

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Role sociálního pracovníka
v péči o hospitalizované dítě**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Adéla Drmotová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti,
dospělé a seniory

Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Abstrakt

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se zdravotní péče prolíná s péčí sociální a je nedílnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Nebývá jí však přikládána taková pozornost a důležitost, jakou by si zasloužila. Role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě není dostatečně zmapována a definována, proto se stala tématem této diplomové práce.

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě. Pro výzkum byly zvoleny tyto dílčí cíle:

1. Zjistit subjektivní vnímání role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě z pohledu samotného sociálního pracovníka.
2. Zjistit, jaký cíl má výkon sociální práce v péči o hospitalizované dítě dosáhnout.
3. Zmapovat, jaké postavení má sociální pracovník v rámci péče o hospitalizované dítě ve zdravotnickém týmu.
4. Zjistit, jaké metody a techniky sociální práce nejčastěji využívá sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě.

Teoretická část diplomové práce je věnována sociální práci v nemocnici, další kapitoly popisují sociálního pracovníka v nemocnici, včetně jeho přístupu ke klientům a teoretickým vymezením jeho role. Významnou část teorie zaujímají dále kapitoly věnující se dětem v nemocnici, sociální práci s nimi i s celou rodinou.

V metodologické části byla pro účely výzkumu provedena také operacionalizace pojmů: hospitalizované dítě, sociální pracovník, role sociálního pracovníka.

Pro účely diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím metody dotazování. Výzkum byl realizován pomocí polořízeného rozhovoru, jenž byl rozdělen do několika oblastí, umožňujících hlubší poznání této specifické profese a přesnější charakteristiku role, kterou sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě zastává.

Zvoleny byly tyto oblasti:

- pracovní náplň sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu (vymezení obsahu role sociálního pracovníka)
- subjektivní vnímání role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě
- význam a společenské uznání profesní role sociálního pracovníka

- profesní spolupráce (postavení sociálního pracovníka v profesním týmu odborníků, podílejících se na péči o hospitalizované dítě)

A následně byl rozhovor navíc obohacen o témata, považována také za významná pro výzkum:

- používané metody a techniky sociální práce v péči o hospitalizované dítě
- zázemí sociálního pracovníka
- doplňující otázky (míra pracovního stresu, hodnocení svého zdraví, plány do budoucna,...)

Výzkumný soubor tvořily sociální pracovnice nemocnic, které v rámci své působnosti pracují s hospitalizovanými dětmi a jejich rodinami. Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Pro účely výzkumu bylo realizováno a sesbíráno 10 rozhovorů se sociálními pracovnicemi.

Na základě výsledků výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

H 1: Sociální pracovnice v péči o hospitalizované dítě zastává nejčastěji roli poradce.

H 2: Postavení sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu není rovnocenné.

H 3: Nejvyužívanější technikou sociální práce s dítětem a jeho rodinou je rozhovor.

Role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě mohla být také díky výpovědím sociálních pracovnic vyjádřena pomocí několika schémat, která slouží pro jasnou a přehlednou orientaci ve výsledcích, jež tento výzkum přinesl.

Výzkum upozorňuje na důležitost role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě. Práce má sloužit zejména k otevření diskuse nad rolí sociálního pracovníka v nemocnici, v tomto případě v péči o hospitalizované dítě. Měla by také poskytnout vhled do denní činnosti sociálního pracovníka a možnost seznámit se s výkonem sociální práce v souvislosti s péčí o hospitalizované dítě. Může být přínosná jako zdroj dalších informací o sociální práci v nemocnici.

Klíčová slova: role, sociální pracovník, hospitalizované dítě, sociální práce

Abstract

Social work in health care is a field in which health care blends with social care and represents inseparable part of curing and nursing process. There is not given enough attention and importance to this field, which it should deserve. The role of a social worker in the care of a hospitalized child is not sufficiently surveyed and defined, and therefore it became the theme of this dissertation.

The main objective of this research was to look into the role of a social worker in the care of a hospitalized child. These partial goals were set for the survey:

1. To find out the subjective perception of the role of a social worker in the care of a hospitalized child from the point of the social workers themselves.
2. To find out what goal the operation of social work in the care of a hospitalized child is to achieve.
3. To look into what position in the medical team the social worker has in the framework of the care of a hospitalized child.
4. To find out what methods of social work are the most frequently used by social workers in the care of a hospitalized child.

The theoretical part of the dissertation deals with social work in hospital. Following chapters describe social workers in hospital including their approaches to clients and theoretical definition of their role. Chapters dealing with children in hospital, social work with them and the whole family also represent a significant part of the theory.

In the methodological part the operationalization of terms was also carried out for the purpose of research including terms hospitalized child, social worker, role of a social worker.

A qualitative survey using the method of making inquires was chosen for the purposes of the dissertation. The survey was carried out in a semi-conducted interview, which was divided into several fields enabling deeper insight into this specific profession and more concrete characteristics of the role held by the social worker in the care of a hospitalized child. Following fields were chosen:

- Job content of a social worker in the care of a hospitalized child and it's family (defining the content of the role of a social worker).

- Subjective perception of the role of the social worker in the care of a hospitalized child.
- Importance and social respect for the professional role of a social worker.
- Professional cooperation (the status of a social worker in the team of experts, who take part in the care of a hospitalized child).

Additionally an interview was added with topics, which are also considered important for the survey:

- the used methods and techniques of the social work in the care of a hospitalized child
- base of the social worker
- additional questions (the extent of work stress, evaluation of their health, plans for future)

A surveyed specimen consisted of female social workers in hospitals working within the framework of their field work with hospitalized children and their families. The selection of the surveyed specimen was intentional. For the sake of the survey ten interviews with social workers were carried out.

Thanks to the opinions of the social workers the role of the social worker in the care of the hospitalized child can be, expressed with the aid of several graphs, which serve for clear and lucid orientation in results brought by this survey.

Based on the survey results following hypotheses were defined:

H 1: Social workers in the care of the hospitalized child most frequently hold the role of an advisor.

H 2: The position of the social worker in the medical team is not equal.

H 3: Dialogue is the most frequently used techniques in the social work with the child and their family.

The survey reveals the importance of the role of the social worker in the care of the hospitalized child. The dissertation should mainly serve for opening the discussion about the role of the social worker in the hospital, in this case in the care of a hospitalized child.

It should also offer the insight into daily activities of the social worker and give the possibility to learn about the social work in connection with the care of a hospitalized child. It can be beneficial as the source of further information about social work in hospitals.

Key words: role, social worker, hospitalized child, social work

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

Adéla Drmotová

Poděkování

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost, ochotu a čas, který mi věnovala v průběhu zpracování diplomové práce.

Děkuji i lidem, blízkým mému srdci, za jejich podporu.

Obsah

Úvod	12
1. Současný stav.....	13
1.1 Sociální práce.....	13
1.2 Sociální práce ve zdravotnictví.....	13
1.2.1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví.....	14
1.2.2 Legislativa sociální práce ve zdravotnictví	15
1.3 Sociální pracovník v nemocnici.....	16
1.3.1 Pracovní náplň sociálního pracovníka v nemocnici.....	17
1.3.2 Osobnost a profesionalita sociálního pracovníka v nemocnici.....	18
1.3.3 Etika sociálního pracovníka v nemocnici	18
1.3.4 Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu.....	19
1.3.5 Zdraví sociálního pracovníka v nemocnici.....	20
1.4 Role sociálního pracovníka v nemocnici	21
1.4.1 Profesní role pomáhajícího	21
1.4.2 Vymezení role sociálního pracovníka v nemocnici.....	22
1.4.3 Vymezení role sociálního pracovníka podle Řezníčka.....	23
1.5 Přístupy sociální práce ke klientovi v nemocnici	23
1.5.1 Počáteční kontakt sociálního pracovníka s nemocným	23
1.5.2 Typologie klientů sociálního pracovníka v nemocnici.....	24
1.5.3 Metody a techniky sociální práce v nemocnici	25
1.6 Dítě v nemocnici	26
1.6.1 Dítě a jeho vývoj	26
1.6.2 Potřeby dítěte.....	27
1.6.3 Dítě a nemoc	28
1.6.4 Hospitalizace dítěte.....	28
1.6.5 Práva dětí v nemocnici	29
1.7 Sociální práce s dětmi a rodinou v nemocnici	30
1.7.1 Přístupy využitelné v sociální práci s dítětem a jeho rodinou	30

1.7.2	<i>Komunikace s dětským pacientem a jeho rodinou</i>	32
1.7.3	<i>Sociální práce v zájmu dítěte</i>	33
1.7.4	<i>Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte</i>	34
2.	Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	37
2.1	Cíl práce	37
2.2	Hypotézy práce	37
3.	Metodika	38
3.1	Operacionalizace pojmů	38
3.2	Použité metody	40
3.3	Charakteristika výzkumného souboru	42
4.	Výsledky	44
4.1	Rozhovory se sociálními pracovníci	44
4.2	Shrnutí výsledků rozhovorů	87
4.2.1	<i>Shrnutí výsledků rozhovorů ve vztahu k roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě</i>	87
4.2.2	<i>Shrnutí dalších výsledků rozhovorů, které pomáhají vymezit roli</i>	94
4.3	Shrnutí výsledků pomocí grafického znázornění	104
5.	Diskuse	108
5.1	Vymezení role z hlediska pracovní náplně sociálního pracovníka	108
5.2	Vymezení role pomocí subjektivního pohledu SP na svou profesní roli ..	109
5.3	Vymezení role z hlediska významnosti sociálního pracovníka v péči o děti v nemocnici	110
5.4	Vymezení role prostřednictvím profesní spolupráce	111
5.5	Další specifika sociální práce s dětským pacientem	112
6.	Závěr	117
7.	Seznam použitých zdrojů	120
8.	Přílohy	127

Seznam použitých zkratk

CAN	syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
ČČK	Český červený kříž
FOD	Fond ohrožených dětí
NNO	nestátní neziskové organizace
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
SP	sociální pracovník/ce
SSP	státní sociální podpora
ÚMPOD	Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí
ZSP	zdravotně sociální pracovník

Úvod

Po několika letech sociální práce s dětmi a rodinami v sociálně aktivizačních službách jsem se ocitla jako zdravotní sestřička v nemocnici na dětské jednotce intenzivní a resuscitační péče. Přála jsem si péči o děti profesně poznat i z jiného pohledu než psychosociálního. Blízký osobní kontakt s nemocnými či různě zraněnými dětmi i s jejich rodiči mi záhy ukázal, že má zkušenost ze sociální oblasti je i v nemocničním prostředí, v rámci mé současné práce, uplatnitelná, a pro mne osobně velmi cenná.

Navíc, nemocné dítě má i svůj svět mimo nemocnici – svět, kde mnohé ztrácí i nalézá, svět, odkud do nemocnice přišlo a kam by se mělo a chce vrátit. Doba nemoci a hospitalizace není nějakou odbočkou na jeho životní pouti, je její podstatnou součástí. A často je v rukou nejen zdravotníků, ale i sociálních pracovníků v nemocnici, aby se nemocné děti a jejich rodina necítily být v tento čas a na všechny útrapy samy, aby byly brány v potaz, vedle zdravotního stavu, také vzniklé nepříznivé sociální situace.

Začala jsem si tak postupně mnohem více uvědomovat, jak významná je pro hospitalizované děti a jejich rodinu vedle zdravotní péče i péče sociální, často však v nemocnicích, z mého pohledu, opomíjená, a role sociálních pracovníků v současnosti stále nedocenená. Začalo mne zajímat působení sociálního pracovníka na dětském oddělení, jeho postavení a spolupráce v rámci týmu a vůbec skutečnost, jakou roli v nemocnici zaujímá. Z těchto důvodů jsem pro výzkum ve své diplomové práci zvolila téma **Role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě.**

Myslím si, že úsilí k zajištění zdraví, zájmu dítěte a uspokojení potřeb dětského pacienta nás všechny, pracovníky v nemocnici, spojuje, a znamená pro nás velké poslání. A jsem přesvědčena o tom, že uvědomění si důležitosti našich profesních rolí a vzájemné respektování se v rámci komplexního týmu, kde má své nezastupitelné místo i role sociálního pracovníka, nás může posunout blíže k cíli, blíže k úsměvu dětského pacienta.

Kéž by tento výzkum byl alespoň malým, leč významným krůčkem na cestě k tomuto cíli. Byla bych tomu velmi ráda.

1. Současný stav

1.1 Sociální práce

Vzájemná pomoc a solidarita doprovází lidskou společnost již od jejích počátků (Dočkal, 2008). Sociální práce se formovala koncem 19. a počátkem 20. století v rámci sociálních aktivit jako samostatná praktická činnost i společenskovední disciplína reagující na problémy vývoje moderní společnosti (Dočkal, 2008).

Zatímco v první polovině 20. století se snahy sociálních pracovníků zaměřovaly především na sociální reformy, v druhé polovině minulého století došlo v sociální práci k preferenci zásad profesní etiky, vytyčujících zásady práce s klientem i etické kodexy sociálního pracovníka, a sociální práce se stala i předmětem studia a výzkumu na vysokých školách (Kutnohorská, 2011)

Sociální práce se stala profesionální aktivitou zaměřenou na pomáhání jednotlivcům, skupinám i komunitám ke zlepšení i obnovení své schopnosti sociálního fungování, a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl (Matoušek, 2001).

Cílem sociální práce je, jak uvádí Musil (2004), poskytování pomoci lidem v obtížných životních situacích. Na rozdíl od dalších pomáhajících oborů, jak dále zmiňuje autor, se sociální práce zabývá především interakcemi mezi člověkem a jeho sociálním prostředím, a je zaměřena na podporu klientů (jedinců, rodin, skupin i komunit) při zvládnání jejich nepříznivé sociální situace (Musil, 2004).

1.2 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se zdravotní péče prolíná s péčí sociální, a kde zajištění návaznosti sociální péče na péči zdravotní je nezbytnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu (Kutnohorská, 2011).

Prakticky všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je, podle Vurma (2007), nutné současně zajistit a poskytovat péči sociální.

Ke komplexnosti léčby a ošetřování, podle Kutnohorské (2011), nevyhnutelně patří i pomoc při řešení problémů klienta, který se ocitnul v nepříznivé sociální situaci, jestliže není schopen pomoci si sám, kdy rodina tuto péči poskytnout nemůže, nechce, či pokud rodinu nemá.

Kuzníková (2011) vidí smysl sociální práce ve zdravotnictví zejména v pomoci pacientovi – klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí zmírnit či odstranit negativní sociální důsledky nemoci s ohledem na celostní, holistický přístup práce ke klientovi.

Úkolem sociální práce je, podle Kuzníkové (2011), využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci, i ke kvalitnějšímu životu.

1.2.1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví, jak uvádí (Beder, 2006), se formovala zejména díky protiepidemiologickým činnostem sociální práce Jane Addamsové a Richarda C. Cabotova v USA, jež se zasloužili o prevenci a kontrolu šíření syfilis a jejich pomoc byla směřována i k pacientům s TBC (Beder, 2006).

V České republice sahá historie sociální práce ve zdravotnictví až do období první světové války, kdy narůstala potřeba sociální práce při řešení problémů, které válka způsobila (Kuzníková, 2011). V roce 1918 to byli právě sociální pracovníci v nemocničním prostředí, jak popisuje autorka, kteří zformovali vůbec první profesní organizaci sociální práce u nás, a současně tento rok s sebou přinesl i vznik škol sociální práce v České republice (Kuzníková, 2011).

Významným impulzem pro další vývoj sociální práce bylo období po roce 1968, ve kterém se objevovaly snahy o propojení sociální práce a zdravotnictví a rok 1973, ve kterém se Společnost sociálních pracovníků změnila v sekci sociálních pracovníků, jenž se stala součástí České lékařské společnosti J. E. Purkyně (Šiklová, 2001).

Následujících třicet let převládalo dogma neexistence sociálních problémů, přesto 70. léta přinesla významnou Metodiku sociální práce ve zdravotnictví Vlasty Brablcové, jež zdůrazňovala význam sociální práce ve zdravotnictví v kontextu prostředí klienta (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) dále zmiňuje období po roce 1989, spjaté, mimo jiné, s pokusy o právní definování sociální práce a s návrhem zákona o sociální pomoci, ve kterém byl termín sociální práce definován jako metoda sociální pomoci. Profesionalizaci oboru u nás pak výrazně podpořil vznik minimálních standardů vzdělávání v sociální práci v roce 1993 (Kuzníková, 2011).

V roce 1996 definovala konference o profesním profilu sociální práce v České republice sociálního pracovníka jako profesionála, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení problémů, předchází jejich vzniku či vyhocení, a jež sociální práci pojímá jako službu klientům, charakterizovanou pojmy pomoc, podpora a provázení (Chytil, 2000).

V roce 2008 vypracovala Zdravotně sociální sekce profesní organizace České asociace sester tzv. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních, jenž je pokusem o sjednocení pracovních postupů sociální práce ve zdravotnictví (Kuzníková, 2011).

Pediatric se na sociální problematiku zaměřila na začátku 21. století, jak zmiňuje Velemínský (2005). Vedle protidrogové prevence, prevence úrazů a rizikového chování dospívajících dětí, byla pozornost věnována speciálně pedagogické problematice, implementaci Úmluvy o právech dítěte i preventivním vyšetřením v souvislosti s problematikou životního stylu dětí (Velemínský, 2005).

Poptávka po službách zdravotně sociální péče se v současnosti zvyšuje v celé Evropě a důvodem jsou jak demografické změny, tak značný nárůst počtu starších lidí v populaci, signifikantní přibývání nemocí souvisejících se způsobem života, pokročilejší technologie a stále náročnější, kritičtější veřejnost (Kutnohorská, 2011).

Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnic, jež by řešili a uspokojovali psycho-sociální potřeby klientů/pacientů je, jak uvádí Kuzníková (2011), ve všech vyspělých zemích zřejmá.

1.2.2 Legislativa sociální práce ve zdravotnictví

Proces rozvoje profese sociální práce v rezortu zdravotnictví je ovlivňován i legislativními normami: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (v pozdějším znění),

podporován snahami organizací sdružujících sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky (Společnost sociálních pracovníků ČR, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Rada pro rozvoj sociální práce, Česká asociace sester – sekce zdravotně sociální) (Kuzníková, 2011).

Ve zdravotnických zařízeních, jak popisuje Matoušek (2003a), pracují zdravotně sociální a sociální pracovníci, jejichž rozlišení zavedl právě výše zmíněný zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Zdravotně sociální pracovníci tak, kromě vyšších odborných škol nebo univerzitních programů, prošli ještě kvalifikačním kurzem pro zdravotně sociální pracovníky (Matoušek, 2003a).

Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka v České republice je dle §10 zákona č. 96/2004 Sb. považována činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče, a dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

Zdravotně sociální pracovník byl zařazen mezi nelékařská zdravotnická povolání a legislativa přesně vymezuje činnosti tohoto pracovníka, avšak neklade jako prioritní podmínku získání vzdělání v oboru sociální práce tak, jak je vymezuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a minimální standardy vzdělávání v sociální práci (Kuzníková, 2011). Reakcí na vzrůstající potřebu kvalifikovaných sociálních pracovníků jsou však snahy o akreditaci nových studijních oborů na univerzitách, doplňuje Kuzníková (2011).

1.3 Sociální pracovník v nemocnici

Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení, jak uvádí Novosad (2000), zahajuje složitý proces zdravotně sociální rehabilitace, vedoucí k udržení reálně dosažitelné kvality života klienta a zároveň působí jako preventivní faktor, jež snižuje možnost opakovaného návratu do zdravotnického zařízení (Novosad, 2000).

Obsahem služeb sociální péče ve zdravotnickém zařízení jsou, podle Kuzníkové (2011), intervence pomáhající odstranit či alespoň mírnit negativní důsledky situace způsobené nemocí, hospitalizací, úmrtím či psycho-sociálně patologickými jevy.

1.3.1 Pracovní náplň sociálního pracovníka v nemocnici

Odbornou činnost v oblasti sociální práce ve zdravotnictví zajišťuje zdravotně sociální pracovník či sociální pracovník nemocnice, jež působí jako pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče, který provádí sociální šetření a sociální poradenství, zabezpečuje sociální agendu, analytickou, metodickou a koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti, vykonává odborné činnosti v zařízeních poskytujících zdravotně sociální péči, včetně prevence a depistážní činnosti, krizové pomoci, poradenství a sociální rehabilitace (Kutnohorská, 2011).

Mezi základní činnosti sociálního pracovníka v nemocnici Kuzníková (2011) řadí řešení situace akutně hospitalizovaných klientů, sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných, sociální prevenci, stanovení sociální anamnézy a prognózy, s cílem reintegrace klienta, a taktéž aplikaci metod sociální práce, mezi něž zejména patří individuální práce s klientem, sociální práce s rodinami, rodinná terapie i skupinová práce a klienty/pacienty a jejich příbuznými. Autorka také zdůrazňuje, že náplň a obsah práce jsou zpracovány každým zdravotnickým pracovištěm individuálně a průběžně aktualizovány (Kuzníková, 2011).

Praktické činnosti sociálního pracovníka v nemocnici by měly, podle Kuzníkové (2011), vycházet s důkladné sociální anamnézy, díky které následně sociální pracovník volí pracovní postupy v souladu s vybranou metodou a teoretickým konceptem, který se jeví v dané situaci klienta (jednotlivce, rodiny, skupiny, komunity) jako nejvhodnější k řešení (např. úkolový přístup, psychosociální přístup, podpora sociálního fungování, práce na adaptaci v souladu s ekologickým přístupem atp.). Mezi základní tematické okruhy činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnictví, jež zahrnují intervence zásadní pro výkon profese, lze, podle Kuzníkové (2011), vyjmenovat psychosociální podporu, edukaci, poradenství a komunikaci.

Konkrétně jsou činnosti zdravotně sociálního pracovníka rozpracovány vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění (vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění).

1.3.2 Osobnost a profesionalita sociálního pracovníka v nemocnici

Sociální pracovníci se podílejí na rozhodnutích o závažných změnách v životě lidí, a tato rozhodnutí mohou výrazně ovlivnit kvalitu života jednotlivců, rodin i skupin osob (Michalík, 2007). Autor je přesvědčen o nezbytnosti vysokého stupně profesionality sociálních pracovníků, neboť mají rozhodující vliv na efektivitu systémů státní sociální podpory, sociální péče a služeb i mnoha dalších (Michalík, 2007).

Za důležitou schopnost sociálního pracovníka považuje Kuzníková (2011) vymezení hranic ve vztahu s klientem, a jak uvádí Kopřiva (2006) do té míry, aby nedocházelo k přebírání problémů klienta za své a nedošlo k narušení pomáhajícího procesu.

Další nutnou dovedností zdravotně sociálních pracovníků je podle Kuzníkové (2011) komunikace a technika pozorování, dále vyjmenovává také znalost Všeobecné deklarace lidských práv, práv pacientů a hospitalizovaných dětí (Kuzníková, 2011).

Předpokladem pro zrání osobnosti sociálního pracovníka je, jak uvádí Kuzníková (2011), sebevzdělávání, supervize a rovněž i sledování vývoje teorií, metod a technik sociální práce. Pokud se však osobnost s danou profesí neztotožní a vykonává ji stereotypně, je to klasifikováno jako neprofesionální odosobnění (Hetka, 2006).

Aby zdravotně sociální pracovníci byli skutečnými profesionály, potřebují mít, kromě znalostí a vzdělání, celou řadu osobnostních vlastností, dovedností a schopností, které lze zjednodušeně jedním slovem označit za „etické“ (Kutnohorská, 2011).

1.3.3 Etika sociálního pracovníka v nemocnici

Zdravotně sociální práce je, podle Kutnohorské (2011), založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech z toho vyplývajících. Zdravotně sociální pracovníci chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu i blaho každého člověka, což s sebou nese i respektování práva na sebeurčení, podpora práva na participaci, jednání s každým člověkem jako s celostní bytostí a rozvinutí silných stránek klienta (Kutnohorská, 2011).

Vztah sociálního pracovníka ke klientovi, jak popisuje Kutnohorská (2011), je podmíněn jeho osobními hodnotami, hodnotami profese, dané společnosti i systémem hodnot klienta samotného. Kutnohorská (2011) také upozorňuje na to, že podstatné pro sociální pracovníky je sdílení společného hodnotového systému, podle kterého je určována náplň sociální práce, použité metody sociální práce a především vztah sociálního pracovníka a klienta, jehož základem je prosociální komunikace, vycházející z obecných zásad a pravidel jednání s klientem, individualizovaná a eticky vedená.

I Jankovský (2008) považuje prosociální chování a jednání za základní předpoklad pro výkon všech pomáhajících profesí. Projevuje se mj. pozitivním vztahem vůči lidem a spontánní ochotou jim pomáhat, jak zmiňuje, a dále dodává, že takoví lidé disponují empatií, chápou vztahy a souvislosti, smysluplně komunikují a mívají vlastnosti potřebné v mezilidských vztazích, tedy slušnost, trpělivost, porozumění, odpovědnost a toleranci (Jankovský, 2008).

Rámcově etické principy sociální práce, jež by si měl přijmout za své každý sociální pracovník, určují Etické normy v ošetrovatelském povolání, ICN Code of Ethics for Nurses: Ethical Concepts Applied to Nursing a Mezinárodní etický kodex sociální práce, jenž byl jako Etický kodex sociálních pracovníků v České Republice vydán v roce 1995 a revidován naposledy v roce 2006 (Kutnohorská, 2011).

1.3.4 Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu

Komplexnost péče v medicíně dnes vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého beze sporu patří i zdravotně sociální pracovník (Kuzníková, 2011). Autorka je také přesvědčena o tom, že týmová práce je předpokladem úspěšné pomoci klientovi a z pohledu sociální práce zahrnuje funkční propojení spolupráce mezi sociálním pracovníkem, klientem a jeho rodinou, fyzickými a právními osobami, organizacemi mimo zdravotnické zařízení a samotnými členy interdisciplinárního týmu, a také zastává názor, že míra spolupráce sociálních pracovníků v nemocnicích se odvíjí od systému práce a vymezení náplně práce v dané organizaci (Kuzníková, 2011).

Spolupráci v interdisciplinárním týmu vymezuje Beder (2006) jako komplexní a dynamický proces dvou a více pracovníků, jež poskytují pomoc a služby klientům

i členům rodiny klienta. K tomu Solheim (2007) zdůrazňuje nezastupitelnou roli sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu jako koordinátora činností i cílů týmu a manažera, který organizuje činnost týmu a spolupráci s profesemi vně organizace. Součástí koordinační činnosti sociálního pracovníka je, podle Solheima (2007), zapojení sítě klienta do léčebného procesu a do zdravotně sociální rehabilitace. Autor dále poukazuje na to, že hlavními hnacími silami týmové práce jsou členové týmu, jeho poslání i vedení týmu (Solheim, 2007).

Podle Marka (2001) by měl být sociální pracovník lékaři vnímán jako znalec problematiky sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti akutní i následné péče a dlouhodobé péče ústavní či terénní.

Badawi (1990) hovoří o potřebě respektování sociálního pracovníka v rezortu zdravotnictví a o důležitosti pocitu sounáležitosti s ostatními profesionály spolupracujících oborů, a přitom zdůrazňuje důležitost participace sociálního pracovníka na vytváření dobrých pracovních vztahů a zajišťování své jasné pozice ve zdravotnickém zařízení.

1.3.5 Zdraví sociálního pracovníka v nemocnici

Práce ve zdravotnictví představuje značnou psychickou i fyzickou zátěž a pracovníci ve zdravotnictví, jak popisuje Kebza (2012), patří mezi profese významně ohrožené stresem a syndromem vyhoření, jež významně ovlivňuje nejen samotné pracovníky, ale má také významný vliv na kvalitu jejich práce a přístup k pacientům.

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem, i určitými operačními aspekty prováděného úkolu (Kebza, 2012).

Pracovní stres může být klasifikován do několika kategorií:

- problémy související s rolí, které jedinec zastává (konflikty rolí),
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost),
- organizace práce (nejasné vymezení kompetencí, odpovědnosti a komunikace),
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace),
- fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce) (Kebza, 2005).

Syndrom vyhoření, jež se často dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres, představuje u lékařských a zdravotnických profesí zcela jednoznačně závažný jev, kterému je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost nejen z důvodu nutnosti péče o zdravotníky samotné, ale také z důvodu závažných souvislostí mezi psychickým stavem a pohodou lékaře i zdravotníků, a kvalitou péče o pacienta (Kebza, 2012).

Pro předcházení i zvládnutí syndromu vyhoření je, podle Paulínové (1998), třeba radovat se z darů života, těšit se z maličkostí, aktivně vyhledávat, co je dobré, ujasňovat si priority života, vědomě posilovat pozitivní myšlenky a smysluplnost života.

1.4 Role sociálního pracovníka v nemocnici

*„Jsme vítanou cestou nových informací,
i zlé osoby, které chtějí odebrat děti rodičům.“*

(výrok sociální pracovníce z výzkumu)

1.4.1 Profesionální role pomáhajícího

Každý z nás, jak popisuje Kutnohorská (2011), zaujímá ve svém životě celou řadu rolí, jež jsou utvářeny životními zkušenostmi, etnickým příslušenstvím, sociálním původem, vzděláním a interakcí s vnějším okolím.

Role jsou, jak popisuje Giddens (1999), sociálně definovaná očekávání, jimiž se osoba s určitým statusem nebo sociálním postavením řídí. Profesionální role a její výkon stojí na základě sociální role a je rolí získanou, která se pojí i s tzv. profesionální socializací, jak uvádí Boledovičová (2005), která se odehrává během tzv. sekundární socializace dospělých, kdy si dospělý jedinec rozvíjí nová pravidla a příslušné vzorce chování pro svůj „post“.

Watson (2005) se zmiňuje o profesionální socializaci jako o procesu, ve kterém se hodnoty a normy stávají vnitřní součástí individua, a ve kterém se vyžadují vědomosti, dovednosti a postoje charakteristické pro danou profesi. Shodně s touto definicí Matoušek (2008) vymezuje roli jako standardy „*chování, očekávané od jedince v určité*

sociální pozici, které určují kdy, kde a co má vykonat“, či Geist (2000), který sociální roli popisuje jako „*komplex sociálního chování, které je očekáváno v určité sociální pozici, a jež je této pozici (a tím i roli) připisováno příslušným sociálním útvarem, kulturou atp., ve smyslu sociální normy*“.

Buriánek (2001) pohlíží na role jako na funkční vzorce chování člověka v určité pozici či situaci, které odrážejí očekávání ostatních členů společnosti, avšak v jisté míře je dána možnost jejich výběru a individuálního pojetí.

Svět sociálních rolí je, podle Urbana (2011), světem vzájemných očekávání a individuálních životních zkušeností. Géringová (2011) se domnívá, že pomáhající se při výkonu svého povolání pohybuje v roli, jež má svá jasná pravidla a jasná očekávání.

1.4.2 Vymezení role sociálního pracovníka v nemocnici

Podle Arnoldové (2004), sociální pracovníci vykonávají při své profesionální činnosti řadu rolí, které se vzájemně prolínají. Povaha různých rolí sociálního pracovníka je odvíjí od typu jeho činnosti, a tak v praxi mohou jednotlivé typy přístupu převládat podle požadované pracovní náplně, charakteru zařízení, stylu vedení organizace, cílů a prostředků jejího programu (Arnoldová, 2004).

Profesní role sociálních pracovníků ve zdravotnictví je, dle Kutnohorské (2011), dána tím, že fungují jako prostředníci mezi společností a klientem, jenž potřebuje z různých důvodů pomoc. Úlohou sociálního pracovníka je pomoc a podpora klienta, případně jeho začlenění zpět do společnosti (Kutnohorská, 2011).

V rámci interdisciplinární spolupráce má sociální pracovník, podle Kuzníkové (2011), v nemocnici nezastupitelnou roli koordinátora činnosti týmu, roli spolupracovníka s profesemi vně organizace a zastává i další role, např. role poradce (zejména poskytování sociálně-právního poradenství), koordinátora služeb i prostředníka (spolupráce s rodinou klienta, s jinými institucemi a odborníky).

Podle Navrátila (2001) může také docházet k tzv. konfliktu rolí, jež nastává v případech, že se jednotlivé role vzájemně neslučují, nebo pokud vznikne nesoulad mezi rolí, chováním a očekáváním nositelů role vzhledem k očekávání ostatních lidí.

1.4.3 Vymezení role sociálního pracovníka podle Řezníčka

Při své profesní činnosti, jak uvádí Řezníček (1994), vykonávají sociální pracovníci několik následujících vzájemně se prolínajících rolí: sociální pracovník jako pečovatel nebo poskytovatel, zprostředkovatel služeb, učitel sociální adaptace, poradce nebo terapeut, případový i personální manažer, manažer pracovní náplně v zařízení, administrátor. Autor je přesvědčen o tom, že čistou formu těchto rolí v praxi zřejmě nelze nalézt (Řezníček, 1994).

1.5 Přístupy sociální práce ke klientovi v nemocnici

1.5.1 Počáteční kontakt sociálního pracovníka s nemocným

Podle Úlehly (2007) je klientem ten, koho do vzájemného setkání se sociálním pracovníkem přivádí žádost nebo přání nalézt pomoc. Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem ve zdravotnickém zařízení může vzniknout, podle Kuzníkové (2011), těmito způsoby:

- pacient sám požádá sociálního pracovníka o pomoc, popř. prostřednictvím zdravotnického personálu nebo díky svým příbuzným,
- sociálního pracovníka osloví lékař či zdravotní sestra, pokud se zdravotnickému personálu pacient jeví jako ten, jenž pomoc sociálního pracovníka potřebuje,
- depistáž, aktivní vyhledávání klientů sociálním pracovníkem (Kuzníková, 2011).

První kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem je, podle Kopřivy (2006), pro společnou spolupráci nesmírně důležitý, neboť zanechává v klientovi velice silný dojem a ovlivňuje kvalitu komunikace i celého rozhovoru, jež bývá základní technikou v práci sociálního pracovníka.

Během rozhovoru, jak dále popisuje Řezníček (1994), sociální pracovník zjišťuje představy klienta o pomoci, dochází k vyjasnění očekávání klienta a možností řešení, k vyjasnění toho, jaké má samotný pracovník kompetence. Sociální pracovník se pak dále zaměřuje na hierarchické rozřazení problémů, aby mohl řešit ty akutní jako první (Úlehla, 2007).

Sociální pracovník v nemocnici, jak uvádí Kuzníková (2011), se denně setkává s klienty hospitalizovanými na jednotlivých odděleních s nemocemi různého charakteru, pracuje s klienty různých povahových rysů a každý z nich své onemocnění či postižení prožívá jinak, od pocitů strachu, obav, vzteku, smutku, pocitů fyzické bolesti i nepříjemných subjektivních pocitů. Autorka také zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu ke každému nemocnému, akceptaci osobnosti klienta a ohled na jeho psychický i fyzický stav (Kuzníková, 2011).

1.5.2 Typologie klientů sociálního pracovníka v nemocnici

Zdravotně sociální pracovník by měl hrát důležitou roli jak v pomoci akutně nemocným klientům a poskytování jim poradenství, zejména při počátku hospitalizace, kdy se nemocný vyrovnává s náhle vzniklou situací, ale taktéž je důležitá pomoc chronickým pacientům/klientům, zaměřená na využití jejich vnitřních zdrojů a možné externí podpory k dosažení co nejlepšího a naplněného života (Kuzníková, 2011).

Nejčastějšími klienty sociálního/zdravotně sociálního pracovníka, jak vyjmenovává Kuzníková (2011), jsou senioři se sníženou soběstačností, onkologicky nemocní, těžce nemocní, klienti klinik gynekologicko-porodnických a novorozeneckých, dětské pacienti, klienti závislí na návykových látkách, komunita, klienti bez domova a klienti poskytující sexuální služby.

Zdravotně sociální pracovník by měl znát problematiku jednotlivých onemocnění a důsledky, které mohou mít jednotlivá onemocnění vliv na psychiku i další sociální život (Kuzníková, 2011). Každá ze skupin klientů má svá zvláštní specifika, jiné problémy, pocity, bolesti i psychosociální potřeby, které by měl umět sociální pracovník rozlišit a volit co nejlepší cestu k řešení klientovy situace (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) si uvědomuje, že nelze hospitalizované klienty striktně kategorizovat a jednat s nimi dle jedné kategorie stále stejným způsobem, přesto se domnívá, že typologizace klientů mohou být velmi užitečné, zejména při volbě metod a technik sociální práce s nemocným a jeho rodinou.

1.5.3 Metody a techniky sociální práce v nemocnici

Způsoby, jimiž sociální pracovník rozvíjí komunikaci, mohou mít samy o sobě již hojivé účinky, pokud dávají klientovi možnost zažít pocit, že jeho vyprávění je bráno vážně, že jeho trápení není podceňováno, že existuje někdo, kdo věří jeho slovům, někdo, kdo mu chce pomoci a nebude mu hned udílet rady, jak a co by měl dělat (Úlehla, 2007).

