dokáže přizpůsobit strukturu kazuistiky klienta účelu, za jakým je kazuistika sestavována;
 - dokáže samostatně sestavit kazuistiku klienta.
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

kazuistika.

6.1 Vzorová kazuistika – pan Jiří

Zpracoval: sociální pracovník

Použité metody: rozhovor s klientem, školní a lékařská dokumentace, pracovní hodnocení

Délka zpracování: 5 hodin

1. Osobní údaje klienta:

Jméno: Jiří

Narozen: 1973 v Ostravě

Bydliště: Karviná

Aktuální stav/diagnóza: aktuálně abstinující alkoholik, dg. závislost na alkoholu a nikotinu

2. Rodinná anamnéza:

Matka: závislost na alkoholu, 4x léčena na psychiatrii, zemřela před 10 lety

Otec: nadužívání alkoholu, bez ústavní léčby, místo pobytu neznámé

Babička: nadužívání alkoholu, bez ústavní léčby, zemřela cca před 20 lety

Sourozenci: 0

Rodinné zázemí: do 19 let bydlel s rodiči a babičkou, narušené vztahy mezi všemi členy rodiny, v důsledku pití alkoholu časté konflikty mezi dospělými

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: běžný, běžné dětské nemoci do cca 15 let

Zdravotní anamnéza: 4x zlomená noha, 1x přeražený nos, epileptické záchvaty, po-leptání trávicí soustavy ředidlem, hrozby sebevraždou za účelem přijetí do PN

Abúzus drog: 20 let silný kuřák – 5 let nekouří, 16 let nadužívání alkoholu – 2 roky abstinuje

Krimi: -

Partnerské vztahy:

1. manželství v 19 letech, 3 děti, rozvod z důvodu alkoholismu a agresivity vůči manželce v opilosti, zákaz styku s dětmi, dlouhodobě bez kontaktu s dětmi

2. přítelkyně – 2 roky vztah – rozchod kvůli alkoholismu, bezdětný vztah

3. přítelkyně s dítětem, 2 roky vztah

Bytová situace: bydlí společně s 3. přítelkyní v pronajatém bytě 2+1

Finance: stálý pracovní poměr, průměrný příjem, platí alimony na děti z 1. manželství, jiné dluhy nemá

Sociální vztahy: udržuje přátelské vztahy s kolegy z práce, s lidmi z minulosti se nestýká

Zájmy a koníčky: začal se věnovat sportu – posilování, rád hraje šachy, čte si, jezdí na vodu

Školní a pracovní anamnéza: na ZŠ problémy s učením i chováním, vyučen automechanikem, podmíněčně vyloučen za užívání návykových látek, ošetřovatel skotu 3 roky, příležitostné práce na stavbách, stánkový prodej, v autoservise, evidence na ÚP s přestávkami cca 5 let, absolvent elektrotechnické průmyslovky – při zaměstnání, student dálkového studia VŠ elektrotechnické, aktuálně pracuje jako mistr praxe na SŠ

4. Status praesens:

Kuřák od cca 13 let, cigarety nejprve dostával od starších spolužáků, pak kradl cigarety v obchodě nebo rodičům.

Od 15 let začal klient popíjet nejprve pivo, pak i destiláty. Často bral alkohol rodičům, zpočátku jej trestali, pak pil společně s nimi.

V 16 letech začal čichat toluen, pro poleptání trávicí soustavy a úporné bolesti hlavy po roce čichat přestal.

Zpočátku pil v partě, pak většinou sám doma. Pod vlivem alkoholu se choval agresivně, napadl svoji první ženu, na děti si připadal mladý, tak od rodiny odešel, později mu to přišlo líto. Rozchod kvůli pití nastal i se druhou ženou, odmítal se léčit, přestože věděl, že je na alkoholu závislý už od 19 let.

Ve věku cca 24–33 let bydlel na ulici, v bunkru, byl v partě bezdomovců, připadal si svobodný, žil ze sběru a drobných krádeží a příležitostných prací. V bitce na ulici mu přerazili nos, 4x měl zlomenou nohu, pak začaly epileptické záchvaty. Pil stále víc, začal se stranit party, měl deprese, vyhrožoval sebevraždou, chtěl se nechat hospitalizovat v PN, ale ne na protialkoholní oddělení. Vzhledem ke zdravotnímu stavu bydlel dva roky na azylovém domě a snažil se pít méně.

Po posledním epileptickém záchvatu mu lékař doporučil vyhledat psychiatra a léčit se ze závislosti, jinak hrozí trvalé poškození mozku. Ve 35 letech začal klient docházet ambulantně do psychiatrické ambulance, pak nastoupil na ústavní protialkoholní ústavní léčbu, poté užíval ještě rok antabus. Zdravotní stav klienta se po vysazení alkoholu výrazně zlepšil, epileptické záchvaty se již nedostavily.

Klient aktuálně abstínuje, pravidelně dochází na setkávání Anonymních alkoholiků a na terapii k psychologovi. S pomocí sociálního pracovníka v azylovém domě si našel příležitostné práce a dostal tréninkové bydlení. Začal pracovat ve firmě se zaměřením na elektrotechniku, jeho pracovní hodnocení bylo vynikající. Při zaměstnání si dodělal maturitu. Díky stabilnímu finančnímu příjmu si klient mohl pronajmout byt. Našel si přítelkyni, na které mu moc záleží, společně vychovávají jejího syna, bydlí v klientově bytě. S podporou přítelkyně začal studovat dálkově VŠ. Aktuálně pracuje jako mistr praxe na SŠ, práce jej velmi baví a uspokojuje. Klient rozvíjí své zájmy a koníčky, buduje nové vztahy, které jsou pro něj bezpečné. K alkoholu má negativní vztah. S dětmi z prvního partnerství nemá žádný kontakt, ale rád by to v budoucnosti změnil.

5. Přijatá opatření:

- bydlení v azylovém domě
- spolupráce se sociálním pracovníkem
- psychiatrická ambulance
- ústavní protialkoholní léčba
- užívání antabusu
- svépomocná skupina AA
- tréninkové bydlení
- psychoterapie

6. Navržená opatření:

- nadále dodržovat všechna výše uvedená přijatá opatření
- s pomocí probačního a mediačního centra se pokusit o navázání kontaktu s první ženou a dětmi

7. Prognóza:

- Při dodržení abstinence je vysoce pravděpodobné, že si klient udrží i trvalé zaměstnání, bezpečné zázemí a partnerský vztah. Nově provozované koníčky a bezpečná vztahová síť jsou dobrými předpoklady pro udržení stávajícího stavu a prevencí relapsu. V případě návratu k alkoholu hrozí klientovi vážné zdravotní problémy a kumulace sociálně patologických jevů.

8. Katamnéza:

- Klient abstínuje již 5 let, bydlí v pronajatém bytě se svojí přítelkyní, studuje VŠ, pracuje jako mistr praxe na SŠ.

6.2 Vzorová kazuistika – paní Petra

Zpracoval: sociální pracovník

Použité metody: rozhovor s klientkou a matkou klientky, lékařská dokumentace

Délka zpracování: 4 hodiny

1. Osobní údaje klientky:

Jméno: Petra

Narozena: 1999 v Ostravě

Bydliště: Ostrava

Aktuální problém/diagnóza: zvýšená agresivita, nesamostatnost v sebeobsluze, dg. středně těžká mentální retardace

2. Rodinná anamnéza:

Matka: 44 let, práce na částečný úvazek (uklízečka), zcela vytížena výchovou dcery

Otec: zemřel ve 48 letech, dg. diabetes mellitus

Sourozenci: 0

Babička: 88 let, žije v domově pro seniory, matka s dcerou ji chodí navštěvovat 2x týdně

Rodinné zázemí: matka s dcerou bydlí v bytě 2+1, klientka sdílí s matkou pokoj, spí společně s matkou v manželské posteli, do školy se připravuje v kuchyni, před 5 lety s nimi ještě žila babička, matka je samoživitelka – otec klientky zemřel v jejích 2 letech, nejsou další příbuzní, v domácnosti jsou 2 psi

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: prenatální vývoj bez komplikací, porod komplikovaný, protrahovaný – dle lékařské dokumentace příčina postižení dcery

Zdravotní anamnéza: od narození zdravotní komplikace, časté návštěvy lékaře (neurologa, ortopeda), motorický vývoj opožděný (sezení v 10. měsících, chůze až po 2. roce), opožděný vývoj řeči, ve 3 letech diagnostikovaná epilepsie – farmakoterapie, od 8 let užívá léky na snížení agresivity, aktuálně lehká podvýživa

V evidenci: neurologie, ortopedie, oftalmologie, psychiatr, psycholog v SPC

Abúzus drog: 0

Krimi: 0

Finance: klientka zbavena svéprávnosti, finance spravuje matka

Sociální vztahy: klientka udržuje intenzivní vztahy se třemi kamarádkami ze školy, jinak veškeré činnosti dělá s matkou

Zájmy a koníčky: ráda kope do míče, hraje si se stavebnicí, jezdí na kole s pomocnými kolečky, učí se jezdit na koloběžce

Školní a pracovní anamnéza: Klientka nebyla schopná navštěvovat předškolní zařízení, měla záchvaty vzteku a poté epileptické záchvaty. Matka s ní až do nástupu do školy zůstala doma. Klientka měla odklad školní docházky, v 8 letech nastoupila do speciální školy v Ostravě. Rychle navázala vztahy s vrstevníky, ale školní povinnosti plnila nerada. Odmítala plnit pokyny učitelů, byla agresivní. Léky na utlumení výrazně pomohly zklidnění klientky ve školním prostředí. Od 3. třídy se klientka již více zajímala o školu a učení. Přístup ze strany učitelů byl velmi trpělivý a agresivita klientky ve školním prostředí ustoupila.

4. Status praesens:

Vlivem těžkého porodu došlo u klientky k poškození mozku, dg. středně těžká mentální retardace. Od útlého věku zdravotní komplikace, v péči odborníků. Ve 3 letech diagnostikovaná epilepsie. Otec klientky po vážných zdravotních potížích náhle zemřel. Matka byla na výchovu a péči o klientku sama, po smrti manžela se soustředila jen na dceru a domácnost.

Vzhledem k epileptickým záchvatům a narůstající agresi nedocházela klientka do předškolního zařízení, proběhl odklad ŠD a nástup v 8 letech do speciální školy. Po nástupu do školy se u klientky objevovala agresivita vůči věcem, spolužákům i učitelům. Psychiatrem nasazeny útlumové léky, které za pomoci trpělivého přístupu pedagogů, postupně klientku zklidnily. V domácím prostředí matka také sledovala pokles agresivních výlevů, které klientka většinou směřovala vůči matce. Domácí klima se velmi zlepšilo, matka s klientkou komunikuje klidněji a trpělivěji, klientka je více ochotná plnit zadané úkoly. Pravděpodobně v souvislosti s užívanými léky však klientka nemá chuť k jídlu, matka musí hlídat množství jídla, které sní, jinak hrozí podvýživa.

Klientka byla zvyklá do 8 let na péči matky, odmítala se ve škole sama převlékat, najíst, umýt se apod. Matka zpočátku požadovala tyto úkoly od učitelů, chtěla klientce vyřídit osobního asistenta. Po konzultaci s psychologem začala dceru vést více k samostatnosti. Dosud se však klientka dožaduje péče dospělých.

Aktuálně je klientka klidnější, pouze nové a neočekávané situace v ní vyvolávají napětí a případně záchvat vzteku. Učitelé projevy klientky znají a dokáží předcházet problematickému chování. Klientka je ve škole dobře adaptovaná, má kamarády, učí se sebeobsluže. V posledních týdnech se u klientky začíná projevovat zvýšený zájem o chlapce, často hovoří o „sexu“, „souloži“ apod. Matka dobře spolupracuje se školou i odborníky.

5. Přijatá opatření:

- odborná vyšetření (neurologické, ortopedické, oftalmologické)
- ortopedická rehabilitace

- spolupráce s SPC, odklad školní docházky
- nástup do speciální školy
- psychiatrická péče, farmakoterapie
- spolupráce se školním psychologem
- zbavení svéprávnosti

6. Navržená opatření:

- nadále dodržovat výše uvedená přijatá opatření
- rozvoj volnočasových aktivit
- osvěta v oblasti sexuality
- po ukončení školní docházky denní stacionář
- práce v chráněných dílnách
- vést k osamostatnění – tréninkové bydlení

7. Prognóza:

- Klientka do 20 let může setrvávat ve speciální škole. Poté bude pravděpodobně celý život závislá na péči matky. Pokud matka ve spolupráci s odborníky povede klientku k většímu osamostatnění nabízí se v budoucnosti možnost tréninkového bydlení.
- V případě, že se klientka neosamostatní a matka nebude moci o klientku pečovat, hrozí klientce ústavní péče, případně bezdomovectví, zneužití a další patologické jevy.

8. Katamnéza:

Případ aktuálně probíhá.

6.3 Vzorová kazuistika – pan Karel

Zpracoval: sociální pracovník

Použité metody: rozhovor s klientem

Délka zpracování: 2 hodiny

1. Osobní údaje klienta:

Jméno: Karel

Narozen: 1954 v Pohořelicích

Bydliště: Dolenice

Aktuální stav: dříve opakovaná trestná činnost – aktuálně 8 let bez kontaktu s policií, nezaměstnanost, zdravotní obtíže v souvislosti s nadužíváním alkoholu

2. Rodinná anamnéza:

Matka: klient nemá informace

Otec: klient nemá informace

Prarodiče ze strany matky: oba zemřeli

Teta a strýc: klient nemá informace, po spáchání prvního trestného činu s ním odmítli komunikovat, označili jej za „d'áblovo dítě“

Sourozenci: 4 nevlastní sourozenci ze strany matky, klient není se sourozenci v kontaktu, nejstarší bratr údajně spáchal sebevraždu

Rodinné zázemí: klient vyrůstal u příbuzných matky, nejprve u prarodičů, později u strýce a tety. Byl vychováván v silné křesťanské víře, kterou už jako dítě odmítal a byl za to nepřiměřeně fyzicky trestán. Matka údajně pečovala o klienta jen jeden rok, poté jej odložila u prarodičů, klient se několikrát s matkou náhodně setkal, biologického otce nikdy nepoznal.

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: klient nemá informace

Zdravotní anamnéza: prodělaná žloutenka

Abúzus drog: konzumace alkoholu a nikotinu od cca 14 let, klient se sám popisuje jako „závislý na alkoholu“, ale nevnímá to jako problém

Krimi: Klient byl 6x trestně stíhán, z toho 4x byl ve výkonu trestu.

Partnerské vztahy: 2x ženatý, z 1. manželství dcera – nejsou v kontaktu, z 2. manželství 2 dcery – nejsou v kontaktu, o délce manželství klient nepodal informace. Aktuálně žije klient půl roku s přítelkyní.

Bytová situace: klient bydlí na ubytovně, obývá jeden pokoj s přítelkyní, velmi jednoduše zařízený (postel, skříň, stůl, židle), na podlaze se povalují nedopalky, odpadky, celý pokoj působí neuklizeně

Finance: klient nemá dluhy, pobírá sociální dávky

Sociální vztahy: udržuje pouze písemný a telefonický kontakt s bývalým spoluvězněm, s dalšími lidmi se nestýká

Zájmy a koníčky: nemá žádné koníčky a zájmy

Školní a pracovní anamnéza: ukončil ZŠ, vyučil se pokrývačem, absolvoval povinnou vojenskou službu, ve výkonu trestu pracoval v prádelně v areálu věznice, jiné oficiální pracovní zkušenosti nemá, občas pracoval bez smlouvy ve stavebnictví, nyní hlášen na ÚP

4. Status praesens:

Od útlého věku vychováván příbuznými, přísná křesťanská výchova, nepřiměřené fyzické tresty.

V 17 letech první krádež, vyřešeno domluvou a pokutou.

Ve 20 letech pod vlivem alkoholu spáchal trestný čin těžkého ublížení na zdraví, odsouzen k trestu odnětí svobody na 3,5 roku. Trest si v plné výši odpykal.

Ve 24 letech opět pod vlivem alkoholu těžké ublížení na zdraví. Odsouzen na 6,5 roku trestu odnětí svobody. Trest si v plné výši odpykal.

Ve 31 letech opět stejný trestný čin. Odsouzen na 7 let trestu odnětí svobody. Během výkonu trestu žádal klient opakovaně o podmíněčné propuštění, žádosti byly zamítnuty. Klient získal status nebezpečného recidivisty.

Ve 39 letech spáchal trestný čin těžkého ublížení na zdraví s následkem smrti, loupežné přepadení a znásilnění. Odsouzen na 10 let trestu odnětí svobody. Žádosti o podmíněčné propuštění byly zamítnuty.

Trestnou činnost začal klient páchat před dosažením plnoletosti. Všech trestných činů se dopustil pod vlivem alkoholu, nikdy se neléčil, ani soud nenařídil léčbu závislosti na alkoholu. Ve vězení strávil celkem 27 let. Nyní je 8 let bez trestné činnosti, alkohol nadžívá dále. S pomocí svého kurátora si našel bydlení na ubytovně a vyřídil si sociální dávky. S přítelkyní žije asi půl roku, oba konzumují alkohol, občasně dochází mezi partnery k hádkám i rvačkám.

Klient má aktuálně vážné zdravotní obtíže (pravděpodobně jde o cirhózu jater), v kontaktu působí dezorientovaně, má obtíže s vybavováním si informací ze svého života, jeho řeč je těžko srozumitelná (pravděpodobně počínající alkoholová demence), pravděpodobně

i při rozhovoru byl pod vlivem alkoholu. Své obtíže bagatelizuje, odmítá lékařská vyšetření.

5. Přijatá opatření:

- opakované odnětí svobody
- spolupráce se sociálním kurátorem
- sociální dávky

6. Navržená opatření:

- nadále spolupracovat s kurátorem
- léčba závislosti na alkoholu
- řešení zdravotních obtíží
- zlepšení finanční situace brigádami a sezónními pracemi
- hledání vhodnějšího ubytování

7. Prognóza:

Vzhledem ke stálé konzumaci alkoholu klientem je vysoce pravděpodobné, že mohou nastat tyto důsledky:

- finanční tíseň,
- ztráta bydlení,
- spáchání dalšího trestného činu a odnětí svobody,
- zhoršení zdravotního stavu,
- selhání organismu – smrt.

V případě, že klient omezí konzumaci alkoholu a bude řešit své zdravotní obtíže, je vyšší pravděpodobnost, že bude schopen příležitostné práce, bude finančně zajištěn, udrží si bydlení a vztah.

8. Katamnéza:

Klient se s přítelkyní po roce odstěhovali z ubytovny. Sociální kurátor nemá o klientovi další informace.

6.4 Vzorová kazuistika – pan Vojtěch

Kazuistika ze sociálního šetření v terénu.

Zpracoval: sociální pracovník

Použité metody: rozhovor s klientem, rozhovor s manželkou, zpráva internisty

Délka zpracování: 3 hodiny

1. Osobní údaje klienta:

Jméno: Vojtěch

Narozen: 1925 (93 let)

Bydliště: malá vesnice

Stav: ženatý od roku 1950

Aktuální problém: únava, nechutenství, závrať, dehydratace, pokles nálady, zhoršená mobilita

2. Rodinná anamnéza:

Matka (1894–1979): pracovala u sedláka, poté v domácnosti, 2x cévní mozková příhoda (CMP), zemřela v 85 letech, rozmazlovala klienta, dělala za něj práce v hospodářství

Otec (1887–1954): tesař, 7 let ve válce, příležitostně kouřil, byl přísný, zemřel v 67 letech na nádor na mozku

Sourozenci:

starší bratr Stanislav (1924–2014), kovář, 2 dcery, zemřel v 90 letech,

mladší sestra Marie (1927–1993), dělnice u čalouníka, 2 děti (syn + dcera), prodělala CMP, zemřela na leukémii

mladší sestra Zdenka (1929–2018), kuchařka v jeslích, 2 děti /syn + dcera), prodělala CMP, zemřela v 89 letech.