Základním a rozhodujícím článkem zdravotně sociální práce je, podle Kutnohorské (2011), komunikace s klientem, rozhovor, ať už s jednotlivcem, se skupinou klientů nebo v rámci komunity. Podle toho lze rozeznávat individuální metodu práce (s jednotlivci), skupinovou metodu práce (se skupinou) a práci komunitní (ve větším územním celku) (Kutnohorská, 2011). V praxi se podle Kutnohorské (2011) tyto druhy a metody sociální práce prolínají, avšak jedna z nich dominuje, a jejich úspěšnost řešení daného problému je podmíněna dovednostmi a schopnostmi sociálního pracovníka provést analýzu daného problému a syntézu možných způsobů řešení.

Volba vhodných intervencí sociálního pracovníka ve zdravotnictví je závislá, podle Kuzníkové (2011), i na zdravotním stavu klienta, na jeho sociálním a rodinném zázemí i na jeho dovednostech a teoretických znalostech.

Konkrétní postupy sociálních pracovníků jsou, jak uvádí Kuzníková (2011), odvislé i od klientovy problémové situace a služeb, které jsou v rámci daného zařízení poskytovány, a také od času, po který se sociální pracovníci mohou klientům věnovat (např. doba pobytu klienta v nemocnici).

Za výchozí lze ve zdravotnictví považovat sociální práci s jednotlivci, svou nezastupitelnou pozici při intervencích sociální práce s dětmi a dospívajícími má sociální práce s rodinou a v menším měřítku je ve zdravotnictví využívána sociální práce se skupinami a komunitami (Kuzníková, 2011).

1.6 Dítě v nemocnici

„Uspokojování potřeb dítěte patří k nejdůležitějším požadavkům péče o dítě poskytované kýmkoli a kdekoli.“

(Nádaská, 2006)

1.6.1 Dítě a jeho vývoj

Dětství chápeme podle Úmluvy o právech dítěte z roku 1989 jako každou lidskou bytost mladší 18ti let (Koblová, 1999), a podle společensky uznaných norem má každé dítě nárok na to, aby mu jeho rodiče zabezpečili základní výživu, oblečení a ubytování, zdravotní péči i přístup ke vzdělání (Možný, 2006).

V každém vývojovém období, jak popisuje Matějček (2001), si dítě osvojuje nové poznatky a zkušenosti, nové pracovní techniky, způsoby myšlení a nazírání, které vždy vyrůstají z poznatků dříve získaných, a není tak tedy lhostejné, jestliže se některé vývojové období přeskočí, zanedbá nebo stimulačně nevyužije. Vývoj dítěte je, podle Kutnohorské (2011), neodmyslitelný bez jeho aktivního podílu, kdy všechny své poznatky a zkušenosti zabudovává do vlastních schémat vidění světa.

Klíčovou úlohu ve vývoji dítěte, jak popisuje Sikorová (2011), hraje několik prvních let života, protože v žádné jiné životní etapě se člověk nevyvíjí tak rychle a není tak závislý na okolí.

Dítě je připraveno růst, vyvíjet se, učit se, poznávat, jeho celá genetická výbava je na startu ke svému naplnění a realizaci, a aby se tak mohlo stát, potřebuje dítě podle Vrtbovské (2010) rodiče, kteří se mu budou plně a správně věnovat. Celkový postoj a vztah rodičů k dítěti se projevuje v každém okamžiku vzájemného kontaktu, a pokud se vše daří, vytváří se pevné pouto mezi dítětem a jeho nejbližším, ideálně rodičem (Vrtbovská, 2010).

Nemoc, zvláště probíhá-li dlouho či chronicky, zatěžuje organismus a může, jak uvádí Matějček a Dytrych (2002), rušivě zasáhnout do sledu vývojových fází dítěte a ohrozit tak dosažení těch vývojových cílů, které každé období má. Jak zmiňuje Špatenková (2004), nemoc dítěte je jednou ze situací, které mohou vyvolat krizi,

a Nešpor (2003) nepochybuje o tom, že i velmi malé děti mohou být silnou bolestí psychicky zraňováni a může se tak zvyšovat jeho citlivost k bolesti v pozdějším životě.

Nejzávažnější celoživotní důsledky, jak popisuje Kutnohorská (2011), mají poruchy vzniklé v prvních pěti až šesti letech života dítěte, kdy si dítě buduje základy emočních postojů a základní směry způsobů uspokojování svých potřeb.

1.6.2 Potřeby dítěte

Uspokojování potřeb dítěte patří k nejdůležitějším požadavkům péče o dítě poskytované kýmkoliv a kdekoliv, jak se domnívá Dunovský (1999), a zároveň je podle něj potřeba respektovat daný stav a stupeň vývoje dítěte, situaci, v níž se dítě nachází, i prostředí, jímž je obklopeno a jež na dítě působí. Potřeby dítěte se tak stávají požadavky na péči o ně a určují nároky na toho, kdo péči poskytuje (Dunovský, 1999).

K důležitým potřebám dítěte, jak uvádí Čechová (2004), patří:

- potřeba citového vztahu s dospělým
- potřeba slyšet lidskou řeč od prvních dnů života a při každé činnosti s dítětem
- potřeba stimulace k psychomotorickému rozvoji
- potřeba činnosti a orientace v prostředí
- potřeba sociálního kontaktu, vytváření očního kontaktu, oslovování jménem
- potřeba klidného spánku
- potřeba tišení bolesti
- potřeba fyzického kontaktu prostřednictvím doteků

Všechny děti – zdravé či nemocné – mají většinu potřeb společných, ať už tělesných či psychických, a musí být naplňovány tak, aby vývoj dětí odpovídal maximálním možnostem (Sikorová, 2011).

V době nemoci dítě nepřestává mít stejné potřeby, jako mělo v době plného zdraví, avšak mění se jejich naléhavost a důležitost jejich uspokojení (Šamánková, 2011).

1.6.3 Dítě a nemoc

Dětství je v našich představách obyčejně spojeno s radostí, vitalitou, elánem a nemoc zdá se být něčím, co by do světa dětí nemělo patřit, natož nemoc vážná (Šamánková, 2011). Navzdory všem našim přáním jsou však některé děti, jak zmiňuje Šamánková (2011), chronicky nemocné, zdravotně postižené, velmi vážně nemocné i takové, které umírají.

Osobnost každého dítěte, ve zdraví i v nemoci, je, podle Matějčka a Dytrycha (2002), stejně individuální, svébytná a jedinečná jako osobnost dospělého člověka.

Máme-li s takto různými a jedinečnými dětmi dosáhnout téhož cíle, tj. co nejlepšího tělesného a duševního stavu, musíme s nimi, jak uvádí Matějček a Dytrych (2002), také zacházet individuálně a jedinečně, musíme je dobře znát a svou péčí přizpůsobit jejich individuálním potřebám. Je spousta nemocí, které mohou dítě postihnout – a každá s nich vnáší do života dítěte – do jeho života – nějaké zvláštní, specifické, větší nebo menší zátěže, dodávají oba autoři (Matějček, Dytrych, 2002).

1.6.4 Hospitalizace dítěte

Dítě nevytrhne z jeho navyklého životního rytmu jen pouhá nemoc, ale také přijetí do nemocnice, tedy do zcela neznámého prostředí (Goebel, 2012). Někdy se dítě v nemocnici ocitne velice rychle, aniž je na to rodiče stačí připravit. (Šimůnková, 2010).

Nemocnice je místem, kam by, podle Matějčka (2001), měly být přijímány děti zpravidla jen v těch případech, kdy není dobře možná nebo účelná léčba ambulantní, a dítěti se tak dostává odborné lékařské a ošetrovatelské péče v nemocnici, kde je pod stálým dohledem a v případě potřeby je pomoc vždy po ruce.

Podle Křivohlavého (2002), by měla být brána v potaz i skutečnost, že dítě si do nemocnice přináší nejen svou momentální zdravotnickou problematiku, ale i fobie, které nashromáždilo v předcházejících letech, např. z toho, co slyšelo, případně vidělo.

Pokud v důsledku špatného přizpůsobení se pobytu v nemocnici dochází k celému souboru změn chování, hovoříme o hospitalismu, jak zmiňuje Čechová (2004). Prevence hospitalismu je jeden z velmi důležitých a dá se říci i významných úkolů

současné medicíny a spočívá ve správné realizaci léčebně ochranného a v dnešní době tak potřebného, humanizovaného nemocničního režimu (Zacharová, 2007).

Nemoc je v životě dítěte a jeho rodiny, zvláště pak, musí-li být hospitalizováno, velkou zátěžovou situací, jak zmiňují Marková a Šlenkrťová (2008). V případě, že se v nemocnicích setkáváme s dětskými pacienty, je třeba zajistit komplexnost zdravotní péče v medicínských oborech, jež vyžaduje propojení spolupráce členů odborného týmu, do kterého neodmyslitelně patří i sociální a zdravotně sociální pracovníci (Marková a Šlenkrťová, 2008).

Hospitalizace dítěte se dotýká každého člena rodiny, a proto je důležité dokázat pochopit změny v jejich chování i konání a povzbuzovat rodinu k aktivní účasti na léčbě, a zajistit tak rodičům pocit důvěry ke zdravotnickému týmu (Plevová, 2010). V této výjimečné situaci, jak dále uvádí Goebel (2012), se všechny dojmy vtisknou do dětské duše mnohem hlouběji než obvykle a k zamezení škod způsobených hospitalizací je třeba velké starostlivosti a lásky. Příznivě působí návštěvy, poskytující nemocným dětem citové uspokojení ze styku se známými osobami a zbavují je pocitu opuštěnosti (Matějček, 2001). Jedním z nejpřirozenějších zdrojů zvládnutí zátěže je pro dítě, jak popisuje Mareš (2001), sociální opora poskytovaná rodiči.

1.6.5 Práva dětí v nemocnici

Charta práv dětí v nemocnici (viz Příloha č. 1) byla v České republice vyhlášena v létě roku 1993 a je etickým kodexem, jehož předlohou se staly analogické anglické dokumenty a Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena v roce 1988 na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech (Sedlářová, 2008).

Účelem charty, jak popisuje Heřmanová (2012), je zajistit dětem lékařskou a ošetrovatelskou péči v prostředí, které odpovídá specifickým psychosociálním potřebám dítěte a za podpory osob blízkých dítěti, a pokud to stav dovoluje, měla by se upřednostňovat léčba v domácím prostředí a ambulantní péče.

Podle Špatenkové (2009) je třeba si uvědomit, že dobrá spolupráce s rodinou je nutným předpokladem pro naplňování Úmluvy o právech dítěte a Charty práv dětí v nemocnici.

1.7 Sociální práce s dětmi a rodinou v nemocnici

Rodina odedávna a především, jak uvádí Matoušek (2003b), existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti, jež se v rodině učí mnoha dovednostem. Stálá přítomnost vysoce citově angažovaných rodičů je považována za nepostradatelnou podmínku zdravého duševního i tělesného vývoje dítěte (Matoušek, 2003b).

Nemoc dítěte je pro rodiče samotné zátěžovou situací, neboť nemoc svého dítěte a s ní spojené bolesti svébytně prožívají, interpretují, hodnotí a navíc, jde-li o vážnou nemoc, sami rodiče by potřebovali pomoc (Plevová, 2010).

Neodmyslitelnou součástí zdravotně sociální práce je proto pomáhat potřebným dětem a jejich nejbližším, uvádí Kutnohorská (2011). V pozornosti zdravotně sociálních pracovníků jsou ti, kteří se nachází v nepříznivé sociální, tedy zátěžové situaci, a nejsou často schopni zajistit a uspokojit svoje základní životní potřeby (Kutnohorská, 2011).

Sociální práce s rodinou se u nás vyvinula z rodinné terapie, z níž čerpá některé techniky práce s klientem, avšak je samostatnou disciplínou oddělitelnou od rodinné terapie, jak uvádí Kratochvíl (2006). Potýká-li se rodina s problémy, kvalifikovanými jako porucha, využívá se pro řešení klientových problémů terapií a činností spojených s výkonem terapeuta, pracujeme-li s problémem, jsme v pozici sociálního pracovníka vykonávajícího sociální práci (Kratochvíl, 2006).

Sedlářová (2008) popisuje nový systém péče o hospitalizované dítě vzniklý ve Velké Británii, vycházející z principů Family Centres Care – péče zaměřené na celou rodinu, ne jen na samotné dítě. Tento systém vychází z přesvědčení, že rodiče jsou pro dítě základním nenahraditelným zdrojem jistoty a bezpečí, nejlépe je znají a mohou tak reagovat nejlépe na jeho měnící se potřeby a stávají se vítanými spolupracovníky pracovníků nemocnice (Sedlářová, 2008).

1.7.1 Přístupy využitelné v sociální práci s dítětem a jeho rodinou

S rodinou jako klientem ve zdravotnictví, jak zmiňuje Matoušek (2003b), se může sociální pracovník setkávat v rámci jednání s celou rodinou, její částí (rodič-dítě), s dospělým členem rodiny, s dítětem, se členem rodiny zasaženým akutní či chronickou

událostí. Významnou roli také sehrává, zda je daná nemoc/porucha vrozená či získaná (Matoušek, 2003b).

Předmětem pozornosti sociálních pracovníků se stávají zejména tzv. zlomové úkoly, které nastávají v situacích, kdy se život rodiny odchýlí od průběhu událostí, které by členové rodiny vnímali jako žádoucí, např. narodí se dítě s postižením, závažné onemocnění či úraz dítěte (Musil, 2008).

Zlomové úkoly, jež v těchto situacích před rodinami vyvstávají, bývají mnohdy, jak popisuje Musil (2008), mimořádně náročné a pravděpodobně jen nemnohé rodiny je dokáží zvládnout bez pomoci zvenčí.

Sociální pracovníci se ve zdravotnictví jen ojediněle setkávají s celou rodinou jakožto klientem, např. v situacích hromadných nehod či přírodních katastrof (Kuzníková, 2011). Nejčastějším klientem sociálního pracovníka ve zdravotnictví je matka s dítětem – matka jako rodička či matka jako doprovod dítěte (např. při akutní či chronické nemoci dítěte, operativním zákroku) (Kuzníková, 2011).

Zvýšenou pozornost v rámci praxe sociálních pracovníků ve zdravotnictví budí též nezletilé dítě, zejména mladšího školního věku (Kuzníková, 2011). Jak zmiňuje Jarošová (2007), vždy musí být posouzen tzv. assessment, tedy klientova životní situace v rámci rodinného systému a posouzeny jeho potřeby.

V rámci sociální práce s rodinou v oblasti zdravotnictví se podle Kuzníkové (2011) jeví jako nejvíce využitelný systemický přístup, založený na interakci klientů a jejich prostředí, a antiopresivní přístupy neboli antidiskriminující přístupy, namířené proti znevýhodnění a utlačování. Sociální pracovník v rámci uvedených přístupů klade důraz na klienta jako na klíčovou osobu v pomáhajícím procesu a při řešení jeho obtížné situace spolupracuje primárně s jeho rodinou (Kuzníková, 2011).

Mezi klíčové úkoly sociálního pracovníka patří také pomoc rodině využívat zdroje (dávky a služby), nabízené programy sociální pomoci a další programy sociálního zabezpečení (Musil, 2008). Dalším úkolem, jak dále zmiňuje Musil (2008), je pomoci rodině na tyto zdroje dosáhnout a najít také takový způsob jejich využití, který by byl, z hlediska sociálního prostředí i z hlediska klienta, účinný.

Významnou oblastí působnosti sociálního pracovníka v péči o děti ve zdravotnictví je sociální pediatrie, v rámci které sociální pracovník řeší syndrom CAN, náhradní rodinou péči, děti v ústavní péči, specifické poruchy dětí, děti s postižením, nezájem o dítě, i smrt dítěte (Kuzníková, 2011).

Zdravotně sociální pracovníci musí, podle Kutnohorské (2011), ve své práci vycházet z důkladné komplexní anamnézy a z posouzení dosavadního vývoje a chování dítěte i jeho rodičů.

Anamnéza je pak podkladem pro stanovení zdravotně sociální diagnózy, jíž rozumíme zhodnocení současné situace dítěte na úrovni jeho somatického, psychického a sociálního zdraví (Kutnohorská, 2011).

Zdravotně sociální diagnóza, jak vysvětluje dále Kutnohorská (2011), bývá podkladem pro sociální terapii, tedy soubor opatření zdravotnických, psychologických, sociálních, právních, ekonomických a dalších, které směřují ku prospěchu dítěte. Dále Kutnohorská (2011) zdůrazňuje, že pro správné stanovení zdravotně sociální anamnézy, diagnózy a pro nejvhodnější řešení problému je velice důležitá komunikace s rodinou dítěte.

1.7.2 Komunikace s dětským pacientem a jeho rodinou

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická, neboť je podmíněna věkem a řečovými predispozicemi, zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění, intenzitou klinických příznaků a navíc ji ovlivňuje i momentální prožívání a psychický stav dítěte (Plevová, 2010). Autorka se také domnívá, že předpokladem úspěšné komunikace s dítětem je důkladná znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období od narození dítěte až po období adolescence (Plevová, 2010). Aktivní komunikaci s hospitalizovaným dítětem považuje Boledovičová (2006) za základní předpoklad úspěšně poskytované péče. Čechová (2003) upozorňuje také na skutečnost, že v komunikaci záleží i na tom, zda je dítě přijímáno akutně pro náhle vzniklé onemocnění či úraz, nebo zda jde o plánované přijetí k vyšetření či k operaci.

Komunikace s dítětem a jeho rodiči, jak popisuje Matějček (2001), vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti, schopnosti naslouchat, i profesionální vystupování. Pro komunikaci s nemocným dítětem platí dvojnásobně, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem, a zvláště pak srdcem (Matějček, 2001).

Opakované a srozumitelné informace jsou, podle Sedlářové (2008), pro dítě a jeho rodinu základní potřebou. Čím lépe se lidé v situaci orientují, tím lépe se na ni mohou připravit a následně ji řešit (Sedlářová, 2008).

1.7.3 Sociální práce v zájmu dítěte

Jak uvádí Matějček a Dytrych (2002), každé dítě reaguje na své onemocnění trochu jinak - a trochu jinak reagují i lidé kolem něho, jejich projevy, postoje, úzkosti a nejistota, či naopak optimismus a klidná sebedůvěra, vědomosti a zkušenosti, to vše se vrací k dítěti zpět a ovlivňuje jeho náladu, prožitky a duševní rozpoložení. Matějček s Dytrychem (2002) poukazují na to, aby tento vliv prostředí na nemocné dítě nebo dítě s jakýmkoliv postižením nebyl rušivý, ale uklidňující, povzbudivý, tedy léčebný.

S ohledem na klíčovou důležitost rodiny při léčbě nemocného dítěte a zároveň na zátěž, jež výskyt nemoci dítěte v rodině způsobuje, je pro pracovníky v nemocnici důležitá úzká a účelná spolupráce s rodinou v zájmu dítěte (Plevová, 2010).