Rodinné zázemí: klient vyrůstal se 3 sourozenci, do II. svět. války žil s rodiči, sourozenci a babičkou v jednopokojovém domku na malé vesnici, poté domek shořel a rodina žila v úkrytu v lese, když se vrátili – nebylo kam, s bratrem žil nějaký čas ve sklepě, sestry s rodiči u sousedů, po II. svět. válce začali budovat nový domov, kde žije dodnes.

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: běžné dětské nemoci

Zdravotní anamnéza: chronická ischemická choroba srdeční, 12/2011 CMP, hypertenze III., hypotyreóza, flebotrombóza bérce 1998 po úrazu, úraz při práci se dřevem – částečná amputace 2 prstů levé ruky, diabetik na dietě, chodící o 2 francouzských holích /FH/, presbykuzie – používá naslouchátko na pravém uchu, dalekozrakost, částečně inkontinentní (na noc plenkové kalhotky)

Léky: Warfarin 3mg, Warfarin 5mg, Verospiron 25mg, Euthyrox 50mg, Tritace 5mg, Milurit 300mg, Helicid 20mg, Furon 40mg, Thiapridal 100mg.

V odborné péči: obvodní lékař, internista, oftalmolog, otorinolaryngolog

Abúzus: alkohol příležitostně, kuřák do 40 let

Současná rodina:

Manželka Bohumila, nar. 1930 (88 let), pracovala v živočišné výrobě, po karcinomu štítné žlázy, starobní důchodkyně, žijí ve společné domácnosti

Dcera Anna: ročník 1951, předčasně narozena, mozková obrna, invalidní důchod, vdaná, 1 dítě

Dvojčata Jana a Vojtěch, ročník 1953

Dcera Jana, tkadlena, vdaná, 4 děti, ve starobním důchodě

Syn Vojtěch, seřizovač strojů, z 1. manželství – 2 děti, z 2. manželství – 2 děti, alkoholik, zemřel v 60 letech na cirhózu jater

Syn Stanislav, ročník 1958, zedník, ženatý, 4 děti

Dcera Eva, ročník 1960, kuchařka, 3 děti, vdova

Syn Jiří, ročník 1964, seřizovač strojů, ženatý, 1 dítě

Bytová situace: klient žije v přízemí rodinného domu s manželkou, v 1. patře bydlí dcera Anna s manželem, mají společný vchod. Bytová jednotka, ve které klient s manželkou bydlí má samostatnou kuchyň, obývací pokoj, ložnici, koupelnu a WC.

Finanční situace: klient pobírá starobní důchod, příspěvek na péči II. stupně, příspěvek na dopravu

Zájmy a koníčky: dříve – práce na zahradě, v dílně, člen Sboru dobrovolných hasičů, práce v lese s traktorem, pomocné práce pro místní farnost, sledování televize, návštěvy pravnoučat, aktuálně – četba novin, poslech rádia

Sociální zázemí: udržuje kontakt s příbuznými, vnučka bydlí ve vedlejším domě a dochází a pomáhá při hygieně, lécích, úklidu. Vzhledem ke zhoršení mobility a inkontinenci již klient nedochází v neděli do kostela, vrstevníci jsou již mrtví, je odkázán na kontakt s příbuznými, kteří přijdou na návštěvu, na narozeniny a kontakt s vnučkou.

Školní anamnéza: Obecná škola, Měšťanská škola, Německá škola, Zemědělská škola Klimkovice

Profesní anamnéza: práce na statku, zootechnik, řidič traktoru, mistr na dílně, aktuálně ve starobním důchodu

4. Status praesens:

Klient byl od mládí pracovitý a veřejně činný, byl neustále v kontaktu s lidmi v okolí, pracoval pro rodinu a pomáhal lidem v okolí. Když došel do důchodového věku – změna sociální role, došlo k omezení kontaktu s okolím. Stále ještě pracoval kolem domu a v dílně, na zahradě, chodil do kostela, řídil auto. Od 75 let neřídí auto. Jednou prodělal CMP – bez následků. Několikrát přecenil své síly, protože již nebyl schopen naplno vykonávat práce na strojích, a zranil se. Nedokázal přijmout, že již na tuto práci nestačí.

V posledním roce došlo k výraznému zhoršení mobility, inkontinence, zhoršení zraku a sluchu. Klient si připadá „k ničemu“, „připadá si na obtíž“. Stoupala i agresivita vůči manželce, proto byly nasazeny léky. Přestože odmítal nosit plenkové kalhotky, poslední měsíc došlo k přijetí této situace. Přijímá více i pomoc s hygienou od vnučky, které k němu několikrát denně dochází. S vnučkou si rozumí. Aktuálně manželka s vnučkou zvládají péči o klienta, pokud by se situace zhoršila zvažují pečovatelskou službu.

5. Přijatá opatření:

- pravidelné užívání léků s dohledem vnučky
- pravidelné kontroly u lékařů
- inkontinenční pomůcky
- korekční pomůcky (naslouchadlo, brýle)
- francouzské berle

6. Navržená opatření:

- prevence pádu klienta, využití ochranných prostředků v domácnosti, na schodišti i na zahradě

- zajišťovat dostatečný pitný režim a kvalitní výživu
- zhoršení zdravotního stavu ihned konzultovat s lékaři
- podpora maximální soběstačnosti klienta
- klást důraz na ocenění klienta, respektování potřeb klienta
- využití služeb domácí pečovatelské služby

7. Prognóza:

Pokud klient bude dodržovat přijatá opatření může být dlouhodoběji psychický i fyzický stav stabilizovaný. V případě nezajištění bezpečnosti klienta, může dojít k úrazu, komplikacím a následné hospitalizaci. V případě podcenění pitného režimu a kvalitní výživy klienta, může dojít k dehydrataci a podvýživě.

8. Katamnéza: případ probíhá

6.5 Vzorová kazuistika – paní D.J.

Kazuistika zpracovaná podle záznamového listu z oblasti odborného sociálního poradenství (Hučík, Hučíková, 2009, s.95-101).

Zpracoval: sociální pracovník

Použité metody: kazuistický rozhovor, anamnestický rozhovor a psychologický rozhovor, konzultace s odborníky – psychiatr a psycholog

Délka zpracování: není známo

1. Osobní údaje klientky:

Jméno: D.J.

Pohlaví: žena

Narozena: roč. 1963 na Slovensku

Aktuální bydliště: Slovenská republika, vesnice

Aktuální stav: klientka trpí obezitou a skoliózou zad, měla a má psychické problémy, užívá psychofarmaka, dříve gamblerství, sociální nepřizpůsobivost, chudoba.

2. Rodinná anamnéza:

Matka: 68 roků, základní vzdělání, pracovala jako dojička v družstvu, bydlí na východním Slovensku, jednou týdně se s klientkou setkávají, má Parkinsonův syndrom 3. stupně, překonala mozkovou příhodu, teď starobní důchod.

Otec: pracoval jako zedník, úmrtí na rakovinu plic ve věku 33 let (před 37 lety)

Sourozenci: dvě sestry (42 a 44 roků).

Rodinné zázemí: úplná a funkční rodina, žili v rodinném domě. V devíti letech klientce zemřel otec. Klientku a její sestry vychovávala matka se svým otcem (dědečkem), matka byla pro klientku autoritou, děti byly vychovány v duchu křesťanských a rodinných tradic.

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: prenatální vývoj v normě, porod normální, porodní hmotnost 2300 g/48 cm.

Zdravotní anamnéza: skolióza zad, obezita, časté zápal plic, astma v začínajícím stádiu, snížená účinnost štítné žlázy, deprese – užívá medikaci.

Abúzus drog: užívání tabákových výrobků – nikotin, dříve gambling – aktuálně automaty nehraje.

Krimi: nekuje

Současná rodina: klientka si nezaložila vlastní rodinu, nemá přítele, nemá děti

Bytová situace: klientka bydlela v rodinném domě s matkou a sestrami, poté přestěhování do bytu 1+1, bez elektřiny, nevyhovující hygienické podmínky. Aktuálně opět bydlí s matkou v rodném domě.

Finanční situace: příjem klientky byl nedostačující, nedosahoval částky životního minima, klientka se nacházela na hranici chudoby, v hmotné nouzi. Klientka byla zadlužena, hrozila jí exekuce. Finanční prostředky utratila na stravu, léky a velkou část na hraní automatů a cigarety. Aktuálně se finanční situace zlepšuje.

Zájmy, volný čas: péče o matku, sledování televize, dříve časté hraní her na hracích automatech.

Sociální zázemí: klientka se po odstěhování z rodného domu setkávala cca 1x měsíčně se svou matkou, se sourozenci jen náhodně, byla osamělá. Aktuálně pečuje o matku a sestry vidí, když přijedou na návštěvu. Aktuálně má klientka kamarádky i mezi sousedy v místě bydliště.

Školní anamnéza: ZŠ (1970–1979), OU – výuční list v oboru pekař (1982).

Profesní anamnéza: zaměstnaná jako pomocný pracovník se sníženou pracovní schopností (1983–1993), od roku 1993 nezaměstnaná, pobírá částečný invalidní důchod (invalidita posouzena na 56 % míry funkčnosti poruchy).

3. Status praesens:

Klientka do svých devíti roků vyrůstala v uspořádané, úplné a funkční rodině. Od malička žila klientka s pocitem méněcennosti – díky svému handicapu (skolióza a obezita), často pobývala v nemocnici na léčení, těžko navazovala vztahy. V devíti letech ji zemřel otec právě v čase, kdy byla na léčení. Byla nejstarším dítětem, trpěla nedostatkem pochvaly a pozitivní motivace ve výchově. Klientka měla v dětství málo přátel a kamarádů, protože často vynechávala školní docházku z důvodů zdravotních problémů na několik měsíců. Když se vrátila do kolektivu po léčení, tak měla pocit strachu a nejistoty, vyrůstala jako samotář.

Na střední škole se dostala poprvé k cigaretám – začala závislost na nikotinu. Klientka bydlela na internátě (odtržena od matky, sester a dědečka). Po ukončení SOU, začala pracovat a bydlela u matky ve vesnici, která byla vzdálená 30 kilometrů od místa práce. V rodinném domě zůstala bydlet i mladší sestra, která postupem času naznačila, že klientka je v rodinném domě nadbytečná. Klientka se musela odstěhovat z rodinného domu do nejbližšího města, kde bydlela v bytě 1+1.

Klientka začala v bytě pociťovat pocit samoty, bezradnosti a nepotřebnosti, změnila se její psychika, začala trpět úzkostí, obavami a depresí, přemýšlela nad sebevraždou. Klientka se se svou matkou viděla jedenkrát za měsíc a se svými sestrami jen náhodně. Se svou mladší sestrou se při setkání vždy pohádala, s nejmladší sestrou se potkávala méně, protože bydlí 50 kilometrů daleko, ale na setkání se vždy těšila – komunikace s nejmladší sestrou je upřímná a otevřená. Díky utahování a ponižování svou mladší sestrou a jejím manželem – švagrem však měla klientka nízké sebevědomí a poruchu emocí.

Problém gamblerství vznikl jako následek nízkého příjmu a samoty, sociální izolace od rodiny, která vedla k pocitu méněcennosti u klientky. Tyto pocity začala řešit navštěvováním různých restaurací, kde při hraní automatů zapomněla na svoje starosti a bolesti.

Svůj problém začala řešit na podnět své nejmladší sestry, navštívila sociálně-poradenské centrum. Začaly konzultace s psychologem psychiatrem, terapie zaměřená na léčbu depresí a gamblerství. Spolupráce se sociálním pracovníkem, který klientce pomáhá s vypracováním individuálního plánu na rozvoj osobnosti, poskytuje sociálně-právní poradenství, pomoc při vybavení dávek v hmotné nouzi, pomoc při získávání příspěvků na opatrování člena rodiny – matky, pomoc při vybavování úředních záležitostí (změna trvalého bydliště, pomoc při změně občanského průkazu atd.). Za pomoci odborníku se její celkový stav zlepšil (zdravotní, sociální, finanční, bytový atd.).

Klientka se vrátila do rodného domu, odkud se odstěhovaly její sestry, matka je odkázána na pomoc jiné osoby, klientka se o matku stará. Díky změně prostředí si klientka našla

kamarádky, sousedky, které ji také pomáhají zvládat psychické těžkosti a opatrování nemocné matky jí pomáhá k zapomenutí na závislost od hraní automatů. Klientka se všemi odborníky řádně spolupracuje, protože ji záleží na vyřešení její situace a chce opět vést normální život. Klientka se i sama podílela na řešení svých problémů, které souvisí s bydlením, splacení svých dluhů. Současný stav klientky je uspokojivý. U klientky se zmírnily projevy deprese a také se zlepšil její celkový psychický stav, její finanční situace. Od té doby, co se klientka přestěhovala nazpátek do rodinného domu, už nehraje automaty, jen kouří a je obézní, ale to by chtěla do budoucna také změnit.

5. Přijatá opatření:

- spolupráce s odborníky (psychiatr, psycholog, sociální pracovník, realitní poradce)
- sociálně-poradenské centrum
- sociální podpora
- léčba závislostí, léčba deprese
- psychoterapeutická pomoc – terapie (sebevědomí, sociální izolovanost, úzkosti)
- konzultace s Úřadem práce, sociálních věcí a rodiny (příspěvek na opatrování člena rodiny), spolupráce s obecným úřadem

6. Navržená opatření:

- náprava sociálních vztahů se sestrami a matkou
- změna bydlení
- pracovní možnosti (zaměstnání)
- pozitivní motivace a myšlení

7. Prognóza:

Pokud klientka bude nadále spolupracovat se všemi odborníky a postupovat podle přijatých opatření a dále zapracuje na navržených opatřeních, je velká šance, že dokáže svůj život normalizovat, mít podpůrné vztahy s rodinou, finanční stabilitu a nevrátit se k závislostech. V případě, že klientka opustí rodinné zázemí, začne opět hrát automaty, ztratí sociální a finanční podporu, je pravděpodobné zhoršení psychického stavu a riziko suicidia.

8. Katamnéza: případ probíhá

6.6 Vzorová kazuistika – slečna A.

Případová studie ze školního prostředí (Novosad, 2000, s.116).

Zpracoval: výchovný poradce

Zaměření poradenské pomoci: Řešení neprospěchu a problému s užíváním omamných a psychotropních látek studentkou obchodní akademie

Osobní údaje klientky:

Jméno: A.

Pohlaví: žena

Věk: 17

Aktuální studium: 3. ročník Obchodní akademie

Shrnutí problému:

Jde o studentku 3. ročníku obchodní akademie. Studium začínala jako výborná a aktivní studentka. Její prospěch se postupně horšil a upadal i zájem o veškeré dění ve škole. Problémy vyvrcholily na podzim, kdy nesložila opravné zkoušky za 3. ročník, a nemohla tedy postoupit do 4. ročníku.

Rodiče si její nedostatečné studijní výsledky nedovedli vysvětlit a ztížila se i jejich vzájemná komunikace. Domluvy nepomáhaly. Dívka má mladšího bratra a žije v úplné rodině, rodiče jsou středoškoláci, a kromě běžných generačních problémů jsou vztahy v rodině vyrovnané, za dominantní lze označit matku.

Po neúspěchu při opravných zkouškách navštívila dívka výchovné poradce působícího na škole. Seznámila ho se svými problémy s nealkoholovou drogou, projevila vůli proti své závislosti bojovat a požádala poradce o radu. Z rozhovoru také vyplynula informace, že k droze dívku přivedl její první chlapec, s nímž se však již nestýká, nicméně problémy s užíváním drogy přetrvávají.

Intervence a navržená řešení:

Výchovný poradce se sešel s dívčinými rodiči. Důvodem špatných studijních výsledků byli velmi překvapeni a zdrceni, o problematice drog měli zkreslené představy. Proto jim poradce doporučil konzultaci u psychiatra v adiktologické ambulanci (dále jen AT ambulance), aby získali komplexnější poznatky o drogové závislosti a možnostech léčby. Rodiče prokázali odhodlání podpořit dceřino léčení.

Výchovný poradce seznámil dívku s možnými způsoby řešení a zprostředkoval jí návštěvu u odborníka psychiatra v AT ambulanci.

Při další schůzce dívka seznámila výchovného poradce se zvoleným řešením – podstoupí dobrovolnou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení za účelem detoxikace a následný tříměsíční pobyt v terapeutické komunikace pro drogově závislé.

Výchovný poradce vzhledem k uvedenému řešení i odhodlání dívky léčit se navrhl ředitelství školy přerušit dívčino studium na jeden rok s nutností opakovat 3.ročník. Tento návrh dívka i její rodiče uvítali a ztotožnili se s ním.

6.7 Vzorová kazuistika – paní K.

Případová studie z odborného poradenství v oblasti sociální rehabilitace (Novosad, 2000, s.119).

Zpracovala: poradkyně v oblastním ambulancním středisku Tyfloservisu

Zaměření poradenské pomoci: Pomoc při sociální rehabilitaci osleplé klientky

Osobní údaje klientky:

Jméno: K.

Pohlaví: žena

Věk: 39

Shrnutí problému:

Klientka oslepla v důsledku zhoubného mozkového nádoru cca před rokem. Nádor byl úspěšně operován, avšak poškození zrakových nervů je trvalé a způsobilo slepotu. Světlocit je zachován. Přestože se klientčin zrak postupně zhoršoval, věřila v jeho zlepšení. Oslepnutím je zaskočena a není osobně ani sociálně připravena na život se slepotou. Manžel i dcera klientce pomáhají, nicméně klientka usiluje o dosažení maximální možné soběstačnosti.

Intervence a navržená řešení:

Poradkyně s klientkou provedla rozhovor a klientce byly navrženy tyto služby:

- výběr vhodných kompenzačních pomůcek a nácvik jejich používání;
- nácvik sebeobsluhy (vaření, úklid, praní, hygiena apod.);
- nácvik prostorové orientace a chování v běžných situacích;

- výuka čtení a psaní v bodovém písmu, případně nácvik psaní na psacím stroji nebo na počítači;
- zprostředkování zásilek zvukových knih na audiokazetách;
- sociálně-právní poradenství;
- poradenství pro příbuzné, zaměřené na úpravy prostředí a odstraňování architektonických bariér;
- rekondiční, kulturní, společenské a volnočasové aktivity.

Klientka začala využívat pravidelně služeb střediska a zároveň projevila zájem o návrat do práce, proto pro ni byl zabezpečen intenzivní rehabilitační a rekvalifikační pobyt v pražském středisku, kde jsou rozvíjeny orientační, komunikační, sebeobslužné i pracovní (profesní) dovednosti zrakově postižených klientů, zejména těch později osleplých.

6.8 Vzorová kazuistika – pan L.

Kazuistika z psychiatrické ambulance (Kučerová, 2010, s.67-70).

Zpracovala: ošetřující psychiatrička

Osobní údaje klienta:

Jméno: L.

Pohlaví: muž

Narozen: ročník 1955

Shrnutí problému:

Muž, svobodný, bezdětný. Vychodil zvláštní školu po osmi letech docházky, není vyučený a pracoval jako dělník v továrně do roku 1986 (do svých 31 let), kdy mu byl přiznán invalidní důchod. V rodinné anamnéze je přítěž. Pacient měl šest sourozenců, jeden z nich spáchal sebevraždu blíže neupřesněným způsobem. Otec pacienta zemřel při automobilové nehodě, o sebevraždu se pravděpodobně nejednalo. Po tělesné stránce pacient nikdy nebyl vážněji nemocen.

Psychiatricky se pacient léčí od roku 1985, tedy od svých 30 let. Tehdy byla ambulantně stanovena diagnóza: „suspektní rozvoj simplexní schizofrenie“. Brzy nato však byl pacient hospitalizován a diagnóza byla změněna: „psychogenní psychóza u osobnosti s nižším in-

telektem a abúzem alkoholu“. Pacient byl propuštěn bez medikace. Týden poté však následovala další hospitalizace, která trvala od září 1985 do dubna 1986. Diagnóza: „paranoidní schizofrenie“. Terapie: haloperidol, levopromazin. V psychopatologickém obraze dominovaly paranoidní bludy (např. přesvědčení, že spolupracovníci jej zkoumali elektrickou zkoušečkou), inkoherentní řeč, negativismus, málomluvnost až mutismus, porucha kontaktu s okolím, nepřiměřená emotivita, záhadné úsměvy, inadekvátní jednání. Po propuštění z nemocnice pacient docházel na kontroly do ambulance a byly mu předepisovány léky haloperidol a levopromazin, ovšem ošetřující lékaři vyslovovali pochybnosti, zda je pacient užívá. V zápisech se objevují výše uvedené či podobné příznaky v mírné formě, ironizování, neochota ke spolupráci, morozita (mrzutost). Občas pít piva.