Rodiče, jejichž energie je blokována bolestí a pocitem bezmoci, mohou účelnou činností ve prospěch dítěte tuto energii uvolnit, přetavit bolest v sílu pozitivní a tvořivou, k tomu ovšem potřebují také asistenci pracovníků pomáhajících profesí Špatenková (2011)

Neboť problémy, jež sociální pracovník ve zdravotnictví řeší, jsou komplexního a multidisciplinárního charakteru (Kutnohorská, 2011), odvíjí se kvalita poskytované péče od kvality komunikace mezi všemi zúčastněnými odborníky a rodiči, a také od úrovně jejich vzájemné kooperace, je přesvědčen Jankovský (2008).

Vše, co se v rámci odborného týmu odehrává, by se mělo dít, jak zmiňuje Jankovský (2008), v zájmu dítěte, které je tak veškerému dění, jež můžeme označit

jako kruhovou péči, určitým způsobem nadřazeno. Kruh, jak vysvětluje Jankovský (2008), symbolizuje rovnocennou pozici všech členů pracovního týmu, včetně rodičů.

Vysoká profesionální úroveň odborných pracovníků souvisí, podle Jankovského (2008), s potřebným lidským rozměrem poskytované péče i s osobní odpovědností každého odborníka za svou činnost v rámci týmu. Rozhodování podle nejlepšího zájmu dítěte je rozhodováním o kvalitě jeho života, uvádějí Beauchamp a Childress (2009). Podle obou autorů musí osoba rozhodující ve jménu dítěte z nabízených možností vybrat tu, která přinese dítěti největší užitek, a přitom je nutné posoudit dobro i rizika každého navrhovaného opatření, a zvolené řešení by mělo znamenat největší přínos, s co nejmenším množstvím rizik (Beauchamp a Childress, 2009).

1.7.4 Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte

Nemoci s malou nadějí na uzdravení dítěte, tedy ty, jež jsou zvláště závažné a nebezpečné, s dramatickým průběhem a s výkyvy k lepšímu, jindy k horšímu, s větší nebo menší nadějí na vyléčení, končící někdy nevyhnutelně úmrtím dítěte, postihují psychicky především rodiče dítěte (Matějček, Dytrych, 2002).

V situaci, jak popisuje Matějček (2001), kdy je život dítěte ohrožen, ať již akutně či v delší časové perspektivě, prožívají rodičů i další citově angažované osoby otřes, šok a ohromení z prvotní situace, reakce zoufalství, beznaděje a akutního smutku, dále následují obrané reakce, jež mají podobu popření skutečnosti, hledání viny i sebeobviňování, mnohdy s agresivním vyhrocením a postupně dochází k přijímání reality a její zpracovávání. Lékaři a další pracovníci ve zdravotnictví musí životní situaci těchto lidí respektovat a své chování, jednání a přímou komunikaci s nimi taktně přizpůsobit uvedeným fázím jejich prožívání (Matějček, 2001).

Dle Jankovského (2008), péče rodiny o dítě se zdravotním postižením nebo s vážnou nemocí se bezpochyby promítne do hodnotové orientace rodiny, dokáže život určitým způsobem obohatit, může být i svorníkem pro celou rodinu, ale jedná se však o značnou zátěž pro rodinu i odborný pečující personál.

Zejména závažná a dlouhodobá či trvalá onemocnění a postižení se dotýkají i potřeb rodinných příslušníků i nejbližších osob, i oni potřebují zažívat a vědět:

- že pro jejich nemocného blízkého je někde vhodné a dobré místo,
- že dostanou informace, které potřebují a mají na ně právo,
- že i oni sami mají právo na podporu při péči a potřebují vědět, kam se obrátit,
- a jak nalézt ve zmatku a chaosu, který onemocnění do rodiny přineslo, řád a strukturu (Šamánková, 2011).

Zapojení rodičů do péče o své nemocné děti a získání dovedností v péči o ně je klíčové pro pobyt těchto dětí doma (Ptáček, 2011).

Úkolem odborníků je, podle Krejčířové (2006), poskytovat rodinám pomoc takovým způsobem, který bude posilovat jejich vlastní resilienci (nezdolnost) a ideální adaptace rodiny bude znamenat uspořádání rodinného života tak, aby splňoval potřeby nemocného nebo postiženého dítěte i všech ostatních členů rodiny.

Desatero hospitalizovaného dítěte,

které, ač staré, je morálně stále velmi aktuální a vystihuje holistický přístup k dítěti (Krák, 1991):

1. *Měj ke mně úctu jako k člověku.*
2. *Zajímej se o mě upřímně.*
3. *Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.*
4. *Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.*
5. *Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.*
6. *Věnuj mi vřelý lidský vztah.*
7. *Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.*
8. *Nauč mě něco nového.*
9. *Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.*
10. *Zkus vidět situaci mýma očima.*

2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě.

Dílčí cíle:

1. Zjistit subjektivní vnímání role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě z pohledu samotného sociálního pracovníka.
2. Zjistit, jaký cíl má výkon sociální práce v péči o hospitalizované dítě dosáhnout.
3. Zmapovat, jaké postavení má sociální pracovník v rámci péče o hospitalizované dítě ve zdravotnickém týmu.
4. Zjistit, jaké metody a techniky sociální práce nejčastěji využívá sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě.

2.2 Hypotézy práce

Vzhledem k realizovanému kvalitativnímu výzkumu budou hypotézy stanoveny v závěru diplomové práce.

3. Metodika

3.1 Operacionalizace pojmů

a) Hospitalizované dítě

Hospitalizované dítě je dítě přijímané do nemocnice a to, podle Matějčka (2001), zpravidla jen v těch případech, kdy není dobře možná nebo účelná léčba ambulantní, a dítěti se tak dostává odborné lékařské a ošetrovatelské péče v nemocnici, kde je pod stálým dohledem a v případě potřeby je pomoc vždy po ruce.

Mezi hospitalizované děti jsou řazeny i děti hospitalizované v nemocnici nejen pro úraz či nemoc, ale i děti narozené.

b) Sociální pracovník v nemocnici

V rámci realizovaného výzkumu je v této diplomové práci pod užívaný pojem sociální pracovník zařazena jak pozice sociálního pracovníka v nemocnici, tak pozice zdravotně sociálního pracovníka, který kromě vyšších odborných škol nebo univerzitních programů, prošel ještě kvalifikačním kurzem pro zdravotně sociální pracovníky. Oba typy – tedy sociální i zdravotně sociální pracovník je přímo zaměstnáván nemocnicí.

c) Role sociálního pracovníka

V sociální práci má velký význam tzv. teorie rolí, za jejíž zakladatele jsou považováni G. H. Mead a R. Linton (Navrátil, 2001). Základem teorie se, dle Navrátila (2001), stal předpoklad, že lidé ve společnosti zastávají určité sociální pozice. Podle Černouškové (1989), je sociální pozicí určité postavení jednotlivců ve struktuře sociálních vazeb, kdy každé pozici jsou společností připsána určitá práva a povinnosti, z pozice vyplývající a na ni navazující. Jestliže je člověk držitelem této pozice, musí jim být, podle Černouškové (1989), tyto povinnosti dodržovány a plněny, protože tím, že dané povinnosti vykonáváme a chováme se očekávaným způsobem, plníme svou roli.

Role se týkají každého z nás, a protože je člověk držitelem několika sociálních pozic, náleží mu i několik rolí, jenž lze definovat jako „*standardy chování, očekávané od jedince v určité sociální pozici, které určují, kdy, kde a co má vykonat*“ (Matoušek, 2008). Hartl (2009) definuje roli jako „*chování, které je pro jedince v určitém postavení či situaci vhodné, očekávané a žádoucí, případně je pro ně dána konkrétní společenská norma.*“

Součástí sociální role je role profesní (pracovní), kterou osoba zastává při plnění své profese. Role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě je typickou získanou profesní rolí, která však není na poli sociální práce dostatečně zmapována a definována.

Cílem této diplomové práce je tedy hlubší poznání této specifické profese a přesnější charakteristika role, kterou zde sociální pracovník zastává.

V rámci svého výzkumu jsem roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě zkoumala pomocí položených rozhovorů z následujících pohledů:

- z hlediska pracovní náplně sociálního pracovníka
- pomocí jeho subjektivního pohledu na svou profesní roli
- z hlediska významnosti a společenského uznání profesní role sociálního pracovníka v péči o děti v nemocnici
- prostřednictvím jeho profesní spolupráce (s ostatními kolegy, týmem a dalšími vnějšími institucemi)

V souvislosti s rolí sociálního pracovníka byly brány v potaz také základní identifikační údaje pracovníků, především věk, vzdělání a délka praxe.

Navíc jsem se v rozhovorech se sociálními pracovníci, vedle zmapování „role“, zaměřila na další aspekty:

- používané metody a techniky sociální práce v péči o hospitalizované dítě
- zázemí sociálního pracovníka
- a v závěrečné části výsledků z výzkumu jsou uvedeny zajímavé odpovědi sociálních pracovníků

3.2 Použité metody

Pro výzkum ve své diplomové práci jsem zvolila kvalitativní výzkum s využitím metody dotazování. Jako techniku terénního sběru dat jsem použila polořízený (polostandardizovaný) rozhovor.

Pro polostrukturovaný rozhovor, jak zmiňuje Reichel (2009), je typické, že je připraven soubor otázek či témat, které jsou předmětem rozhovoru a jejich pořadí není striktně stanoveno. Mnohdy může tazatel i formulace pokládaných otázek přizpůsobovat nebo pokládat i doplňující dotazy, uvádí Reichel (2009), a upozorňuje na nezbytnost projít všechny otázky.

Polostandardizované rozhovory probíhaly na základě předem připravených otázek. V rozhovoru jsem použila jak otázky otevřené, tak i polootevřené a uzavřené. Uzavřené otázky byly zvoleny pro získání identifikačních údajů. Dalším typem uzavřených otázek, které jsem použila, jsou tzv. škálové otázky, jež umožňují vybrat jednu ze škály odpovědí. Otevřené a polootevřené otázky vybízely pracovníky k možnosti rozvíjet odpovědi a jejich myšlenky.

Otázky byly pokládány tak, aby rozvíjely rozhovor a nenarušovaly jeho kontinuitu. Dotazované pracovnice většinou rozvíjely hluboká zamyšlení nad některými z otázek, které vedly k následnému rozvíjení rozhovoru, jiné odpovídaly stručně. Všechny rozhovory proběhly v kanceláři oslovených sociálních pracovníků, bez rušivých podnětů a v soukromí. Délka rozhovorů se pohybovala od 40 – 80 minut.

Pro budování důvěry a zachování anonymity nebyl rozhovor nahráván, po domluvě s dotazovanými jsem si během rozhovoru dělala poznámky, které jsem si po ukončení rozhovoru následně ještě utřídila a přepsala do záznamových archů. K přepisu dat jsem si zvolila doslovnou transkripci, tzn. doslovný přepis řečeného.

Výzkum byl realizován v lednu až březnu roku 2013. Oslovené sociální pracovnice byly seznámeny s tématem diplomové práce, s důvodem rozhovorů a důležitostmi využití jejich výpovědí a poznatků pro diplomovou práci. Dále byly také ujištěny o zachování anonymity a důvěrnosti jejich sdělení.

Témata rozhovoru byla sestavena tak, aby setkání vedlo k získání informací vedoucích k zmapování role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě a ke zjištění údajů ke stanoveným dílčím cílům.

Pro účely této diplomové práce jsem položený rozhovor, vedle získání základních identifikačních údajů, zaměřila na oblasti, které umožňují roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě více poznat a specifikovat.

Zvoleny byly tyto oblasti (celé znění otázek viz Příloha 2):

- pracovní náplň sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu (vymezení obsahu role sociálního pracovníka)
- subjektivní vnímání role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě
- význam a společenské uznání profesní role sociálního pracovníka
- profesní spolupráce (postavení sociálního pracovníka v profesním týmu odborníků, podílejících se na péči o hospitalizované dítě)

A následně byl rozhovor navíc obohacen o témata, která jsem považovala za významná pro tento výzkum v souvislosti s výkonem profese sociálního pracovníka v nemocnici:

- používané metody a techniky sociální práce v péči o hospitalizované dítě
- zázemí sociálního pracovníka
- doplňující otázky (míra pracovního stresu, hodnocení svého zdraví, plány do budoucna,...)

V rozhovoru se sociálními pracovníci byla použita škála pro subjektivní vnímání sociálního postavení, využitá z výzkumu Demakakose (2008) - Socioeconomic status in health: the role of subjective social status.

Výsledky výzkumu jsou zpracovány formou případové studie. Odpovědi sociálních pracovníků jsem považovala za natolik významné, že jsem se rozhodla je nijak nekrátit, neboť by mohlo dojít ke ztrátě jejich výpovědní hodnoty.

Data z rozhovorů byla pro větší přehlednost zpracována a systematizována pomocí kódování, které je procesem analýzy údajů (dat) a jeho výsledkem jsou záznamy kódování, v tomto výzkumu zpracované do tabulek.

Pro jasnou a přehlednou orientaci ve výsledcích, jenž tento výzkum přináší, poslouží i několik navrhovaných schémat v závěru práce.

Miovský (2006) popisuje kódování jako přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu pro rychlejší a snadnější práci s těmito částmi, a aby bylo možné prostřednictvím kódů snadno pracovat s většími významovými celky. Za proces kódování lze tedy považovat identifikaci a systematické označování významových celků dle vytvořených kritérií (Miovský, 2006).

Pro zpracování výsledků výzkumu bylo použito otevřené kódování, jehož snahou je, jak uvádí Miovský (2006), rozlišit pojmy a vytvořit základní kategorie. Proces kódování má za úkol podněcovat objevování nových kategorií (Miovský, 2006).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sociální pracovníce nemocnic. Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Záměrný (účelový) výběr vzorku je takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006).

Miovský (2006) dále popisuje, že kritériem výběru je vybraná vlastnost či projev této vlastnosti nebo stav. Na základě stanovených kritérií pak cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, jež toto kritérium (nebo jejich soubor) splňují a jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006).

Výzkum byl realizován následovně: pomocí telefonu nebo e-mailové adresy jsem oslovila vedoucí sociálního oddělení nebo hlavní sestru vybrané nemocnice a žádala o rozhovor se sociálním pracovníkem, který má v rámci své práce na starosti oddělení pro děti. Vybrány byly nemocnice, mající ve své působnosti péči o děti, druhým kritériem byla dostupnost těchto nemocnic, a to s ohledem na místo výkonu mého povolání (pracuji jako všeobecná sestra na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Kliniky dětské chirurgie a traumatologie Thomayerovy nemocnice v Praze). Přednostně byly kontaktovány všechny nemocnice v Praze, které mají ve své působnosti, mimo jiné, i dětská oddělení, na nichž zároveň působí sociální pracovník. Dále jsem oslovila dvě nemocnice na Vysočině, která je místem mého trvalého bydliště a kontaktována byla i nemocnice v Českých Budějovicích, kde studuji.

Miovský (2006) o tomto typu záměrného výběru hovoří jako o prostém účelovém, který představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru, kdy bez uplatnění dalších specifických metod a strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (splňují určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, kdo je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s účastí souhlasí. Tento způsob výběru je uplatňován v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor a osoby, jenž náleží do základního souboru, jsou poměrně snadno dostupné (Miovský, 2006). V rámci tohoto výzkumu byla za kritérium stanovena působnost sociálního pracovníka v rámci své práce na odděleních pro děti.

Cílem bylo vytvořit výzkumný soubor sociálních pracovníků nemocnice, které v rámci své působnosti pracují s hospitalizovanými dětmi a jejich rodinami. Počet oslovených sociálních pracovníků byl zvolen s ohledem na požadovaný rozsah výzkumu diplomové práce. Osloveno bylo celkem 15 sociálních pracovníků nemocnice, do jejichž cílové skupiny patří hospitalizované děti a jejich rodiny.

Rozhovor z časových a pracovních důvodů odmítly sociální pracovníce z Nemocnice Havlíčkův Brod, Fakultní nemocnice Plzeň a z Fakultní nemocnice Brno. V Nemocnici Na Homolce a v Ústavu pro péči o matku a dítě sociální pracovníce nepůsobí.

Osloveny a ochotny sdílet informace a účastnit se výzkumu, byly sociální pracovníce z Fakultní nemocnice Motol v Praze (3 pracovníce), Thomayerovy nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice Na Bulovce v Praze, Nemocnice Jihlava, Nemocnice České Budějovice, Oblastní nemocnice Příbram. Pro účely výzkumu bylo realizováno a provedeno 10 rozhovorů se sociálními pracovníci.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory se sociálními pracovníci

Rozhovor se sociální pracovnící č. 1

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 46 let, absolvovala vysokoškolské vzdělání a specializační vzdělávání zdravotně sociální pracovník. 22 let pracuje na stále stejné pozici na plný úvazek v nemocnici jako zdravotně sociální pracovník, po celou dobu se setkává i s dětskými pacienty na těchto odděleních nemocnice: pediatrie, hemato-onkologie, dětská chirurgie, spondylo-chirurgie a transplantační jednotka. Průměrně pracuje s 300 klienty ročně, na pracovišti je celkem 15 zdravotně sociálních pracovníků a 1 vedoucí. Z nich na dětských odděleních pracuje celkem 7 pracovníků, o dva a více pracovníků na pracovišti považuje za ideální.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem, dítětem a jeho rodinou, sociální pracovníci zprostředkovávají pracovníci oddělení, někdy ji kontaktuje přímo rodina, která se o sociální pracovníci dozví z nástěnky, od jiných rodičů či od pracovníků na oddělení.

Sociální pracovníce rozděluje svou práci na dva okruhy: za prvé poradenství, kdy si sociální pracovníci většinou rodiny vyhledají samy – jde o podporu, poskytnutí informací, pomoc při řešení situace, např. vážný zdravotní stav, chronická nemoc dítěte a jejich sociální rodinná situace. A za další je tu represivní část, „*kdy jde o zájem dítěte a něco je špatně, je třeba podezření na zanedbávání nebo týrání, zahajuje se intervence - rozhovor s rodiči dítěte, předání rodiny do péče navazujících institucí, terapie apod., a to pak spolupracujeme s OSPOD a mnoha dalšími institucemi, v těchto případech nás většinou osloví lékaři či pracovníci oddělení.*“ Dalšími činnostmi je např. zjišťování stavu rodiny s odstupem a znovu kontaktování.

Pokud se na sociální pracovníci obrací rodina sama, tak se jedná většinou o skutečnost, že žádají informace, „*např. ohledně dávek, na úřadech nemají tolik času se jim věnovat a vysvětlovat.*“

Nejčastěji se sociální pracovníci s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou setkává za účelem poradenství (vážný zdravotní stav dítěte, onemocnění dítěte), nedodržování léčebného režimu dítěte, podezření na zanedbávání, spáchání trestného činu, týkajícího se dítěte.