Pacienta psychiatrická převzala do své péče v roce 1991, kdy nastoupila do ambulance. Pacientovi tehdy nebylo 36 let. Na kontroly chodil nerad, byl neupravený, špinavý, nepřímý, odpovídal úsečně a občas na pracovníky vrhal nenávistné pohledy. Stěžoval si, že mu léky nedělají dobře. Psychiatrická uvážila, že kombinace léků, které tehdy pacient užíval, tj. haloperidol 3 mg denně a levopromazin 50 mg denně, mohla pacientovi způsobovat nepohodu (non-compliance), a proto mu medikaci změnila na chlorprothixen 50 mg denně a thioridazin 100 mg denně, což mělo za následek zmírnění jeho tenze a větší ochotu ke spolupráci. Pacient byl vlídnější, občas se i usmál, bludy neprojevoval, ale na druhé straně se necítil nemocen a občas míval morózní nálady, kdy nebylo rado příliš se ho na cokoli vyptávat. V roce 1997 psychiatrická medikaci ještě snížila na samotný thioridazin 100 mg denně, tj. bez chlorprothixenu. V roce 1999 pacient udával zhoršený spánek a chtěl jiné léky. Thioridazin tedy psychiatrická vysadila a nasadila oxyprotepin dvě tablety denně. V roce 2000 (pacientovi bylo 45 let) se však oxyprotepin přestal vyrábět, takže pacient musel být převeden na jiný lék. Psychiatrická zvolila quetiapin 100 mg denně. V roce 2001 pacient přiznal sluchové halucinace a opět žádal změnu léků. Byl převeden na pimozid 4 mg denně a posléze zotepin 25 mg denně. Ten pacientovi velmi vyhovoval, začal být hovorný a vlídný. Dokonce se při kontrole psychiatricky ptal, jak si užila vánoční svátky a přál pracovníkům šťastný nový rok. V lednu 2002 však medikace na přání pacienta (doplatek v lékárně) byla opět změněna, a to znovu na thioridazin 100 mg denně, jenž byl bez doplatku a který pacient užíval až do ledna 2005, kdy se thioridazin přestal vyrábět. Pacient byl převeden na tiaprid 100 mg denně, který užíval až do března 2008 (pacientovi bylo 53 let). Tehdy udával vertigo a celkovou tělesnou nevolnost, nicméně odmítal se nechat, jakkoliv tělesně vyšetřit a odmítal jít k jakémukoli jinému lékaři, protože prý doktory nemá rád. Chtěl nějaké jiné léky, ale nechtěl recept, aby nemusel v lékárně platit regulační poplatek 30 Kč. Chtěl nějaký lék od psychiatricky, něco, co prý má v šuplíku. Psychiatrická tedy prohlédla obsah své zásuvky, kde měla vzorky léků od firem, a nabídla pacientovi risperidon v dávce 2 mg večer. Psychiatrická považovala tuto volbu za „šťastnou trefu“, pacient si lék velmi oblíbil a užívá ho dosud. Časem se regulační poplatky v lékárnách přestaly vybírat, takže pacient léky vyzvedává běžným způsobem na recept. Po dobu užívání risperidonu se pacientovy schopnosti komunikace ještě více zlepšily. Dokáže již pohovořit o počasí (s nímž je obvykle nespokojen), jezdí na kole, pracuje na zahradě, někdy vaří. Když potkal psychiatricku ve městě, pomohl ji donést tašku s nákupem do auta. Nenamítá již také nic proti vážení hmotnosti, což běžně provádí pracovníci v ambulanci při každé kontrole

pacientů. Matce pořídil malého pejska, aby nebyla sama. Pokud jde o alkohol, přiznává, že občas si dá jedno pivo.

Diskuse a závěr:

Kazuistika je příkladem pacienta s paranoidní schizofrenií, který kromě výrazných paranoidních bludů měl velké problémy v komunikaci a míval stavy naprostého mutismu. Projevoval negativismus až hostilitu vůči lékařům a sestřám a neměl chuť spolupracovat při léčbě. Navíc se necítil nemocen, takže se domníval, že žádnou léčbu nepotřebuje, a pravděpodobně po určitou dobu ani žádné léky neužíval, i když mu byly předepisovány. U takového to pacienta je nesmírně důležité, zda léky, které jsou mu podávány, mají také vedlejší účinky, event. jak intenzivní tyto vedlejší účinky jsou. Podle zkušeností psychiatricky speciálně kombinace haloperidolu s levopromazinem bývá pacientům velmi nepříjemná, a proto zvolila jiná, tehdy obvyklá neuroleptika. Pacient byl spokojenější a sociabilnější, ale v průběhu let se objevily další zádrhele, neboť dva z tolerovaných léků (oxyprotepin a thioridazin) se přestaly vyrábět, další lék (zotepin) měl jeden čas pro pacienta doplatek a v roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky v lékárnách, a to 30 Kč za položku na receptu, což pacient v invalidním důchodu a nepříliš vstřícný vůči zdravotníkům všeobecně odmítal platit. Šťastnou shodou okolností měla psychiatricka přímo v ordinaci k dispozici moderní antipsychotikum II. generace (risperidon), jež pacient byl ochoten „zkusit“ a který mu „nic nedělal“, to znamená, že měl na něho pozitivní efekt bez nepříjemných nežádoucích účinků. Mimo jiné také zlepšil jeho sociabilitu. Pacient je rovněž příkladem toho, jak právě léková pohoda (compliance) je pro nemocného důležitá a může být rozhodující při spolupráci pacienta s lékařem.

Z uvedené kazuistiky je zřejmé, že psychiatr v ambulanci často provází svého pacienta po mnoho let, jak mu musí pomáhat při různých zátěžích, které s sebou nese život, jako jsou tělesné nemoci pacienta nebo jeho příbuzných, rozvod, ztráta zaměstnání apod. Nutné je také při léčbě vzít v potaz velmi citlivé reakce pacientů se schizofrenií na přírodní nebo společenské katastrofy, jako jsou povodně, zemětřesení nebo teroristické útoky. Většina lidí postižených schizofrenií postupně ztrácí práceschopnost a jsou invalidizováni, což je důsledek postupujícího schizofrenního procesu, jemuž zatím žádnými léčebnými prostředky nelze zabránit.

6.9 Vzorová kazuistika – pan M.

Kazuistika z psychiatrické ambulance (Kučerová, 2006, s.31-33).

Zpracovala: ošetřující psychiatricka

Osobní údaje klienta:

Jméno: M.

Pohlaví: muž

Narozen: 59 let

Shrnutí problému:

Muž, ženatý, bezdětný. Vyučení soustružník kovů, pracoval v oboru, býval výborným odborníkem, rok je v plném invalidním důchodu. Psychiatrická přítěž v rodině nebyla zjištěna. Nebyl vážněji tělesně nemocen, pouze byl v 57 letech vyšetřován pro boreliózu po štípnutí klíštětem se sporným nálezem, kontrolní odběry krve pak byly opakovaně negativní. Na psychiatrickou ambulanci byl doporučen rovněž ve svých 57 letech neurologem s diagnózou Alzheimerova nemoc G 30.0.

Při prvním vyšetření bylo zjištěno, že má již asi dva roky problémy s pamětí a s vyjadřováním. Chce něco říci a nemůže najít slovo, nebo to slovo nemůže vyslovit. Když píše, dělá chyby, vynechává písmenka. Do práce chodí, pracuje na soustruhu, tam chyby nedělá. Manželce doma pomáhá, např. společně zavařovali. Náladu má dobrou, dobře spí. Unavený se necítí, hlava se mu netočí, v uších mu nešumí. Z cílených dotazů na paměť např. vyjmenoval jen část evropských států a jejich hlavních měst, ale věděl základní data svého života i své manželky, i např. data obou světových válek. Dovedl správně určit rozdíl mezi pojmy vražda a zabití nebo lež a omyl, ale nedovedl postihnout rozdíl mezi pojmy prchat a utíkat. Skóre testu MMSE bylo 20 bodů. Krátce na to byl pacient vyšetřen počítačovou tomografií (CT) mozku nativně i s aplikací kontrastní látky. Byly přítomny známky incipientní atrofie. Klinický neurologický nálež byl bez lateralizace, bez cerebelárních projevů a bez známek radikulární léze. Pacient byl vyšetřen také psychologicky: verbální IQ 88 bodů, performanční IQ 89 bodů, deteriorace 7-10 bodů. Paměť, pozornost a soustředění – výkony velmi slabé. Závěr: kognitivní deficit a poškození kapacity paměti.

Pacientovi byl podáván piracetam v dávkách do 1600 mg a série deseti injekcí vitamínu B1. Pacient odmítal pracovní neschopnost, v práci neměl problémy, úkoly plnil. Po půl roce se však jeho vyjadřovací schopnosti poněkud zhoršily a MMSE kleslo na 18 bodů. Byl vysazen piracetam a naordinován donepezil 5 mg denně. Vzhledem k doplatku za lék nechtěl pacient dávku zvyšovat. Do stravy zařazoval hodně zeleniny a ovoce. Nastalo mírné zlepšení, pacient stále chodil do zaměstnání a práci na soustruhu zvládal. Za dalších půl roku již nebylo možné riskovat, že by se na soustruhu zranil, a sám uznal, že již nemá dobrý pracovní výkon a dělá chyby. Byl uznán práce neschopným a později dostal invalidní důchod. Test MMSE vykazoval 17 bodů. Bylo provedeno vyšetření mozku magnetickou rezonancí a byla zjištěna difuzní atrofie mozková i mozečková (v 58 letech věku nemocného).

Nejvýraznějším příznakem u pacienta byla jeho artikulace. Nemocný rozuměl mluvenému i tištěnému slovu, ale čím dál hůře byl schopen mluvit, a horšilo se i písmo. Během dalších měsíců již nebyl schopen souvisle hovořit, jen vyslovil tu a tam nějaké slovo a

snažil se dorozumět ukazováním. Medikace byla zvýšena na donepezil 10 mg denně; pacient již s doplatkem souhlasil, považoval léčení za nutné. Byla opět aplikována série injekcí tiaminu a magnezia. Zastavit zhoršování stavu se však nepodařilo. Nemocný zapomínal doma např. zavřít vodu, zamykat, nedokázal zašroubovat závit u vodovodu. Knoflíky u košile si zapínal nakřivo, neuměl si zavázat tkaničky u bot. Zapomněl tančit, což dříve dělával velmi rád, s manželkou chodívali 25 let tancovat. Začínal stále více být závislý na manželce, nechtěl být sám doma. Také se stalo, že v čekárně se s pacientem náhodně setkal jeho bývalý kolega z práce, který doprovázel jiného pacienta. Následně se svěřil pracovníkům ambulance, že byl vzhledem pacienta velmi překvapen a že ho pacient nepoznal, zatímco dříve to býval velmi společenský a kamarádský kolega a výborný odborník.

Dlužno říci, že pacient měl velmi obětavou a chápající ženu. Ta dokonce dala výpověď ve svém zaměstnání, aby se mu mohla více věnovat a být hodně s ním, dávat na něho pozor, chodit s ním na procházky a cvičit s ním různé dovednosti. Pacient také nejméně jedenkrát týdně chodil do psychiatrické ordinace ke cvičení kognitivních funkcí. Odmítal cokoli kreslit, ale sám chtěl cvičit písmo a slovní zásobu. Zpočátku např. rád opisoval text ze zábavné knížky a sledoval, kolik opsal. Později již opisovat odmítal, a chtěl jen „něco lehčího“. Dostával tedy zadání typu vyjmenovávání slov začínajících na nějaké písmeno, nebo vyjmenovával květiny, stromy, sporty, státy, ženská a mužská jména apod. Po 45 minutách býval dosti unavený, ale nepostěžoval si na žádné tělesné potíže, např. na bolest hlavy. Skóre MMSE po dvou a půl letech opět kleslo (15 bodů).

Psychiatrička v průběhu léčení se pokusila nemocnému změnit donepezil na galantamin nebo rivastigmin, vždy bez úspěchu. Po několika dnech pacient vyjádřil přání vrátit se k donepezilu, avšak při svých vyjadřovacích potížích nebyl schopen vysvětlit proč. Naznačoval pouze, že donepezil je pro něho nejlepší a že jiný lék mu nedělá dobře. Vyšší dávku donepezilu také nebylo možné podat, protože se u pacienta objevoval třes rukou jako vedlejší účinek. Lék volby byl tedy donepezil a jeho maximální titrace 10 mg denně.

Diskuse a závěr:

Pacient je příkladem Alzheimerovy nemoci s časným začátkem. Nemoc se vyvíjela pozvolna a nenápadně a začala přibližně v 55 letech věku pacienta. Během tří let jej invalidizovala a přeměnila ze společenského a pracovitého muže a špičkového soustružníka kovů v jedince, který se jen těžko domluvil s okolím a bez pomoci manželky by se o sebe staral jen obtížně. V popředí byly poruchy paměti a řeči. Během dalšího roku a půl nemoc dále devastovala osobnost nemocného, který byl zcela závislý na péči své manželky. Pacient byl léčen donepezilem, který se ukázal jako lék volby v dávce maximálně 10 mg denně. Pacient také užíval vitamíny a docházel na rehabilitační cvičení kognitivních funkcí. Nemocný byl vyšetřen magnetickou rezonancí, která ukázala atrofii mozku.

Uvedená kazuistika ilustruje, jak pacient přistupuje ke své nemoci, různí lidé přistupují různě ke své nemoci. Postižený pacient je někdy kritický, uvědomuje si svoje potíže, včetně poruch paměti, a uvědomuje si také např. to, že nemůže řídit auto. Jiní pacienti nemají náhled chorobnosti, neuvědomují si změnu svého zdravotního stavu a nadále chtějí dělat

vše, co dříve, i když toho již nejsou schopni. Vysvětlit těmto pacientům některá nepříjemná opatření, a nepřijít přitom s pacientem do konfliktu, je někdy opravdu těžké. Také chování příbuzných k postiženému pacientovi je velmi různé. V kazuistice byl doložen případ pacienta s obětavou manželkou, jindy jsou to děti, neteře a jiní, kteří jsou vzornými pečovateli a kteří jsou přitom dostatečně kritičtí k pacientovým poruchám. Jsou však i takoví, kteří na svých blízkých žádnou poruchu nevidí, nebo ji nechťejí vidět, nebo ji prostě podléhají a nemohou se smířit s neblahou skutečností, že mají v rodině těžce nemocného člověka. Taková péče pak nebývá bezproblémová, protože rodina je dementním pacientem ovládána a nedovede jeho poruchy a výstřednosti dostatečně korigovat. (Kučerová, 2006, s.85-86)

6.10 Vzorová kazuistika – chlapec J.

Kazuistika dítěte s vývojovými poruchami učení.

Zpracovala: speciální pedagog

Jméno: J.

Pohlaví: chlapec

Věk: 10 let

Ročník: 2.

Rok povinné školní docházky: 3.

Hlavní problém: Čte pomalým tempem, snaží se přečíst text co nejrychleji, ale s velkým množstvím chyb. Zaměňuje hlásky, domýšlí si a komolí slova, porozumění čtenému je slabší. Píše levou rukou. Písmo je neurované a kostrbaté, hodně přepisuje a škrtá. Má problémy s rozlišováním tvrdých a měkkých slabik, vynechává a zaměňuje písmena, nerozlišuje délky samohlásek. Opis a přepis textu zvládá lépe.

Diagnóza: Dyslektické a dysortografické obtíže smíšené etiologie.

Historie problému: Chlapec je v evidenci PPP od roku 2006, měl odklad PŠD. V 1. ročníku byl znovu vyšetřen na žádost rodičů pro obtíže v ČJ, vzhledem k diagnostikovaným projevům VPU byla doporučena individuální integrace v ZŠ a péče dyslektického asistenta školy. Nabízené možnosti skupinové integrace ve specializované třídě rodiče nevyužili z organizačních důvodů – dojíždění. Nyní chlapec opakuje druhý ročník v dyslektické třídě.

Rodinná anamnéza: Není známo.

Rodinné prostředí: Domácí příprava na vyučování je velmi pečlivá, chlapec denně čte s matkou, matka mu také předčítá. Matka pravidelně navštěvuje třídní schůzky a je v úzkém kontaktu s třídní učitelkou.

Úroveň čtení: Čte pomalu, často chybuje. Zaměňuje hlásky.

Úroveň psaní: Písmo je neúhledné, má chybný sklon. Často přepisuje, vynechává a zaměňuje písmena. Má problémy s délkou samohlásek, s rozlišováním tvrdých a měkkých slabik.

Zapojení dítěte do vyučování: Klidný, hlásí se, výuku sleduje.

Nápadnosti v chování v průběhu výuky: Neuvedeno.

Úroveň koncentrace pozornosti: Pracuje se zájmem, soustředí se. Pracuje s nadšením.

Zájmy: míčové hry, lego

Úroveň sebehodnocení: Chlapec se hodnotí kladně (postavil se k usmívajícímu se sluníčku).

Současné snahy o řešení problému:

1. Cvičení zrakové a sluchové percepce.
2. Cvičení pravolevé a prostorové orientace.
3. Zaměření se na porozumění textu.
4. Čtení kratších celků.
5. V psaní – uvolnění ruky.
6. Správné sezení a držení pera, automatizace tvaru písmen.
7. Sebehodnocení dítěte.

Postřehy z náslechové hodiny: Druhá náslechová hodina – žák byl ve vyučování aktivní, hlásil se. Při procvičování dlouhých a krátkých samohlásek častěji chyboval. Použité metody práce s žákem byly zajímavé a aktivizující.

Metodická doporučení:

1. Na základě aktuálních problémů vytýčených v úvodu je nutné pokračovat v již zmíněných reedukačních postupech ve všech dosud sledovaných oblastech.
2. Cvičení pravolevé a prostorové orientace, jejichž poruchy mohou být jednou z příčin kinetických a statických inverzí při čtení (PC program ABC do školy, manipulační cvičení,

kresebné diktáty podle aktuálních zájmů a zálib žáka, kinestetická cvičení, určování tvarů, písmen zrcadlově obrácených, pootočených apod.), možnost podpůrného názorného označení levé strany na ruce, lavici, v sešitech pro snazší orientaci (tečky, samolepky, náramky aj.).

3. Průběžná grafomotorická cvičení.

4. Senzomotorická koordinační cvičení oko – ruka, využití vhodných kompenzačních pomůcek pro leváky dle aktuální nabídky.

5. Upevňování principu psaní diakritických znamének ihned, utváření návyku sebekontroly.

6. Seznámení zainteresovaných pedagogů s publikací Nechte leváky drápat.

7. Využití speciálně upravených sešitů pro žáky s VPU, folií se vzory písmen .

8. Používání tabulek, karet, kostek, přehledů při diktátech apod.

9. Uplatňování multisenzoriálního přístupu při rozlišování tvrdých a měkkých slabik – pravidelné používání pomůcek (kostky, měkkotvrdá deska se slabikami, Cvičení pro dyslektiky Olgy Zelinkové I, II, VI).

10. Práce s bzučákem.

11. Čtení kratších textů ve dvou, střídavé čtení (po větách, případně slovech s pedagogem, rodičem), okénko, příprava slov, rytmizace.