Co se týče plnění úkonů, které nespádají do kompetence sociálního pracovníka, získávám tyto informace: „*před lety se po nás chtělo, abychom vyplňovali např. některým pacientům neschopenky a takové podobné úřední věci, ale postupně jsme si prosadili svoji práci a myslím, že nyní mohu říct, že děláme opravdu jen to, co nám náleží a dokážeme si to už ustát a říci ne, odmítnout, pokud po nás chce někdo něco, co dělat nemáme.*“

Běžný pracovní den je sociální pracovníci popisován následujícím způsobem: „*otevření zaslaných žádank (posílají lékaři oddělení – interní elektronický systém v nemocnici), naplánování návštěv a schůzek s rodinami, vyřizování činnosti z minulých dnů, obcházení oddělení, řešení, co je třeba, vyřizování telefonátů, komunikace s doktory, psaní zpráv, karet klientů... s tím, že dopoledne věnuji spíše vyřizování administrativních záležitostí, vyřizování telefonátů, žádank, zpráv, kontaktování navazujících institucí, a odpoledne se věnuji přímé sociální práci, pomoci, navštěvuji oddělení, zvu si rodiče na poradenství, nebo jdu za nimi na oddělení.*“

Za extrémně náročný den považuje sociální pracovníci: „*vše z běžného pracovního dne + navíc řešíte složité případy, a hrnou se Vám další žádosti, nejste schopna určit si priority, volají z několika oddělení najednou a vy musíte rychle posoudit, co je nejakutnější a nevíte, co dřív.*“

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Mezi nejčastější metody využívané ve své práci sociální pracovníci řadí: „*rozhovor, pozorování, práce s anamnézou, diagnostiku.*“ Z technik pracovníci vyjmenovala: „*poradenství, podporu, pokud se bavíme s dětmi tak např. i formou hry.*“

Co se týče možných specifik sociální práce s dětmi v nemocnici, hovoří o nich sociální pracovnice takto: „*jde vždy o práci s nemocným dítětem a jeho rodinou, takže vždy si člověk musí uvědomit, že to není běžné, je zde omezená možnost rodičů situaci samostatně řešit, velkou roli tu hraje stres, tlak, strach o dítě, dítě je v problému nevině ... vždy jsou tu jiné emoce než u zdravých dětí. Hrozba nemoci a smrti vždycky ovlivní přístup rodiny a ovládání emocí a sociální pracovník s tím musí počítat a umět v takových situacích pracovat.*“

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

Ve své profesní roli zajišťuje sociální pracovnice „*péči individuální, poradenskou i administrativní,*“ a její náplň je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

Na otázku, co by ve své profesi mohl sociální pracovník ovlivnit, pracovnice reagovala těmito slovy: „*myslím, že je velice důležité, aby změna byla také především u MPSV, nefunguje systém, který by zajistit adekvátní a rychlou podporu rodinám a pomoc, důležité je připomínkování zákonů, protože tím nastavením nemůžeme pomoci tak, jak bysme si představovali, snažíme se spolupracovat a dlouhodobě spolupracujeme s Národní radou zdravotně postižených.*“

Sociální pracovnice se necítí být stejně hodnotná, jako ostatní členové týmu pečující o dítě, „*např. někteří lékaři, se kterými jsme společně řešili určitou situaci dítěte a jeho rodiny, nás začali oslovovat znovu a znovu a dlouhodobě spolupracujeme a obrací se na nás, ale zdaleka ne všude tomu tak je, dost lidí nemá vůbec ponětí, co zahrnuje sociální práce v nemocnici..., myslí si: k čemu jsou sociální pracovnice, k ničemu, mají názor, že jsem sekretářka, člověk si svou pozici musí vybojovat.*“

Podle sociální pracovnice se od její profese očekává rychlé řešení, rychlé zbavení rodiny od problému, a také dodržování zákonů. „*Jsou věci, které nedokážeme, ale myslím si, že sociální pracovníci jsou mnohem tolerantnější než zdravotnický personál, který po nás chce, abychom srovnali rodiče rychle do standardu, ale my poznáváme jejich situaci, víme, jaké mají děti, a také to, že každá rodina je úplně jiná, a ne všichni jsou úplně nejlépe fungující, každá rodina si něco nese... a my jsme třeba i rádi, když se alespoň ta situace nebo přístup rodiny zlepší.*“

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Významnost sociální práce v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici hodnotí sociální pracovnice dle stupnice významnosti číslem 10 - nejvíce významná. „*Myslím si, že sociální práce s rodinou je mnohdy tak důležitá, že by se měla rovnat péči zdravotní.*“

Výkon sociální práce by měl podle sociální pracovnice zajistit to, aby byla zvládnutá péče o rodinu hospitalizovaného dítěte. Sociální pracovnice přínos své práce popisuje těmito slovy: „*V té oblasti poradenství jde o informace ohledně dávek, na co má rodina nárok, pomoc zjistit, co dále jde zařídit, udělat, s čím lze pomoci. A za druhé je přínosem samotná pomoc dítěti – např. řešení zanedbávání, řešení jeho nepříznivého zdravotního stavu apod.*“

Na otázku, zda má sociální práce význam na zdraví dítěte, reagovala pracovnice: „*určitě ano, v péči o dítě, ať už se jedná o pomoc s vyřízením nějaké dávky, zlepšení situace rodiny nebo i upozornění na zanedbávání, určitě zdraví dítěte naše práce ovlivňuje významně.*“

O negativěch své práce hovoří dotazovaná takto: „*nemáme rozhodující pravomoc, jsme zprostředkovatelé a o osudu lidí rozhoduje terén a je blbý, že nevíte, jak ta Vaše práce skončila, rádi bysme někdy věděli, jak to vše dopadlo, někdy máme i představu, jak bysme to vyřešili, a jak by to mohlo fungovat, jenže pak ty kompetentní navazující organizace se zachovávají jinak, než jste si představovali, není moc zpětná vazba.*“

„*Pozitivum sociální práce z pohledu pacienta je, že o něj najednou může pečovat více lidí a mohou se tak řešit jeho různé problémy z různých oblastí najednou, tedy zdravotní stav, rehabilitace, dávky, následná péče, psychický stav, atd., z pohledu sociálního pracovníka je pozitivem různorodost práce, prostor pro iniciativu a orientace v medicínské problematice.*“

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání hovoří sociální pracovnice o tom, že spolupracuje snad se všemi. „*Je to velice individuální, ale jde o plno organizací a zařízení - OSPOD, ÚP v rámci dávek SSP, dětské domovy, kojenecké ústavy, posudkové služby, Střep,*

neziskovky, Home care, obvodní lékaři, i s pohřební službou, kdy jsme např. vyřizovala převoz zemřelého dítěte na Ukrajinu apod., je to rozmanité a individuální. “

Konzultací, vizit a porad se pracovnice účastní pouze cíleně, pokud jí pracovníci z oddělení nebo lékař sdělí, že je u některého z hospitalizovaných dětí nějaký problém, který by měla řešit. Jinak na tato setkání prý nezbyvá čas.

Na otázku, jak na její práci nahlíží kolegové z jiných profesí, odpovídá: *„jak kdo, je to velice individuální, pozitivem týmové spolupráce je získávání informací od ostatních, mám užší vazby a spolupráci pouze s psychologem ze zdravotního týmu – při řešení některých situací hospitalizovaného dítěte a jeho rodiny se účastníme a vedeme např. rozhovor i společně s rodinou; a negativa: nejsem součástí týmu, jsem od nich odtržená, nemáme běžné denní zpětné vazby, i tím, že každý máme jinou náplň práce, nemáme užší kontakty. “*

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Pokud to ze strany rodiny je možné, raději s rodinou komunikuje pracovnice ve své pracovně, kde je pro rozhovor prostor, klid, ale někdy to nejde a tak za nimi dochází na oddělení. Poměr těchto možností je tak 50:50.

O překážkách, které brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě se vyjadřuje SP takto: *„určitě bych sem zařadila nedostatek času, věnovat se jednomu problému, jedné rodině dostatečně dlouho, také skutečnost, že v některých řešených situacích má rozhodovací pravomoc OSPOD, my rozhodovací pravomoc nemáme, my můžeme podat pouze zprávu o situaci dítěte, rodiny, ale to dotažení práce pak náleží na dalších institucích, a je důležité, aby se pokračovalo v řešení dál, a ne že to zapadne, zmrzne, jenže to my už bohužel nedohlédneme, nemáme moc zpětné vazby....“*

V rámci svého povolání se účastní sociální pracovnice týmové supervize. *„Myslím, že je to skvělé, člověk se zastaví a podívá, co udělal dobře, špatně, a je to i taková zpětná vazba, já jsme za supervizi ráda,“* dodává.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Na škále míry stresu hodnotí sociální pracovnice svoji práci číslem 10, tzn. práci s nejvyšší mírou stresu. Svě psychické zdraví hodnotí jako velmi špatné, fyzické průměrné.

V rámci subjektivního pocitu zdraví po fyzické stránce jí byl v rámci pracovních povinných prohlídek zjištěn vysoký krevní tlak, geneticky k němu predispozice nemá a ani v rodině jí nic nestresuje, a tak se domnívá, že je to vlivem výkonu její práce. Psychickou stránku hodnotí následujícím způsobem: *„někdy bývám dost unavená, občas si беру i k víkendů jeden den ještě dovolené, prodloužím si tak víkend a jdu se třeba jen projít, do přírody, na sluníčko, nic nedělám, jen se snažím odpočívat...“* Domnívá se, že její práce určitě ovlivňuje její zdravotní stav.

Kdyby svou profesi měla sociální pracovnice umístit na pomyslném žebříčku: *„co se týče zaměstnání a náhledu od kolegů, veřejnosti, tak jedna, nejnižší postavení, někteří lidé vůbec neví, nedokáží si představit, co sociální pracovník dělá, televize a tisk většinou ukazuje sociální práci v negativním slova smyslu, zviditelňuje se katastrofa a úspěchy, pomoc jsou opomíjeny..., z hlediska sociálního žití s prací jako sociální pracovnice, jsem skromná, ale na druhou stranu si říkám, vzhledem k tomu, že mám maturitu, vyšší odbornou školu, vysokou, dlouholetou praxi, kurzy, výcviky, zkušenosti a zodpovědnost v rozhodování o závažných věcech, vzhledem k tomu, že jde o náročné povolání, které by se myslím dalo srovnat k dalším zaměstnáním s rozhodujícími pravomocemi, si myslím že průměrný plat 22 000 je dost málo, když vezmu, že žiji v Praze, vychováváme s manželem dvě studující děti, tak toto povolání mohu vykonávat jen díky tomu, že můj manžel vydělá mnohem více než já, ale třeba mě mrzí, že nemůžete už poslat své dítě, které se dobře učí, třeba na školu do zahraničí, protože na to prostě nemáte, nebo nemůžete více cestovat apod.“*

„Já bych ale asi na své práci nic neměnila, jsem spokojená s tím, jak ji dělám, jen bych měla ráda více času na klienty, abych někdy nemusela pracovat pod časovým tlakem.“

„Kde budu za tři roky, vůbec o tom takto nepřemýšlím, opravdu nevím, někdy, když jsem hrozně unavená, si říkám, že bych to měla změnit, na druhou stranu jsem tu zvyklá, je tu fajn kolektiv a práce která mě baví, i když je stresující... přednáším ještě medikům a baví mě učit, takže si třeba dovedu představit rozšířit si úvazek na vysoké nebo učit na více školách, to by mě bavilo....., to si dokáži představit.“

Rozhovor se sociální pracovnící č. 2

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 27 let, vysokoškolsky vzdělaná v sociální práci, titul Mgr. + specializační vzdělání zdravotně sociální pracovník, pozice zdravotně sociálního pracovníka na plný úvazek je jejím prvním zaměstnáním, v nemocnici pracuje 18 měsíců a do pole její působnosti po celou dobu patří klinika dětské chirurgie a traumatologie, pediatrická klinika, porodnice a novorozenecké oddělení.

Určit alespoň přiměřený počet klientů, kteří za rok či jiné časové období vyžadovali služby sociální pracovníce v nemocnici je pro ni obtížně a dodává: *„Přesný počet se nedá určit, počet lůžek na klinikách je jasně stanoven, ale nikdy není dáno, že všechna lůžka jsou obsazena, popř. některá lůžka jsou obsazena do měsíce několikrát. Počet lůžek na KDCHT 57, pediatrické klinice 39, porodnici 84, novorozeneckém odd. 49.“*

Na zdravotně sociálním oddělení nemocnice pracuje celkem 8 pracovníků, z toho dvě pracovníce se věnují dětským pacientům a jejich rodinám. *„Bylo by dobré, kdybychom pracovali s dětmi a rodinami alespoň 3,“* považuje pracovníce za optimální.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

Ošetřující lékař nebo staniční, popř. vrchní sestra zprostředkovává sociální pracovníci první kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou). Důvodem kontaktování je nejčastěji žádost o poradenskou činnost v oblasti dávek státní sociální podpory. Nejčastěji se rodina obrací na sociální pracovníci s prosbou o radu. Nejčastějšími důvody setkání sociální pracovníce s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou jsou neinformovanost, popř. nedostatečná informovanost, kdy následně poskytuje poradenství. V případě, kdy se jedná o složitější případy, tak jsou nejčastějšími důvody

setkání adopce dítěte, nedostatečné zázemí rodiny - abusus drog u matek. Nejčastěji se ve své práci oslovená sociální pracovnice věnuje poradenské činnosti, spolupráci s OSPOD, ÚMPOD (abusus drog u matek, abusus drog u nezletilých, nedostatečné rodinné zázemí, podezření z týrání, zneužití, zanedbání, adopce), s ÚP při vyřizování dávek SSP nebo dávek hmotné nouze, spolupráci s kojeneckými ústavu, dětskými centry, dětskými domovy i vyřizováním sociálních pohřbů.

Na otázku, zda existují úkony, které by neměly spadat do kompetence sociálního pracovníka v nemocnici, se pracovnice domnívá, že v současné době již vykonává jen úkoly, které jí náleží. *„Donedávna jsem ještě převážela děti z našeho zařízení do dětského centra, nebo kojeneckého ústavu. Domnívala jsem se, že nemám dostatečnou kvalifikaci a odpovědnost pro tento úkol, a tak jsem se s vedoucí oddělení dohodla, že tuto činnost budou vykonávat zdravotní sestry z oddělení, nebo se objedná převozová služba s odpovídajícím personálem.“*

Po zamyšlení se nad svým pracovním dnem sociální pracovnice ve stručnosti uvádí následující události: *„v běžném pracovním dnu několik edukací, běžná administrativa, telefonáty s institucemi ... no, a extrémně náročný den: zástup za některou z kolegyně + vizita na oddělení + nutnost navštívit každé z přidělených oddělení (na každém oddělení na mě čeká nějaký pacient).“*

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Z metod využívaných ve své práci sociální pracovnice uvedla rozhovor, pozorování a analýzu dat. Z technik pak edukaci a přímé dotazování.

Na dotázání ohledně možných specifík v práci s hospitalizovaným dítětem, případně s jeho rodinou, sociální pracovnice uvádí: *„Musí se brát, že hospitalizace je většinou krátkodobějšího rázu, máme tedy omezený čas, kdy můžeme s rodinou situaci či problém řešit. Takže je jasné, že spoustu věcí můžeme rodině jen poradit, ale už nestihneme pomoc realizovat. Další rozdíl, oproti jiným zařízením, kde se sociální práce realizuje, nevidím.“*

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

„Co se týče mé role sociálního pracovníka, myslím si, že v případě poradenství jsme vítanou cestou nových informací, ale když se jedná o složitější případy (např. spolupráce s OSPOD), kdy vyžadujeme prošetření poměrů v rodině, tak jsme zlé osoby, které chtějí odebírat děti rodičům.“

Sociální pracovnice se domnívá, že její náplň práce je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici. Na dotaz, co by mohli sociální pracovníci dělat jinak než dosud, aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, se zamýšlí, a navrhuje, že *„by mohli o sobě dát více vědět, rozšířit povědomí o sociální práci ve zdravotnických zařízeních.“*

Ve své roli, v roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě se necítí být stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové týmu. *„Existují určitě platové rozdíly, když pomíneme finance, tak rodina vnímá na prvním místě zdraví dítěte. Ostatní služby poskytované berou spíše jako něco navíc. I když ve všech případech to tak nebývá.“*

Pracovnice je přesvědčena o tom, že od její profese se očekává vysoká erudovanost, orientace nejen v sociální práci, ale i částečně v lékařství, empatie a ochota napomáhat.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Z hlediska významnosti hodnotí pracovnice svou profesi číslem 9, považovaným jako druhé nejvyšší ohodnocení. Výkon sociální práce v péči o hospitalizované dítě by měl *„napomoci rodině či dítěti v jakémkoliv ohledu a ulehčit situaci.“*

Na otázku jaký je hlavní přínos sociální práce pro hospitalizované děti, příp. jejich rodinu pracovnice odpověděla takto: *„Snažím se napomáhat rodinám, aby měli ve své komplikované situaci pocit, že na to nejsou samy.“* Sociální pracovnice se domnívá, že primárně její činnost zdraví klientů neovlivňuje, ale *„při hlubším zamyšlení, co vše má vliv na jejich zdraví, by se určitý sekundární vliv mohl najít..., z mého pohledu se jedná spíše o kvalitu jejich života, od které se odvíjí dále i kvalita zdraví.“*

Sociální pracovnice mi sdělila, že si neuvědomuje žádná negativna sociální práce v nemocnici, zato vyjmenovala následující pozitiva: *„Je možné řešit sociální situaci pacienta ještě ve zdravotnickém zařízení. Dá se s lékařem konzultovat zdravotní stav a jeho budoucí vývoj.“*

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje s lékaři, zdravotními sestrami (staniční a vrchní sestrou nejčastěji), s OSPOD, ÚMPOD, s Dětskými centry, kojeneckými ústavami, úřady práce, zdravotními pojišťovnami i matrikou. Co se týče konzultací o stavu hospitalizovaného dítěte, vysvětluje mi sociální pracovnice skutečnost, že záleží na nastavení a potřebě jednotlivých oddělení. *„Na novorozeneckém oddělení a klinice dětské chirurgie a traumatologie konzultuji jednotlivé případy přímo s lékaři. Na pediatrické klinice se účastním pravidelných velkých vizit a konzultace s lékaři. V případě celkového řešení stavu dítěte se účastním skupinové porady (lékaři, vrchní a staniční sestry, fyzioterapeut, další ošetřující odborníci).“*

Pracovnice dále rozvíjí téma spolupráce a dělí se se mnou o své další poznatky: *„Ze své zkušenosti vím, že lékaři sociální pracovníky v naší nemocnici mají v úctě a vážnosti. Lékaři ví, že pomáháme řešit někdy zapeklité situace a snažíme se napomoci ku prospěchu pacienta. Dále jsem zaznamenala, že hlavně pracovnice OSPOD jsou vděčné, že mají i v nemocnicích kolegyně, na které se mohou obrátit.“*

„Ano, cítím se být i součástí komplexního zdravotnického týmu. Za pozitiva týmové spolupráce považuji možnost vyložení různých úhlů pohledu vzhledem k danému pacientovi, následné pochopení celé situace zasazené do kontextu a celkové řešení problémů, nejen jednotlivostí. Za negativa považuji, že někteří lékaři se někdy domnívají, že jen oni mají co s pacientem řešit a někdy nedochází k předání zásadních informací všem členům týmu.“

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Sociální pracovnice se během rozhovoru zmínila o tom, že s klienty a zákonnými zástupci většinou jedná přímo na jednotlivých odděleních. V případě, že se rodič může vzdálit z oddělení od dítěte nebo je potřeba projednat choulostivou záležitost, má k dispozici i svou vlastní kancelář. Překážky, které brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě, vidí sociální pracovnice v jazykové bariéře. *„Máme hodně rodičů ukrajinské či vietnamské národnosti,“* vysvětluje.