12. Zařazování uvolňovacích cviků, popř. odpočinkových chviliek i při častém střídání činností.

13. Podpora a ocenění žákovy snahy při výuce.

6.11 Vzorová kazuistika s teorií – dítě s dg. ADHD

TEORIE K PROBLEMATICE KAZUISTIKY DÍTĚTE S DG. ADHD

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) se jedná o poruchu s názvem Hyperkinetická porucha. V běžné i odborné populaci se však více vžilo označení ADHD, tj. porucha pozornosti provázená hyperaktivitou, dle Amerického diagnostického manuálu (IV. revize). V současnosti je ADHD jednou z nejčastěji diagnostikovanou poruchou v dětském věku. Jedná se o skupinu vývojových poruch, která zahrnuje kombinaci nadměrné aktivity, impulzivity a nepozornosti. Příčinou vzniku syndromu ADHD bývá často uváděn velký

podíl genetických faktorů, kdy bývá hyperaktivní někdo z rodičů či prarodičů nebo i sourozenců (jak dětí, tak i jejich rodičů či prarodičů), častěji se dědí po mužské linii. Další možnou příčinou jsou negativní vlivy v období těhotenství, při porodu, v raném dětství dítěte, které vznikají v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Příčinou tohoto poškození je většinou nedostatek kyslíku (hypoxie). A v poslední řadě může jít i o kombinaci výše uvedených faktorů. (Munden, Arcelus, 2002)

Příznaky ADHD lze rozdělit do tří kategorií – nepozornost, hyperaktivita, impulzivita.

Poruchy pozornosti

Pro tyto děti bývá typické, že jsou nepozorné, roztěkané a nesoustředěné. Velice lehce je z činnosti vyruší jakýkoliv podnět. Nemají žádnou odolnost vůči vedlejším, rušivým podnětům. Dalo by se říct, že dávají pozor na všechno. Nedokážou dostatečně rozlišit to, co je pro ně v danou chvíli důležité, podstatné. Nejvíce se tato porucha ukáže, jestliže mají projevit činnost nad něčím, co pro ně není příliš motivující, která je nezajímá nebo dokonce se jim nedaří. Což se jedná nejčastěji o školní práci nebo domácí úkoly. Hledají různé možnosti, jak uniknout od této činnosti, mají tendenci nedokončit práci a neplnit úkoly. Problém bývá i ve snížené vytrvalosti, kde děti nevidí okamžitou pozitivní odezvu a snáze se odkloní k něčemu jinému, pro ně zajímavějšímu. To znamená, že problémem není jen pozornost, ale i vytrvalost. Ovšem bývají i situace, kdy je něco zaujme, baví a jsou schopny podat perfektní výkon. Školní prospěch a výkon těchto dětí bývá dosti nevyrovnaný. Jejich známky jsou horší, než odpovídá jejich inteligenci. (Paclt a kol., 2007)

Hyperaktivita

Tyto děti se projevují nápadnou pohyblivostí a neklidem, jsou neustále v pohybu. Během školního vyučování vstávají, procházejí se po třídě, houpou se na židli, potřebují mít neustále něco v ruce, kopají nohama. Také v řečovém projevu nejsou pozadu. Neustále učitelé doplňují výklad poznámkami, které je právě v danou chvíli napadly. Bývají velmi hlasité, až křičí, a tím samozřejmě ruší své spolužáky. Tyto projevy značí vnitřní neklid a celkové napětí nejen fyzické, ale také psychické. Centrální nervová soustava (CNS) je tím pádem přetížena, ale děti nedokážou zaznamenat signály únavy a včas si odpočinout. Opět se zde projevuje nezralost CNS, kdy by dítě mělo jít spát, ale nejde to, neboť je tzv. přetažené. Často pozdě usínají, převalují se a hledají důvod, jak nezůstat v posteli. Spánek potom dohánějí v dopoledních hodinách, hůře se soustředí na výuku. Jsou mrzuté, podrážděné. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Impulzivita

U těchto dětí chybí fáze rozmyšlení, jde o okamžitou reakci na podnět. Dalo by se říct, že tyto děti myslí až potom. Jednají zbrkle, bez zábran, což také vytváří nebezpečné situace. Mohou například bez rozhlížení vběhnout na silnici, a to jenom proto, že mohly na druhé straně uvidět kamaráda. V důsledku impulzivitativy mívají obtíže v komunikaci s ostatními.

Nejen že skáčou do řeči, ale také přeskakují z tématu na téma. Ve škole vyrušují bez přihlášení, nerespektují učitele, že je nevyvolal. Dělá jim problém i přestat hovořit, často pokyn nedoposlechnou do konce, a tak vykonají jen část zadání. Neumí se podrobit autoritě, disciplíně, těžce nesou příkazy a různá omezení. Mají problém se zapojit do kolektivní činnosti, která vykazuje určitý řád, raději volí činnost, která znamená brzkou odměnu a méně práce. Svě přání musí mít splněno okamžitě, hned teď. To značí opět projev opožděného zrání centrální nervové soustavy. Stejně se chovají i věkově mladší děti. Neumějí trpělivě čekat, až na ně přijde řada. Nebo například učitel jim nemůže hned věnovat pozornost, proto si ji vynutí zlobením. (Jucovičová, Žáčková, 2015)

Přidružené poruchy

S nerovnoměrným zráním centrální nervové soustavy bývají spjaty velmi často poruchy v oblasti kognitivních (poznávacích) i motorických funkcí. Nejčastěji to bývají poruchy vnímání, které tvoří podklad pro vznik specifických poruch učení, například dyslexie (porucha čtení), dysortografie (porucha pravopisu), dyskalkulie (porucha matematických schopností) a jiné. Motorické poruchy zase ovlivňují vznik například dysgrafie (porucha psaní), dyspinxie (specifická porucha kreslení), na kterých se podílí zejména jemná motorika. Dětem se syndromem ADHD a kombinací výše uvedených specifických poruch učení se role školáka ještě více komplikuje. Vzhledem k nerovnoměrnému zrání kognitivních a motorických funkcí se doporučuje odložení školní docházky. K dalším projevům syndromu ADHD kromě výše uvedených patří: poruchy paměti, myšlení, řeči, emoční poruchy, poruchy exekutivních funkcí. V neposlední řadě se při neřešení jednotlivých poruch mohou rozvíjet poruchy chování. (Munden, Arcelus, 2002)

Intervence

Péče o hyperaktivní dítě je velmi náročná až vyčerpávající, mnohdy i nevládnutelná, jestliže dítě nemá doma potřebné zázemí, vhodná výchovná opatření a je dlouhodobě frustrováno nevhodným přístupem. Vývoj žáka se tedy odlišuje od běžného vývoje, neboť se jedná o vývojovou poruchu. Projevy mohou být velmi rozmanité a různě se kombinují. Dítě některé příznaky má, jiné mít nemusí. Některé projevy jsou velmi silné, jiné naopak slabší. V průběhu vývoje se tyto projevy mění důsledkem dozrávání centrální nervové soustavy i výchovného a terapeutického vedení dítěte. Některé příznaky vystupují více, posléze začínají ustupovat, mírní se a mohou zase dominovat příznaky jiné. Zásadní je laskavý, trpělivý, ale především jednotný a důsledný výchovný přístup k dítěti. V rámci docházky do školních zařízení se jedinec s projevy ADHD postupně ocitá v pedagogicko-psychologické poradně, některé děti již od předškolního věku navštěvují ambulanci dětského psychiatra. Dle intenzity projevů ADHD se postupně přijímají rozličná opatření, od inkluzivních podpůrných opatření v základní škole (např. přítomnost asistenta pedagoga, individuální vzdělávací plán), přes spolupráci se střediskem výchovné péče (individuální a skupinová práce), docházením na psychoterapii, k psychiatrovi a užíváním psychofarmak. V případě, že jedinec se stává nevládatelný pro své projevy, nejčastěji poruchy chování (záškoláctví, krádeže, závislostní chování, útoky z domova apod.) může být umístěn do psychiatrické nemocnice, diagnostického a poté výchovného ústavu. (Paclt a kol., 2007)

Seznam zdrojů:

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. Máme dítě s ADHD. Praha: Grada Publishing, 2015.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, 2002.

PACL, I. A KOL. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada Publishing, 2007.

KAZUISTIKA DÍTĚTE S DG. ADHD

Zpracoval: XY

Rozhovory vedeny s: klientem, sociální pracovníci, etopedem

Délka rozhovoru: 3 x 30 minut rozhovory + studium dokumentace (zprávy pedopsychiatra, zprávy ze školy, zprávy z průběhu pobytu ve výchovném ústavu)

Základní údaje:

Jméno: Karel

Pohlaví: muž

Věk: 17 (roč. narození 1999)

Místo narození: malé město

Aktuální bydliště: výchovný ústav

Hlavní problém: nerespektování pedagogů, slovní útoky, vulgární a fyzické napadání personálu i dětí, nezvládání emočních projevů

Diagnózy:

F 90.1 Hyperkinetická porucha chování

Z 62.2 Institucionální (ústavní) výchova

Z 62.4 Emocionální (citové) zanedbání dítěte

Z 60.0 Nedostatečný rodičovský dohled a kontrola

Disharmonický vývoj osobnosti s inferiorním intelektem

Anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Otec: narozen 1969, zaměstnán jako instalatér

Matka: narozena 1973, nezaměstnaná, v r. 2012 úmrtí

Sourozenci: nevlastní sestra, narozena 2001

Rodinné zázemí: Po rozvodu rodičů žil chlapec nejdříve s matkou, po odebrání soudem svěřen do péče otce. S mladší nevlastní sestrou si chlapec nerozumí. Dle jeho slov je protěžována a rodiče ji mají raději než jeho.

Osobní anamnéza:

Raný vývoj: riziková gravidita, po porodu kříšen

Zdravotní anamnéza: bez úrazů, operací, alergický na hořkou čokoládu.

Abúzus drog: nikotin (cca 20 cigaret denně)

Krimi: krádeže

V péči: dlouhodobě v péči dětského pedopsychiatra, opakované pobyty v psychiatrické nemocnici

Zájmy: filmy, pohádky

Finanční situace: nezaopatřené dítě

Sociální zázemí: v místě bydliště se stýkal s několika staršími problémovými jedinci, ve výchovném ústavu se stýká pouze s ubytovanými dětmi, nevytváří přátelské vztahy

Povahově: Chování je především účelové, nevyzpytatelné, má vcelku bystrý úsudek, rád je v centru pozornosti a je také rád, když se mu věnuje ryze individuální péče. Emocionálně plochý, neudrhuje hlubší vazby s ostatními chlapci, případně personálem.