Možnost supervize na svém pracovišti sociální pracovnice nemá.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Sociální pracovnice na škále míry stresu hodnotí svoji práci číslem 4, své zdraví hodnotí jako velmi dobré. Po fyzické stránce se cítí dobře, zdravě, bez jakýchkoliv obtíží, po psychické stránce také dobře a zdravě, s dobrou náladou, kterou se snaží udržovat sportem, volnočasovými aktivitami (četba, hudba), odreagovat se, dbát o své psychické zdraví. *„Momentálně se můj osobní život vyvíjí víc než dobře,“* dodává.

Pracovnice je přesvědčená, že její práce ovlivňuje její zdravotní stav, v kladném i v záporném smyslu. *„V záporném smyslu ovlivňuje moje práce mé zdraví hlavně v oblasti psychiky. Je těžké si nepřipouštět některé případy k tělu a nebrat si je domů. Naopak díky tomu, s čím se setkávám v práci, si dovedu uvědomit různá rizika, kterých se můžu v budoucnu vyvarovat.“*

Na pomyslném sociálním žebříčku z hlediska sociálního postavení by svoji profesi dosadila na 6. příčku. *„Domnívám se, že pozice sociálního pracovníka není obecně v ČR kladně ohodnocena. Spousta lidí nezná náplň naší práce.“*

Ve své práci by změnila systém porad na svém pracovišti. *„Máme porady 1x měsíčně. Mně osobně by více vyhovovalo, kdyby byly porady 1x týdně, abychom mohly společně probrat novinky v oboru či závažné případy.“*

Za 3 roky by se ráda viděla na rodičovské dovolené.

Rozhovor se sociální pracovnící č. 3

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 30 let, nejvyšší dosažené vzdělání: vysoká škola se zaměřením na sociální práci + akreditovaný kurz zdravotně sociálního pracovníka. Na zdravotně sociálním oddělení pracuje od ukončení studia na plný úvazek již 3,5 roku, po stejnou dobu i s dětskými pacienty a jejich rodinami, a to na odděleních pediatrie – specializovaná část pro čekatele na transplantaci ledvin, jater, kojenci, dětská neurochirurgie a oční klinika. Pracovnice má přiděleno kolem 150 lůžek s dětskými pacienty, *„ale ne vždy je plná obloženost a ne u každé se něco řeší,“* vysvětluje.

Na zdravotně sociálním oddělení nemocnice pracuje 15 pracovníků + 2 pracovnice na poloviční úvazek. Hospitalizovaným dětem a jejich rodinám se věnuje 8 pracovníků, za ideální by, podle oslovené sociální pracovnice, bylo považováno, kdyby mělo každé oddělení svého sociálního pracovníka.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) zprostředkovává sociální pracovníci lékař, který kontaktuje pracovníky prostřednictvím systému elektronických žádánek, dále psychologka, zdravotní sestry (ty spíše volají), samotné maminky z doslechu nebo se o sociální pracovníci dozví z jiných zdrojů (internet, nástěnka, letáček).

Sociální pracovnice nejčastěji hovoří s rodinou hospitalizovaného dítěte za účelem řešení dávek, řešení finanční situace rodiny. Nejčastěji se rodina na pracovníci obrací s žádostí o poradenství, nebo z popudu lékaře, když rodiče nespolupracují.

Sociální pracovnice se domnívá, že na jejich oddělení pracovníci nevykonávají žádné úkony, které by neměly spadat do jejich kompetence, příp. odkazuje na kompetentní osoby.

Běžný a náročný pracovní den shrnula sociální pracovnice těmito slovy: *„Dopoledne administrativní práce – dopisování karet klientů, telefonování, vyřizování, faxování, schůzky, přijímání nových žádostí, odpoledne návštěva dětí a rodin na oddělení. Náročný den nemá rád, vše se slévá do kupy, člověk hasí, co se dá, není možné dopisování karet, zařizují se praktické věci, situace, telefonování a jednání.“*

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Z metod sociální práce využívá sociální pracovnice v rámci péče o hospitalizované dítě a jeho rodinu rozhovor, anamnézu a pozorování. Z technik pak vyjmenovává tyto využívané: *„práce s chorobopisy, edukace, vyplnění různých žádostí apod.“*

Co se týče specifík v práci s hospitalizovaným dítětem, příp. s jeho rodinou, *„jedná se o sociální práci s celým systémem, s celou rodinou, komunikace se např. liší v tom, že onemocnění dítěte zasahuje do celé rodiny a jejich životního stylu.“*

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

Sociální pracovnice se domnívá, že role sociálního pracovníka zaujímá tak 50 % důležitosti v péči o dítě. „*Je to půl na půl 50 : 50.*“ Je přesvědčena, že náplň role je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

„*Aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, mohlo by dojít ke zlepšení podmínek, zajistit každému sociálnímu pracovníkovi méně pacientů, aby jim mohl věnovat více času, zdůrazňovat důležitost spolupráce s lékařem a získávat lékařské vyjádření, jinak myslím, že děláme maximum.*“

V roli sociálního pracovníka se sociální pracovnice necítí být stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě. „*Myslím si, že mají jinou představu než my.... Když pracuji na oddělení pro dospělé, tak tam poděkují, váží si naší práce, ale na oddělení pro děti je to jiné, neděkují, nic moc nehlásí, aby dětem neublížily, a přitom si neuvědomují, že je to právě naopak, že se ta situace má řešit... staví se k problémům rodin, dětí stylem - ono to nějak dopadne.*“

„*Od naší profese se očekává, že se samozřejmě rychle vyřeší problém; např. na oddělení chtějí maminkám pomoci s vyřízením dávek apod., v tom je s ostatními pracovníky spolupráce dobrá, ale pokud jde např. o podezření na syndrom CAN, tak se tu situaci bojím nahlásit, otevřít.*“

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Na přídě 9 hodnotí sociální pracovnice význam sociální práce v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici.

Cíl sociální práce v péči o hospitalizované dítě vidí pracovnice „*především při propuštění zabezpečit rodinu, co se týče finanční situace, péče o dítě, aby se neprohlubovaly zdravotní problémy, předcházet zanedbávání dítěte, hájení práv dětí.*“

Za hlavní přínos sociální práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu označuje zprostředkování informací, zorientování se ve své situaci a vyřešení jejich problému.

Podle sociální pracovnice činnost sociálních pracovníků ovlivňuje zdraví dítěte. „*Po psychické stránce se jim ulehčí a uleví se jim i po fyzické, třeba i zajištěním další péče,*“ domnívá se pracovnice.

Jako negativa sociální práce v nemocnici vnímá sociální pracovnice skutečnost, že „člověk je pořád mezi nemocnými lidmi, neustále komunikuje s nemocnými, setkává se s nemocnými dětmi a jejich rodinami, odchylkami od normálu a zdravé dítě se mi pak zdá vzácností...někdy pracujeme pod velkým tlakem, lékaři mají jinou představu řešení, dítě jiné požadavky, rodiče jinou představu a my také jinou představu... a k tomu si člověk neustále musí ověřovat různé získané informace.“

Z pozitiv vnímá to, že „člověk se stále a pořád učí novým věcem, může pomáhat dětem a jejich rodinám, a když pak člověk dostává zpětnou vazbu, je to moc fajn, tato práce mi dává životní smysl.“

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje s lékaři, zdravotními sestrami, psychology, policií, úřady, pracovníky OSPOD, Střep o. s., ranou péčí, centrem pro integraci, NNO... Dříve se také účastnila vizit transplantčních, nyní už ale ne, a jiných konzultací o stavu hospitalizovaného dítěte se též neúčastní.

„Součástí komplexního zdravotnického týmu se spíše necítím, ani ne. Myslím, že někteří kolegové z jiných profesí nás vnímají jako, že jsme zbyteční, na druhou stranu třeba s psychology máme dobrou spolupráci a stejné či podobné nahlížení na problém.“

Jako pozitivní hodnotí v rámci týmové spolupráce výměnu informací, kdy člověk má komplexní pohled na situaci a jako negativní skutečnost, že musí spolupracovat se všemi, i když má třeba velice rozdílný názor na stejnou situaci.

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Sociální pracovnice zmiňuje, že s klienty častěji komunikuje v kanceláři, i přímo na odděleních však dochází ke schůzkám.

Jako překážky, které jí brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě, hodnotí sociální pracovnice někdy obtížnou spolupráci s ošetřujícím lékařem a legislativu.

Možnost supervize má pracovnice na svém pracovišti 1x měsíčně.

Oblast č. 8 : Zajímavé odpovědi

Míru stresu v práci hodnotí sociální pracovnice hodnotou 7.

Své zdraví vnímá jako průměrné (ani dobré, ani špatné). Subjektivně se po fyzické i psychické stránce cítí unavená. *„Obojí je asi spojené se stále se měnícím počasím i s prací.“* Je přesvědčená, že její práce určitě ovlivňuje její zdravotní stav, především když je člověk někdy pod velkým stresem.

Kdyby se měla sociální pracovnice umístit na pomyslném sociálním žebříčku, označila by hodnotu 5.

Kdyby mohla něco ve své práci změnit, byla by ráda, kdyby její práce byla pestřejší. *„Nemyslím tím, že by té práce bylo málo, ale kdyby bylo třeba více zajímavějších případů a více času se rodinám a dětem věnovat.“* Za tři roky by byla ráda a doufá, že bude na rodičovské dovolené.

Rozhovor se sociální pracovnící č. 4

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 28 let, absolventka vysokoškolského vzdělání, pracující plným úvazkem čtvrtý rok na pozici sociálního pracovníka nemocnice. Jedná se o její první zaměstnání, po stejnou dobu, tedy po dobu čtyř let, má na starosti, vedle oddělení pro dospělé, i oddělení pro děti. Celkem v nemocnici pracují dva sociální pracovníci, počet těchto pracovníků v nemocnici považuje za dostatečný. Za rok v rámci své práce má kolem deseti kontaktů, v rámci kterých řeší situaci hospitalizovaného dítěte a jeho rodiny. *„Počet je velice individuální, záleží na situaci, na tom, co se stane,“* vysvětluje.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) sociální pracovníci zprostředkovává lékař či sestra z oddělení. Ve většině případů se na sociální pracovníci, podle její výpovědi, neobrací přímo rodina, ale spíše personál nemocnice. Nejčastěji s rodinou řeší sociální situaci rodiny a možnosti zlepšení její dosavadní situace.

Nejčastěji se rodina se sociální pracovníci setkává v rámci péče o hospitalizované dítě za účelem poradenství, a dále pomoci řešit sociální situaci v rodině.

Mezi stěžejní činnosti vykonávané ve své práci vyjmenovává sociální pracovnice vedle své sociální práce s dospělými klienty i řešení situace rodin s hospitalizovaným či těžce nemocným dítětem: *„zabývám se sociální situací rodin, co se stane po propuštění z nemocnice, zajištění domácí péče, pomoc při vyřizování dávek, příspěvků, dále pomoc, poradenství lidem, rodinám v nepříznivé sociální situaci.“*

Co se týče úkonů, které by podle sociální pracovnice neměly spadat do její kompetence, uvědomuje si, že každý rok v lednu zpracovává roční statistky pro ÚZIS.

Na dotaz ohledně popisu jejího běžného pracovního dne, odpovídá: *„je stejný, jako mají ostatní pracovníci na mé pozici v nemocnici.“* Co se týče extrémně náročného dne: *„občas se stane, že lékař zavolá, že dítě chce propustit domů, ale že musím třeba během dvou hodin dořešit plno věcí, to je potom velký problém a stres.“*

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Ve své práci sociální pracovnice využívá z metod sociální práce rozhovor, i telefonický, s rodičem, popř. s příbuznými. Z technik vyjmenovává práci se spisy a záznamy pacientů.

Co se týče specifik v práci s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou, hovoří o důležitosti brát v potaz celou rodinu jako celek.

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

Roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě vidí sociální pracovnice především v poskytování poradenství.

Je přesvědčená o tom, že náplň její práce je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici. Na otázku, co by mohli sociální pracovníci dělat jinak než dosud, aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, odpovídá pracovnice následujícími slovy: *„Pacienta a jeho rodinu kontaktuji pouze v případě, že o to rodina stojí, na základě žádanky z daného oddělení, nebo pokud to sociální situace v rodině vyžaduje, jinak ne.“*

Ve své profesní roli se cítí být stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě. Podle názoru oslovené se od profese sociálního pracovníka v nemocnici očekává především empatie, profesionalita a cítění s pacientem.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Sociální práce v péči o hospitalizované dítě je na stupnici významnosti podle sociální pracovnice na příčce 5. Cíl své práce vidí sociální pracovnice ve zlepšení sociální situace rodiny. Jako hlavní přínos své práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu uvádí sociální pracovnice řešení nepříznivé situace a pomoc řešit problém. Sociální pracovnice si nemyslí, že by její pracovní činnost ovlivňovala zdraví jejích klientů.

Za negativa sociální práce v nemocnici pracovnice považuje následující: „*někdy, kdy nechce rodina od pacienta pomoci, i když možnosti, jak zkvalitnit jejich dosavadní život, jsou.*“ Jako pozitivum sociální práce v nemocnici shledává, že tato práce není rutina a každý den přináší nové výzvy.

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje především s lékaři, ostatním zdravotnickým personálem, a samozřejmě s pacientem, jeho rodinou. Neúčastní se konzultací ani vizit či porad o stavu hospitalizovaného dítěte.

Nedokáže sdělit, neví, jak na její práci nahlíží kolegové z jiných profesí, ale cítí se být součástí komplexního zdravotnického týmu, kde pozitiva spatřuje v předávání si informací, negativa v odlišných názorech.

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Se svými klienty komunikuje sociální pracovnice ve své vlastní kanceláři, ale také využívá počítače a mobilní telefon.

Není si vědoma toho, že by v její práci existovaly nějaké překážky, které by jí bránily uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě.

Možnost supervize na svém pracovišti nemá.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Míru stresu ve své práci hodnotí sociální pracovnice na škále číslem 4 a dodává, že stresová je její práce „*jen někdy, v určitých vyhrocených situacích.*“

Své zdraví hodnotí jako velmi dobré. Po fyzické i psychické stránce hodnotí, že „*po obou stranách je to vše na naprostém pořádku.*“ Nemyslí si, že by její práce ovlivňovala její zdravotní stav.

Kdyby se měla sociální pracovnice umístit na pomyslném sociálním žebříčku v souvislosti s výkonem své profese, umístila by se na 8. příčce škály.

Na otázku, co byste ve své práci změnila, zazněla krátká odpověď: „*vyšší plat*“. Co se týče výhledu do budoucnosti: „*i když práci mám ráda, tak bych byla ráda za 3 roky na mateřské dovolené,*“ uzavřela náš rozhovor oslovená sociální pracovnice.

Rozhovor se sociální pracovnící č. 5

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 44 let, s vysokoškolským vzděláním, obor sociální a charitativní práce, specializace zdravotně sociálního pracovníka a tč. studuje magisterský obor sociální práce. Pracuje v nemocnici na plný úvazek jako zdravotně sociální pracovník 23 let, z toho 8 let se věnuje dětem a jejich rodinám v rámci sociální práce v nemocnici. Ročně má v rámci své práce cca 230 klientů (dětští i dospělí pacienti). V nemocnici, kde působí, je celkem 8 sociálních pracovníků, z toho 2 se věnují hospitalizovaným dětem a jejich rodinám. Jako optimální stav by sociální pracovnice považovala, kdyby k sociální práci k dětem přibyl alespoň ještě jeden pracovník na půl úvazku.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) zprostředkovává sociální pracovníci ošetřující lékař, OSPOD i rodina sama.

S hospitalizovaným dítětem a především s jeho rodinou sociální pracovnice nejčastěji hovoří „*na oddělení novorozenců – o náhradní rodinné péči, o zajištění bydlení (azylové domy pro matky s dětmi, dětská centra atp.), o užívání návykových látek, o jejich stávajících rodinných, bytových a sociálních podmínkách. Na oddělení dětských pacientů – o dodržování léčebných postupů, o mechanismech úrazů, sociálních dávkách, o rodinných a sociálních podmínkách, o podpoře sanace rodiny zajištěné terénní složkou sociálně právní ochrany dětí, o spolupráci s posudkovými lékaři dětí.*“

Klienti, rodiče dětských pacientů, podle oslovené sociální pracovnice, nejčastěji žádají poradenství (zajištění dávek, podpora léčebných režimů, pomoc při svěřením novorozence do náhradní rodinné péče).

Nejčastějšími důvody setkání s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou v rámci poskytování sociální práce, vyjmenovala oslovená sociální pracovnice následující: *„rodina nemá vhodné sociálně bytové podmínky, užívání návykových látek zákonnými zástupci dětí, zákonní zástupci nezajišťují řádně léčebný postup, svěřením novorozence do náhradní rodinné péče.“*

Mezi stěžejní činnosti vykonávané ve své práci sociální pracovnice řadí poradenství a podnět k prošetření sociálně bytových podmínek dětí. Neví o úkonech, které by vykonávala a nespadały by tak do její kompetence.

Běžný pracovní den popisuje pracovnice následujícím způsobem: *„zdravotně sociální intervence u jednoho nového pacienta a řešení již rozjednaných pacientů.“* V extrémně náročném dni řeší tři a více zdravotně sociálních intervencí u nových pacientů a navíc sem spadá i řešení již „rozjednaných“ pacientů.

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

V rámci své práce sociální pracovnice používá následující metody: *„systemickou práci k klientem, úkolově zaměřený přístup a i přístup orientovaný na klienta dle Rogerse, z technik pak rozhovor, pozorování a edukaci.“*

Na dotaz, jaká jsou specifika v práci s hospitalizovaným dítětem a s jeho rodinou, se sociální pracovnice zamýšlí a postupně rozvíjí svoji odpověď: *„Zdravotně sociální práce s dětskými pacienty a novorozenci, u nich je specifikem, že má většinou zákonné zástupce, kteří mají sice odpovědnost vůči němu a povinnost péče, a také i kompetenci k rozhodování o něm. Tito zákonní zástupci ne vždycky ale jednají ve prospěch dítěte (z různých důvodů). Proto je v tomto případě důležité i nutné pracovat s oběma stranami s vědomím nutnosti sociálně právní ochrany dětí, ale i s vědomím důležitosti sanace rodiny. Často si kladu otázku - zasáhnout či nezasáhnout - přizvat ke spolupráci orgán sociálně právní ochrany dětí či jinou organizaci?“*

„Myslím, že u sociální práce s dětmi je specifikem, že je kladen důraz na prošetření jeho nejbližšího sociálního okolí a rodinného prostředí, což u dospělých pacientů, pokud jsou v dobrém zdravotním stavu, není.“

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

Role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě je podle oslovené sociální pracovnice důležitá a nezastupitelná. Její náplň je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

Aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, mohly by se podle oslovené pracovnice, sociální pracovníci více účastnit vizit, mít větší časovou dotaci na jednoho pacienta, což by pomohlo zlepšit kvalitu poskytované péče.

Sociální pracovnice se necítí být méně hodnotným členem víceoborového týmu, ale domnívá se, že to není díky nastavenému systému, ale díky osobnostnímu vkladu členů více oborového týmu.

Od profese sociálního pracovníka se, podle uvážení sociální pracovnice, očekává objektivní posouzení situace, akceschopnost, jistota, kooperace, solidnost a jistá dávka odvahy.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Sociální práci v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici hodnotí sociální pracovnice na stupnici významnosti na příčce 10, jako velmi významnou.

Podle sociální pracovnice je cíl její práce v nemocnici takový, aby bylo dítě v bezpečném prostředí, a dále sem řadí podporu (sanaci) rodiny.

Hlavní přínos sociální práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu pracovnice vidí v podpoře sanace rodiny a prevence případné nefunkčnosti rodiny, a dále v sociálně právní ochraně dětí.

„Domnívám se, že má práce pomáhá zajistit vhodné podmínky pro zdravý vývoj novorozenců, napomáhá k zajištění dodržování léčebných postupů u dětských pacientů, pomáhá rodičům zorientovat se v systému sociálních dávek, přispívá i k prevenci úrazů, a tím jistě ovlivňuje zdraví dětí i celé rodiny.“

Mezi negativa sociální práce v nemocnici řadí sociální pracovníce následující: „časový *pres* – práce je velice rychlá, infekční prostředí, stresující práce.“ Z pozitiv zmínila rozmanitost sociální problematiky.

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje sociální pracovníce s pracovníky OSPOD, posudkovým lékařem dětí, azylovými domy pro matky s dětmi, soudy, dětskými centry, sdružením Sananim, Střep, FOD, diagnostickými ústavami i Policií ČR.

Sociální pracovníce se neúčastní konzultací o stavu hospitalizovaného dítěte a neví, jak na její práci nahlíží kolegové z jiných profesí. Jako negativní vnímá to, že se neúčastní vizit ani každodenních porad kliniky, ale cítí se být součástí komplexního zdravotnického týmu, i když se domnívá, že „to není díky nastavenému systému, ale díky osobnostnímu vkladu členů víceoborového týmu.“

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

„S pacienty (dětmi a rodinami) jednám na klinice – na jejich pokoji, či v návštěvní místnosti, i na vyšetřovně nebo v nejhorším případě na chodbě. Mám kancelář společně s jednou kolegyní, zde také jednám s klienty.“

Jako překážku, která brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě, vnímá velice krátkou dobu hospitalizace, v rámci které dochází ke zdravotně sociální intervenci. Možnost supervize na svém pracovišti nemá.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Jako nejvyšší míru stresu, na škále číslem 10, hodnotí sociální pracovníce svou profesi. Svě zdraví vnímá jako průměrné (ani dobré, ani špatné), subjektivně se po fyzické stránce cítí unavená a po psychické stránce dobře. Myslí si, že stejně asi jako každá práce, tak i tato se odráží na zdravotním stavu člověka.

Kdyby se měla umístit na pomyslném sociálním žebříčku, zařadila by se na škále pro sociální postavení pod číslem 7.

Pokud by mohla ve své práci něco změnit, chtěla by se účastnit vizit, přála by si systémové posílení postavení profese zdravotně sociálního pracovníka ve víceoborovém týmu v nemocnici, a v neposlední řadě personální posílení = více času na klienty.

Na poslední dotaz, kde se vidí za 3 roky, sociální pracovnice sdělila následující: *„Netuším, ale plánuji změnu. V sociální oblasti bych ráda zůstala, ale místo působení bych ráda změnila.“*

Rozhovor se sociální pracovnící č. 6

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 55 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné + nástavbový kurz zdravotně sociálního pracovníka. Jako zdravotně sociální pracovník na plný úvazek pracuje 30 let, s dětmi a jejich rodinami pak 28 let. V současné době zastává pozici vedoucí zdravotně sociálního oddělení. Měsíčně se setkává s 40-50 klienty. V nemocnici pracuje celkem 5 sociálních pracovníků. Z nich jeden se věnuje hospitalizovaným dětem a jejich rodinám s možností zástupu dalším pracovníkem v případě nepřítomnosti. Počet sociálních pracovníků považuje pracovnice za dostatečný.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) sociální pracovnici zprostředkovává pracovníci oddělení, zdravotní sestra, lékař nebo psycholog. Na oddělení má informační letáky s kontakty, někdy pracovníci rodina sama kontaktuje.

Sociální pracovnice nejčastěji s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou hovoří o sociálních podmínkách v rodině. Nejčastěji se rodina dítěte na sociální pracovnici obrací za účelem poradenství ohledně sociálních dávek, ohledně azylového bydlení či drogově závislé matky.

V poslední době, podle slov sociální pracovnice, je nejčastějším důvodem setkání s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou problematika drogově závislé matky.

Za stěžejní činnosti ve své práci oslovená pracovnice považuje poradenství a zajišťování následné péče u dětí. Nemyslí si, že by vykonávala úkony, které nespadají do její kompetence.

Na základě mé výzvy sociální pracovnice popisuje svůj běžný pracovní den: *„Zavolá mi staniční sestra z porodnické kliniky, že porodila matka, u které se v moči zjistil pervitin. Matku navštívím na oddělení a zjišťuji přípravu podmínek pro dítě, její představy o dalším řešení situace, její náhled nad problémem drog. Snažím se jí motivovat ke spolupráci se Sananimem. Snažím se zjistit, zda se po porodu rozvíjí její emoce k dítěti nebo spíše problém s dočasnou abstinencí. Zasílám písemné hlášení na příslušný OSPOD, kde také zjišťuji, zda předchozí děti matky nejsou v péči sociálního odboru a domlouvám se s oddělením na dalším řešení situace dítěte. Snažím se vždy motivovat matku k absolvování detoxu a poté k další protidrogové léčbě s možností společného pobytu s dítětem. Bohužel se stává, že matka z nemocnice uteče krátce po porodu. OSPOD vydává návrh na předběžné opatření k soudu a po vynesení usnesení se dítě překládá do dětského centra bez matky.“*

„Extrémní pracovní den je vždy, když např. musím předávat předběžné opatření soudu a sdělit matce, že ji dětské centrum nemůže přijmout společně s dítětem, ač je evidentní, že matka má velký zájem o dítě a chtěla by spolupracovat, ale v centru není místo nebo ji z jiného důvodu nechtějí přijmout. Setkávám se s velkými emocemi a jsem přesvědčena, že by vždy matka měla mít šanci být po porodu s dítětem, pokud se nejedná o matku, která v minulosti dítě týrala apod.“

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Co se týče metod sociální práce uplatňovaných ve své práci, popisuje je sociální pracovnice tímto způsobem: *„navázání kontaktu, seznámení s klientem a jeho sociálním problémem, sociální anamnéza, orientace v sociálním problému, sociální pohovor (dítě, rodina), pozorování, anamnéza z chorobopisu, posudky zdravotníků, sociální šetření, zhodnocení informací, posouzení situace klienta, analýza problému a stanovení cílů, konkrétní řešení, ukončení spolupráce.“*

Z technik využívá: „*edukaci, sociální terapii, podporu komunikace, motivace, uvědomění si problému, pocitů, emocí, získání náhledu na situaci - hodnotící technika.*“

K oblasti specifik v práci s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou se sociální pracovnice vyjádřila těmito slovy: „*Pro mě je velmi důležité neoddělovat matku od dítěte. Specifikem této oblasti je také problém předběžných opatření, kdy se dítě umisťuje do dětského centra bez matky a nedostatek míst v dětských centrech apod.*“

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

Roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě považuje oslovená pracovnice „*za velmi důležitou*“. Domnívá se, že její náplň je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

Aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, měl by, jak se domnívá sociální pracovnice, OSPOD rychleji reagovat a provádět sociálních šetření. „*Nemocnice není sociální zařízení, nemůže být dítě dlouhodobě hospitalizované ze sociálních důvodů.*“ Také poukazuje na důležitost zřizování azylových domů, kde by mohla být matka společně s dítětem.

Ve své roli, v roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě se cítí být hodnotná, „*většina lékařů čeká na můj souhlas s propuštěním dítěte do domácí péče.*“

Od profese sociálního pracovníka v nemocnici se očekává, že dítě z problémové rodiny nebude nikdy propuštěné z nemocnice do prostředí, kde by mohlo být ohrožené na zdraví nebo na životě. „*Kontaktuji OSPOD příslušného úřadu a očekávám prošetření místa bydliště a souhlas s propuštěním. Bohužel někdy dojde i k umístění dítěte do dětského centra. Předáním zprávy na OSPOD předpokládám, že dítě nadále zůstává v sociální péči a tedy pod kontrolou.*“

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Pro oslovenou sociální pracovnici je sociální práce v péči o hospitalizované dítě v nemocnici velmi významná, proto ji na stupnici významnosti ohodnotila č. 10.

Cílem sociální práce v péči o hospitalizované dítě je podle oslovené motivovat matku, aby se dobře o dítě starala, aby dítě bylo vždy první v žebříčku jejích hodnot.

„Přála bych si, aby stát uměl matce pomoci v řešení její sociální situace, aby dítě mohlo být propuštěno z nemocnice do sociálního prostředí, kde nebude ohroženo.“

Za hlavní přínos své práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu pracovnice zmiňuje zabezpečení dětí, např. v případě drogově závislé matky, kdy matka velmi často po porodu dítěte zahájí protidrogovou léčbu. Činnost sociálního pracovníka, tak jak vyplývá z rozhovoru, jistě ovlivňuje zdraví dětí a rodiny, *„např. v případě, že by matka drogově závislá dostala dítě do domácí péče, mohla by mu způsobit újmu na zdraví z různých příčin.“*

Jako negativum sociální práce v nemocnici pracovnice považuje skutečnost, že doba hospitalizace je čím dál více zkracována a není tak moc času na řešení sociálních problémů klienta. Za pozitiva sociální práce v nemocnici považuje možnost řešení širšího okruhu sociálních problémů klientů, možnost spolupráce s institucemi, a tedy i zodpovědnosti úřadu, např. OSPOD.

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje s multidisciplinárním týmem jednotlivých oddělení. Účastní se konzultací o stavu hospitalizovaného dítěte, ale nechodí pravidelně na vizity, protože má na starosti více oddělení.

„Doufám, že kolegové z jiných profesí nahlíží na práci sociálního pracovníka s úctou. Kolegyně z našeho sociálního oddělení nemají zájem s dětmi pracovat, protože se obávají problémů a rizik.“

Sociální pracovnice se cítí být členem týmu, pozitivní je spolupráce a výměna zkušeností, jako negativní vnímá, pokud je jí pozdě nahlášena nějaká změna zdravotního stavu, nezrealizování překladu apod., tz. občasná váznutí komunikace, když není přímo v ten čas na oddělení.

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Se svými klienty komunikuje sociální pracovnice převážně na oddělení, kde je v samostatné pracovně.

Jako překážku, která jí brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě, vidí pracovnice v poměrně malém množství azylových domů pro matky s dětmi.

V nemocnici odborného supervizora nemají, ale jak uvádí, společně sociální pracovnice s kolegyněmi každý den pořádá tzv. „neprofesionální supervizi“.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Svoji práci hodnotí sociální pracovnice jako tu s nejvyšší mírou stresu, na škále číslem 10. „*Občas trpím nespavostí, ale mám dobrého koníčka- zahradničím, a tak už se těším na jaro,*“ dodává.

Své zdraví hodnotí jako ani dobré, ani špatné. „*Kromě špatné imunity, kdy často trpím virovými nákazami, se cítím přiměřené věku. Po fyzické stránce dobře, snažím se sportovat, a po psychické stránce jsem celkem spokojený člověk, mám velmi dobrou rodinu.*“ Práce podle pracovnice jistě její zdravotní stav ovlivňuje.

Kdyby se měla umístit na pomyslném sociálním žebříčku, tak by se pracovnice zařadila na 6. příčku.

„*Domnívám se, že sociální práce v nemocnici je velmi důležitá, ale že se na zdravotně sociální pracovníky v nemocnicích na MZ a MPSV zapomíná. Přála bych si, aby role sociálně zdravotního pracovníka byla u odpovědných nadřízených institucí více respektována a podporována. Domnívám se, že právě v nemocnici u řady pacientů v důsledku změny zdravotního stavu sociální problémy vznikají. Je třeba je včas a účinně, často s pomocí úřadů, řešit.*“

A plány do budoucna? „*Nevím, nevím ani kde budu zítra,*“ loučí se.

Rozhovor se sociální pracovnící č. 7

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 39 let, vysokoškolsky vzdělaná, pracuje na plný úvazek jako zdravotně sociální pracovník po celém spektru oborů nemocnice, včetně dětských oddělení. Jedná se o její první zaměstnání, v nemocnici působí již 4 roky a po stejný čas pracuje i s dětskými pacienty a jejich rodinou. Za rok 2012 měla v evidenci 570 klientů (děti + dospělí). V nemocnici působí jeden sociální pracovník na plný a jeden na částečný

úvazek. Hospitalizovaným dětem a jejich rodinám se věnuje jeden sociální pracovník, a pokud by se mohl věnovat pouze této problematice, považovala by oslovená sociální pracovnice tento počet za dostatečný.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) zprostředkovává zdravotnický pracovník, kdy často vychází podnět z místně příslušného OSPOD. Sociální pracovnice nejčastěji s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou hovoří o jejich současné zdravotně sociální situaci, dále je to velmi individuální.

Nejčastěji se klient a jeho rodina na sociální pracovníci obrací se žádostí o radu (sociální poradenství, zajištění sociálních a zdravotních služeb).

Nejčastějšími důvody setkání pracovnice s hospitalizovaným dítětem a rodinou je *„mladistvá matka, opuštění dítěte po porodu, zanedbání povinné péče, syndrom CAN.“*

Za stěžejní činnosti vykonávané ve své práci považuje sociální pracovnice tyto: *„zajištění sociálního poradenství, zprostředkování služeb, záleží na tom, kdo zakázku zadává rodina nebo zdravotník, a jaká je ochota spolupracovat, jaký má rodina zájem, jaké byly sociální podmínky před příchodem do nemocnice.“*

Úkony, které by neměly spadat do její kompetence, ale oslovená pracovnice je vykonává, jsou např. evidence a donáška tiskopisů pro nemocenské pojištění.

V běžném pracovním dni čekají sociální pracovníci tyto činnosti: *„kontrola pošty a mailu, kontakt s rodinami v kanceláři, návštěva oddělení, sociální poradenství, sociální anamnéza s pacienty, kontakt s institucemi a poskytovateli sociálních služeb, kontakt s rodinami pacienta.“* Extrémní pracovní den je navíc obohacen o např. jednání s pozůstalými, dítě v babyboxu.

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Nejužívanější metodou využívanou oslovenou sociální pracovnící ve své práci je přímá práce s klientem, z technik pak edukace.

Jako specifikum v práci s hospitalizovaným dítětem a s jeho rodinou sociální pracovnice vnímá větší emoce u dětských pacientů.

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

Rolí sociálního pracovníka je, podle oslovené sociální pracovnice, zajištění spolupráce rodiny. Její náplň vnímá v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

Lepší komunikace v týmu, větší počet sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, podpora vedení by podle dotazované mohlo vést ke zlepšení situace hospitalizovaných dětí.

Oslovená sociální pracovnice se necítí ve své roli být stejně hodnotná jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě. *„Záleží na někdy nereálných očekáváních zdravotnických pracovníků, někteří nemají základní informace o sociální politice ČR.“*

„V nemocnici se očekává co nejrychlejší zajištění propuštění problémového pacienta,“ komentuje možná očekávání od profese sociálního pracovníka v nemocnici.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Na stupnici významnosti označila sociální pracovnice sociální práci v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici na příčce č. 6.

Cílem sociální práce v péči o hospitalizované dítě je *„propuštění do vlastního sociálního prostředí, pokud je to jen možné.“*

Hlavní přínos své práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu sociální pracovnice spatřuje ve zvýšení informovanosti o nárocích na sociální dávky, zprostředkování kontaktu s poskytovateli služeb zdravotních, a zejména sociálních, zajištění pobytových služeb - azylové domy pro matky s dětmi.

Sociální pracovnice je přesvědčena o tom, že *„pokud klienti nemají saturovány základní životní potřeby, např. bydlení, možnost zajistit si stravu, samozřejmě to pak ovlivňuje jejich zdraví.“*

Mezi negativna sociální práce v nemocnici pracovnice řadí neexistenci společného postupu MZ a MPSV a nekoncepce ve zdravotně sociální oblasti, dále časovou náročnost na schůzky a komunikaci.

Pozitiva vymezuje sociální pracovnice takto: *„neřeší se 2x nebo 3x to samé, domluva postupu s pacientem se zohledňuje z mnoha aspektů; často se v nemocnici jedná o první kontakt se sociálním pracovníkem při řešení nově vzniklé sociální situace“*

– *důležité je poradenství, podpora, navázání na další organizace, ucelený přehled o možnostech sociální péče, dávek sociální podpory, informační zdroj.*“

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

Týmová práce není příliš v pracovním prostředí oslovené sociální pracovnice zavedená, jako pozitivní vnímá jakoukoliv výměnu informací, zkušeností, ale spíše se komunikuje přes prostředníka (nejčastěji sestru) a vděk není vyjadřován příliš často. I přesto se ale domnívá, že na její práci nahlíží kolegové z jiných profesí spíše pozitivně, i když „záleží na oddělení,“ zmiňuje.