Školní anamnéza:

Od 1.tř. problémy s chováním, nerespektování autorit, od 2. stupně ZŠ převážně v psychiatrické nemocnici, odkud byl s ukončením povinné školní docházky propuštěn.

V současné době je studentem 1.ročníku dvouletého učebního oboru Práce ve stravování. Kvůli nadměrnému slinění má problémy na praxi. Ve škole slabá motivace, nepozornost, hyperaktivita. Když se mu nechce, stávkuje, lehne si na zem a předstírá, že spí. Narušuje tak i činnost zbytku třídy.

Historie problému a status praesens:

Jedná se o chlapce s ranými riziky a z dysfunkční rodiny. Po rozvodu rodičů byl chlapec v péči matky, kdy vazba mezi matkou a synem byla narušená (těžká citová deprivace, zanedbávání, týrání a také fyzická agrese) - syndrom CAN. Pro nezvladatelnost a vážnou nemoc matky byl chlapec soudem svěřen do péče otce. Matka krátce poté zemřela.

Chlapec již od první třídy svým chováním vybočoval a problémy s chováním měl už od počátku školní docházky. Nerespektoval žádné autority, zejména učitele a jakákoliv změna zažitého chodu se u něj projevovala změnou chováním. To se zhoršilo hlavně na druhém stupni, kde měl různé učitele na jednotlivé předměty. Většinu školní docházky prožil v dětské psychiatrické nemocnici (dále jen DPN).

Pro agresivitu, výrazné poruchy chování, nezvladatelnost byl v pedopsychiatrické péči. Ve 12 letech poprvé umístěn v DPN, kde byl opakovaně hospitalizován, poslední tři roky téměř trvalý pobyt. Chlapec je chronickým psychiatrickým pacientem, oslabení CNS typu ADHD, emoční nestabilita, impulzivita.

Mimo režim psychiatrické nemocnice nebyl chlapec schopen vzdělávání, selhával, agresivní k okolí, napadal učitele, děti. Doma napadal nevlastní matku, těžce nesl údajné protěžování mladší nevlastní sestry.

Z DPN propuštěn s ukončením povinné školní docházky, zvládal jen speciální režim. Ústavní výchova nařízená roku 2011. Umístěn do výchovného ústavu, následně do dětského ústavu mládeže a v současné době je ve výchovném ústavu se zvýšeným dohledem.

Chlapec během pobytu v Janová (v zařízení pro děti vyžadující intenzivní individuální péči) režim vcelku zvládá, problém á pouze s ranním vstáváním), pevný denní režim a řád v kombinaci s pravidelným užíváním medikace mu vyhovuje. Během pobytu opakované fyzické napadení ostatních chlapců. Velmi často zkouší pevnost stanovených mantinelů, kdy se choval familiérním až obtěžujícím a velmi nepříjemným způsobem vůči personálu, kdy objímal personál, líbal nebo kousal přezůvky apod. Své problémy uznává ovšem spíše z účelového hlediska. Umí pojmenovat své chování, uvědomit si, že něco provedl, slíbit případně nápravu, tím to ale skončilo. Za pochvalu je rád, ovšem nepůsobí na něj jako motivace. Některé jevy se podařilo eliminovat, přišly jiné, nebo se za čas opět objevily. V kolektivu vcelku překvapivě respektován, často se ale stával obětí manipulace.

Kontakt s otcem pouze telefonický, chlapec nemá zájem vrátit se do rodiny.

Přijatá opatření:

1. Svěření do péče otce
2. Péče dětského pedopsychiatra, psychofarmaka
3. Opakovaná hospitalizace v dětské psychiatrické nemocnici
4. Nařízená ústavní výchova.
5. Umístění ve výchovném ústavu.
6. Umístění v dětském ústavu mládeže.
7. Umístění ve výchovném ústavu se zvýšeným dohledem.

Navržená řešení:

1. Režim v zařízení by měl chlapci pomoci zvládat základní společenské návyky (stolování, hygiena, úklid osobních věcí, udržování čistoty a pořádku)
2. Kontrola a dohled při organizovaných činnostech.
3. Návuk sociálních dovedností, asertivity, individuální a skupinová práce s chlapcem, nastavení pevných hranic a jejich dodržování, v případě raptu využít vhodné ventily pro vybití vzteku. Najít vhodnou motivaci k dalšímu vzdělávání, připravit jej na co nejsamostatnější způsob života.
4. Navázat lepší kontakt s otcem i jeho současnou partnerkou, aby mohl jezdit na víkendové dovolenky a prázdniny.
5. Vzdělávání dle IVP (individuální vzdělávací plán)

Prognóza:

Prognóza chlapce je velmi nejistá a problematická. Pokud by se chlapec vyučil a získal práci, nejlépe s bydlením, je pravděpodobné, pokud by užíval léky a spolupracoval s psychiatrem, že by mohl fungovat bez větších potíží. Vzhledem k tomu, že chlapec potřebuje neustálý dohled, a vzhledem k tomu, že s otcem příliš nevychází, nemá se ani kam vrátit. Jediný, kdo se o něj soustavně v současné době zajímá je jeho babička a paradoxně přítelkyně otce. Ovšem kvůli chlapcovu problematickému chování si netroufají uvažovat, že by se k nim po zletilosti vrátil. Pokud se chlapec ocitne na ulici jako osoba bez přístřeší, je pravděpodobné, že začne páchat trestnou činnost nebo jej někdo využije k páchání trestné činnosti, v případě vysazení léků může dojít i k agresí vůči okolí.

1. Osobní údaje

Jméno (přezdívk):

Narozen/a:

Aktuální bydliště:

Aktuální stav/problém/diagnóza:

2. Rodinná anamnéza:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Rodinné zázemí:

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj:

Zdravotní anamnéza:

Abúzus drog:

Krimi:

Partnerské vztahy:

Bytová situace:

Finanční situace:

Zájmy, volný čas:

Sociální zázemí:

Školní a pracovní anamnéza:

4. Historie problému a Status praesens:

5. Přijatá opatření:

6. Navržená opatření

7. Prognóza:

8. Katamnéza:

Vztahová mapa:

Vlastní hodnocení:

(zde může být prostor pro vlastní poznámky, sebereflexi spolupráce s klientem, jak lehce či obtížně se získávaly data o klientovi, vlastní domněnky, které nepatří nikam jinam než zde, vlastní hypotézy o událostech apod.)

SHRNUTÍ KAPITOLY



Šestá kapitola nabídla studentům vzorové zpracované kazuistiky z různých oblastí, které mohou být pro studenty inspirací k sestavování vlastních kazuistik.

LITERATURA

- DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2011.
- GABURA, J., PRUŽIŇSKÁ, J. Poradenský proces. Praha: Slon, 1995.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2004.
- HADJ MOUSSOVÁ, Z., DUPLINSKÝ, J. A KOL. Diagnostika. Pedagogicko psychologické poradenství II. Praha: PedF UK 2002.
- HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016.
- HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. Kazuistika v sociálnej práci. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžběty, 2009.
- KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 2010.
- KUČEROVÁ, H. Demence v kazuistikách. Praha: Grada, 2006.
- KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009.
- MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. Pedagogika, roč. 65, č.2, 2015, s. 113-142.
- MICHALOVÁ, Z., DOUBRAVOVÁ, Š. Případová studie – kazuistika jako závěrečná práce. Liberec: Technická univerzita, 2014.
- MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006.
- MORSE, J. M., FIELD, P. A. Qualitative Research Methods for Health Professionals. London: Sage Publications, 1995.
- NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000.
- SILVERMAN, D. Ako robiť kvalitatívny výskum. 1. vyd. Bratislava: Pegas, 2005.
- ŠVARŇÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry. Praha: Portál, s.r.o., 2007.
- VANČOVÁ, A. Základy pedagogiky mentálně postihnutých. Bratislava: Sapiencia, 2005.
- VAŠEK, Š. Speciálno pedagogická diagnostika. Bratislava: Sapiencia, 2002.
- YIN, R. K. Case Study Research. Design and Methods. London: Sage Publications, 2009.
- ŽIAKOVÁ, K. a kol. Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum. Martin: Osveta, 2009.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1: Využití kazuistiky v sociální diagnostice	13
Obrázek č.2: Využití kazuistiky v poradenském procesu	14
Obrázek č.3: Využití kazuistiky ve vzdělávání sociální pracovníků na vysokých školách	15
Obrázek č.4: Využití kazuistiky v terapiích	16
Obrázek č.5: Kvalitativní analýza dat	29
Obrázek č.6: Vztahová mapa klienta (41 let)	47
Obrázek č.7: Vztahová mapa klienta (85 let)	48
Obrázek č.8: Vztahová mapa klienta (17 let)	112

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Gratuluji studenti, dočetli jste studijní oporu Kazuistický seminář.

Tato studijní opora je více praktická než teoretická. Věřím, že pokud jste si řádně prostudovali řešené příklady a vzorové kazuistiky, v souladu s nimi opravili nedostatky v samostatných úkolech a vypracovali dle pokynů vlastní kazuistiku případu klienta, pak jste si osvojili dovednost zpracování kazuistiky.

Zpracování výstižné kazuistiky je umění, je nutné flexibilně reagovat na potřeby klienta, ale stále sledovat cíl kazuistiky. Samotná kazuistika je však jen jednou ze součástí práce s klientem, důležité je také společně s kolegy nebo supervizorem vyvozovat závěry, učit se z chyb a inspirovat se příklady dobré praxe.

V závěru studijní opory je přehled použité literatury, která je zároveň literaturou k samostudiu a zdrojem inspirací při tvorbě kazuistik.

Přeji všem hodně studijních, osobních i pracovních úspěchů.

Autorka

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON



Čas potřebný ke studiu



Klíčová slova



Průvodce studiem



Rychlý náhled



Tutoriály



K zapamatování



Řešená úloha



Kontrolní otázka



Odpovědi



Samostatný úkol



Pro zájemce



Cíle kapitoly



Nezapomeňte na odpočinek



Průvodce textem



Shrnutí



Definice



Případová studie



Věta



Korespondenční úkol



Otázky



Další zdroje



Úkol k zamyšlení

Název: **Kazuistický seminář**

Autor: **Mgr. Silvie Quisová, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 120

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.