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje s městskými úřady, obecními úřady, poskytovateli navazujících služeb. Konzultací o stavu hospitalizovaného dítěte, vizit či porad se pracovnice neúčastní, ale s ošetřujícím lékařem vždy osobně jedná.

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Se svými klienty komunikuje sociální pracovnice obvykle přímo na oddělení, na pokoji pacienta. Obvykle nedostatek času a nedostatečná síť navazujících služeb v terénu jsou překážkami, které brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě.

Sociální pracovnice nemá možnost supervize na svém pracovišti.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Bodem 8-9 ohodnotila sociální pracovnice míru stresu ve své práci. Svě zdraví hodnotí jako průměrné. Po fyzické stránce se subjektivně zdravotně cítí „ok“ a po psychické stránce: „*při konci pracovního dne a zejména týdne zcela bez energie.*“ Vnímá, že práce ovlivňuje její zdravotní stav.

Kdyby se měla umístit na pomyslném sociálním žebříčku, zvolila by bod 4.

Pokud by mohla ve své práci něco změnit, zavedla bych supervize týmů na odděleních pro zlepšení komunikace. V budoucnu, v horizontu tří let, by ráda pracovala „*v nezisku*“.

Rozhovor se sociální pracovnící č. 8

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 63 let, vyšší odborné vzdělání – sociálně právní škola. V nemocnici pracuje na plný úvazek jako zdravotně sociální pracovník pro dětskou kliniku a gynekologicko-porodnické oddělení. V sociální oblasti pracovala 8 let na OSPOD, na stávající pozici v nemocnici pracuje 12. rokem. Počet klientů je dle sociální pracovnice velice individuální, *„nelze určit číslo, záleží na obložnosti a momentálních situacích, které se řeší,“* vysvětluje.

Na sociálním oddělení nemocnice pracuje celkem 8 pracovníků, dětem a jejich rodinám se věnuje pouze jedna sociální pracovnice, v případě nemoci je zastoupena kolegyní z kanceláře. Počet sociálních pracovníků věnujících se hospitalizovaným dětem a jejich rodinám považuje za dostatečný a dodává: *„myslím si, že se to dá zvládnout, jen kdyby bylo ještě lepší materiální vybavení.“*

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

Prvotní kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) zprostředkovávají sociální pracovníci lékaři, staniční sestry a občas se účastní i zdravotnických konzilií.

Téma hovoru záleží na aktuální vzniklé situaci, *„např. nejdříve se dívám do chorobopisu, mapuji situaci, abych věděla, na jakou situaci se mám připravit, dále komunikuji s rodinou, poznávám jejich situaci, dále např. s OSPOD – prosím je o prošetření situace, poměrů v místě bydliště, posílám svoji zprávu, žádost, OSPOD rozhoduje, podává předběžné opatření apod.“*

Pokud se na sociální pracovníci obrací lékař či staniční sestra z oddělení, řeší často matky závislé na drogách, náhradní matky, opuštěné děti. Pokud se obrací rodina, žádá informace, poradenství.

„Nejčastěji se setkávám a řeším tyto situace: dítě je dáváno k adopci po narození, utajované porody, nezletilé matky, fyzické i psychické násilí na dětech, znásilnění, ublížení na zdraví.“

Za stěžejní činnosti vykonávané ve své práci sociální pracovnice vyjmenovává jednání s klientem, sociální poradenství, rozhovor.

Domnívá se, že vykonává vše, co se týká rodiny a spadá jen do její kompetence.

Běžný pracovní den vnímá sociální pracovnice jako „*chaos, neskutečně telefonátů, vyřizování, psaní žádostí, jednání s klientem, s rodinou, s lékaři, zápisy do chorobopisu, jednání s ošetřujícím lékařem, sestrami, a extrémně náročný den zahrnuje řešení velmi akutního případu, situace, jednání s rodinou, matkou, lékaři, policií, OSPOD apod., nejde odložit, musí se vyřešit ihned.*“

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Ve své práci využívá sociální pracovnice následující metody: „*opakované rozhovory, pomoc s vyplněním žádostí, vysvětlování, poskytování informací.*“ Z technik pak zmiňuje práci se spisem, s dokumentací, provádění zápisů.

Do specifík v práci s hospitalizovaným dítětem a s jeho rodinou zahrnuje důležitost konzultace alespoň s jedním rodičem a řešení situace často s OSPOD.

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

„*Napůl jde o péči přímou s klientem, rodinou, napůl o roli administrativní,*“ vnímá roli sociálního pracovníka dotazovaná sociální pracovnice. Její náplň je podle ní v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

Na dotaz, co by mohli sociální pracovníci dělat jinak než dosud, aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, sociální pracovnice odpovídá: „*z větší míry vždy řešíte velmi akutní případy, a tak si myslím, že záleží především i na OSPOD a na lidech, které máte kolem sebe, kteří s Vámi spolupracují, a na jejich přístupu, nemohou být laxní, jinak by se společně nevyřešilo nic.*“

V roli sociální pracovnice je cítí být stejně hodnotná i ceněná pracovním týmem jako ostatní členové. Podle svého názoru pracovnice uvádí, že se od sociální pracovnice očekává rychlost a pružnost v řešení dané situace.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Význam sociální práce v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici ohodnotila sociální pracovnice na nejvyšší příčce, tedy 10.

Cílem sociální práce v péči o hospitalizované dítě by mělo být „pomoci vytvořit vhodné podmínky a pro řádnou výchovu a péči rodiny o dítě.“

Hlavním přínosem sociální práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu je „snaha, aby se dítě dostalo co nejdříve do péče rodičů, aby mohli rodiče za dítětem docházet, získali třeba i státní sociální podporu a vytvořili zázemí pro péči o dítě doma, a chránit dítě, např. při podezření na ublížení na zdraví, co nejrychleji řešit, aby k tomu nedocházelo a dítě bylo v bezpečí.“

Sociální pracovnice se domnívá, že její práce může ovlivnit zdraví jejích klientů, „např. takový rozhovor, promluvení si s rodiči, si myslím, že přinese rodině zorientování se v situaci, informace, zklidnění, které pak rodič přenáší na dítě a společně se vyrovnávají se vzniklou situací...a snaží se ji řešit.“

Za negativum sociální práce v nemocnici považuje oslovená sociální pracovnice skutečnost, že „někdy velmi krátká doba hospitalizace s sebou nese nutnost velmi rychlého řešení situace, kterou je člověk omezen.“ Významným pozitivem naopak bývá „pomoci rodině vyřešit nelehkou sociální situaci, ve které se nachází.“

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje s pediatrem v místě bydliště, se soudy, s matrikami, policií, MZ, MPSV, Střep o. s., OSPOD, organizací pro zdravotně postižené, Klokánkem, FOD.

Vizit a porad o stavu hospitalizovaného dítěte se neúčastní, pouze konzilií u některých dětí, kdy je přítomen i psychiatr, psycholog.

Domnívá se, že na její práci nahlíží kolegové z jiných profesí dobře, cítí se být součástí komplexního zdravotnického týmu. Pozitiva týmové spolupráce vidí ve skutečnosti, že se na ni kolegové obrací, když se vyskytne situace, kterou bych měla pomoci řešit, spolupracují spolu, předávají si informace. Domnívá se, že negativa nejsou.

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Sociální pracovníci komunikujete se svými klienty častěji na oddělení než v kanceláři, i když prý spíše záleží na situaci.

Mezi překážky, které brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě, by sociální pracovníci zařadila nedostatečné materiální vybavení sociálních pracovníků, které ztěžuje a prodlužuje jejich práci. Možnost supervize na svém pracovišti sociální pracovníci nemá, využívá porad a intervizí.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Míru stresu své práce vnímá sociální pracovníci na škále pod číslem 5.

Své zdraví hodnotí jako dobré. *„Ale, jak po fyzické, tak i psychické stránce je to nárazové, myslím si, že vzhledem k mým několikaletým zkušenostem a praxi z OSPOD pro mne tato práce již není tak stresující, jako by byla třeba pro jiné, myslím, že mohu říci, že za ty roky, si už umím poradit, pořád jsem na sobě pracovala a pracuji, jak s lidmi mluvit, jak jim pomoci a díky těm zkušenostem člověk získá určitou jistotu v řešení a jednání s lidmi.“*

„I přes mé zkušenosti, jsou jistě i chvíle, kdy je práce pro mne v menší míře stresující a člověk pak musí pracovat se sebou a s vědomím, že každý si vlastně zaslouží to, co má.“ Kdyby se měla umístit na pomyslném sociálním žebříčku, zvolila by číslo 4.

„Jestliže bych mohla něco ve své práci změnit, určitě by to bylo vybavení kanceláře, je to tu vše staré, nemáme soukromý mobilní telefon a uvítala bych i více možností vzdělávání v našem oboru. Za tři roky se vidím určitě v důchodu, ale zvažuji, že bych na částečný úvazek pracovala ještě v léčebně, protože bydlím nedaleko nebo si prostě budu užívat důchodu, odpočívat, věnovat se vnoučatům a malovat.“

Rozhovor se sociální pracovnící č. 9

Oblast č. 1 Identifikační údaje

Žena, 34 let, absolvovala střední zdravotnickou školu a následně vysokoškolské magisterské vzdělání v oboru sociální práce. V nemocnici pracuje na plný úvazek jako zdravotně sociální pracovník 6 let a to na neonatologii, dětském a gynekologicko-

porodnickém oddělení. Za rok má cca 100 intervencí s dítětem a jeho rodinou v rámci své práce. Na oddělení pracují 4 sociální pracovníce, pouze jedna se věnuje hospitalizovaným dětem a jejich rodinám. Dříve bylo 6 pracovníků na pracovišti, pak se ale některá místa zrušila a „*mám pocit, že vedení si říká, nějak to stíhají, víc jich třeba není, ale já počet pracovníků za dostatečný nepovažuji,*“ zmiňuje.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) zprostředkovává většinou oddělení na žádost ošetřujícího lékaře. Oblasti, o kterých sociální pracovníce nejčastěji s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou hovoří, se týkají podezření na zanedbání, podezření na zneužívání drog matkou, závislosti rodičů, nezletilé matky, matky bez prenatální péče.

Na sociální pracovníci se rodina sama nejčastěji obrací za účelem poskytnutí informací, poradenství, ale i např. bezdětné páry, které by rády adoptovali dítě, chtějí poskytnout informace ohledně adopce.

Sociální pracovníce se snažím zapojit rodinu a jednat s ní tak, aby se společnou snahou co nejvíce vylepšily podmínky, ve kterých dítě žije.

„Mrzí mne, že v mé činnosti přibýlo více administrativy, za ty roky, co tu pracuji, to vnímám silně, dříve stačilo zavolat na patřičná místa a bylo vše vyřešeno, za ty roky se navýšilo dost úředních věcí a administrativy, a na klienty pak zbývá méně času, než bych si přála a potřebovala.“

„Myslím si, že díky tomu, že máme podrobně vypsání náplně práce, pod které se dá zahrnout mnohé, musím říct, že vlastně neděláme nic mimo své kompetence, protože vše potřebné je chytře zahrnuto v naší pracovní náplni.“

Oslovená pracovníce po zamýšlení dochází ke zjištění, že každý její pracovní den je jiný a naprosto individuální, a dodává: „*nemám snad ani běžný pracovní den.*“

„Zato extrémních dnů je hodně, např. kdy v jedné chvíli musíte pracovat třeba až na pěti situacích, případech – to už je extrém, ono skloubit i 2 až 3 vážnější řešení situace je náročné – běháte mezi odděleními, vyřizujete telefonáty, píšete žádosti, komunikujete s rodinou a mnoha dalšími lidmi od lékařů po OSPOD, policii apod.“

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Z metod sociální práce využívá sociální pracovnice rozhovor a práci s dokumentací. Z technik jde pak o sběr anamnestických dat od kolegů a z dokumentace pacienta, informace od klienta, od rodiny, příp. informace z terénu, prošetření situace v terénu pracovníky OSPOD a komunikace s nimi – *„člověk nemůže začít něco, řešit, aniž by získal nějaké alespoň základní informace.“*

Ke specifickým v práci s hospitalizovaným dítětem, příp. s jeho rodinou dodává: *„vždy se řídíte a jste vázána zákonem, vše je podloženo zákonem, kdy děti jsou ochraňované zákonem, a je zákonná páka je chránit; vždy komunikuji jak s rodinou, tak s dítětem.“*

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

O roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě hovoří jako o napůl administrativní práci, napůl práci v přímé péči. Její náplň vnímá v souladu s cílem sociální práce v nemocnici.

Ve svém zaměstnání by pracovnice přivítala lepší technické vybavení, počítač, možnost přístupu do složek pacienta a možnost vedení dokumentace v elektronické podobě. *„Nyní pouze zapisujeme do dokumentace tvrzení: návštěva sociálního pracovníka a popis řešení, ale samotnou dokumentaci nevedeme. Myslím, že lepší technické zázemí by nám umožnilo zrychlit a zdokonalit svoji práci.“*

V roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě se cítí být hodnotná *„jak u koho, dá se říci, že tam kde nás potřebují, tam se cítím být hodnotná a ceněná, tam kde nás nepotřebují, tak jsme pro ně nic.“*

Od profese sociálního pracovníka v nemocnici se dle názoru oslovené očekává hlavně rychlé řešení vzniklé sociální situace rodiny a dítěte.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Význam sociální práce v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici hodnotí sociální pracovnice na stupnici významnosti na přídě 8.

Podle sociální pracovníce je cílem její práce v péči o hospitalizované dítě minimalizovat škody na zdraví a životě dítěte, zajistit co nejlepší podmínky pro rozvoj dítěte po jeho návratu domů a též do této oblasti řadí ochranu zájmů dítěte.

Za hlavní přínos své práce považuje zajištění kvalitních podmínek a bezpečí dítěte v rodině tím, že se rodina zaktivizuje, pomůžeme zajistit dítěti i lepší budoucnost a zkvalitnit život dítěte.

„Určitě, tím, že se řeší podezření na týrání, zanedbání dítěte, řeší se jeho domácí podmínky, je ovlivněno zdraví dětí. Zajímavé je, že přes dítě se někdy zjistí, že hlavní obětí doma je matka dítěte a dítě tím trpí psychicky, což se odráží do tělesné schránky.“

Negativna sociální práce v nemocnici vnímá sociální pracovníce skutečnost, že je neustále v infekčním prostředí. *„Možná si to pak ani neuvědomujeme, my z nemocnice, ale opravdu jsme neustále vystavováni infekcím, setkáváme se s nemocnými lidmi, různou mírou nákazy, myslím, že i na to je potřeba myslet.“*

Jako pozitivum ve své práci vidí úzkou spolupráci s OSPOD a popisuje: *„se všemi se znám, přinejmenším po telefonu, jsme v úzké komunikaci, dokonce se účastním i 1x za měsíc schůzek náhradní rodinné péče, mám s nimi velice dobré vztahy a díky nim mám docela velkou zpětnou vazbu o dalších osudech rodin, dětí a vím, jak jim má práce pomohla, či ne a to si myslím, že je v mé práci velké pozitivum a důležité, vědět, kam ta vaše práce směřuje a jestli má význam.“*

„Víte, vy jste většinou první, první záchyt, první kontakt s rodinou, člověkem, s kterým vy jako první máte něco otevřít, něco řešit... ať už je to dítě, nebo celá rodina... Člověka přivezou do nemocnice z velké míry většinou z plného zdraví, kdy se mu a jeho rodině otočí život o 180 °C a vy jste ten, co to máte dávat dohromady. Nejsou v dobrém psychickém stavu, ať už jde o úraz, nemoc. Vy s nimi nekomunikujete v době smíření, ale v době, kdy jsou ve zmatku, vzteku, agresi, zoufalství, bolesti... A naším úkolem je zmobilizovat je, aby se něco začalo dít, vy jste ten první, kdo jim má první pomoci situaci obracet k lepšímu, kdo je má nastartovat...kdo má dítě a rodinu podpořit a pomoci jim tu situace zlepšit... a když jim to pomůže tak víte, že jste něco udělala dobře a to vás pak neskutečně hřeje. A v tuhle chvíli z toho plyne, že je to také velké pozitivum v naší práci.“

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání spolupracuje s OSPOD, NNO, úřady všeho druhu, FOD, městskou charitou, ČČK, azylovými domy. Pouze každý čtvrtek se účastní vizit na neonatologickém oddělení, jinak jen v případě řešení vzniklých situací.

Sociální pracovnice se domnívá, že roli sociálního pracovníka, její roli, někteří kolegové uznávají. *„Především tam, kde již nějaký čas spolupracujeme, tam kde nás potřebují a máme s nimi již nějaké kontakty a vztahy, např. na akutních lůžkách jsme pro ošetřující personál nic.“*

Jako součást komplexního zdravotnického týmu se cítí být jak kde, např. na neonatologickém ano. Pozitivum týmové spolupráce shledává ve výměně informací, spolupráci, sdílení a společné snaze řešit situaci.

„Ale například mi vadí, když se mi lékaři začnou montovat do mého řemesla, plést do něčeho, čemu nerozumí; vy máte povinnost ze své pozice něco udělat (např. hlášení na OSPOD), a potřebujete k tomu souhlas ošetřujícího lékaře, který k tomu např. souhlas dát nechce, to je pak těžké.“

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Se svými klienty komunikuje sociální pracovnice většinou na oddělení, protože má velmi malou pracovnu: *„je tak malá, že si nedovedu představit, pozvat sem více členů rodiny, nevešli bysme se, a také komunikuji jak s dítětem, tak s rodiči, takže spíše na pokoji nebo na jídelně oddělení, což je sice hrozný, ale není tam jiná možná vhodnější místnost.“*

Překážky, které brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě určitě existují: *„absolutně tu chybí technické vybavení – nemáme svůj počítač, přístup k internetu, nemáme tiskárnu, přístup do vnitřního systému nemocnice, tudíž nemůžeme se dostat do karty klienta, nemáme svůj pracovní email, jediný pracovní telefon z celého sociálního oddělení vlastním já, jinak nikdo jiný nemá; do práce si nosím svůj notebook, a když potřebuji komunikovat se spolupracujícími institucemi a předat si informace apod., využívám svůj osobní email.“*

Možnost supervize na svém pracovišti pracovnice nemá, maximálně intervize.

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Míru stresu ve své práci hodnotí sociální pracovnice na škále stupněm nejvyšším, tedy 10. Svě zdraví hodnotí jako průměrné (ani dobré, ani špatné). Subjektivně se po fyzické stránce cítí často nachlazená, ne v plném zdraví.

K psychické stránce své osoby uvádí, že dříve vnímala práci úplně jinak, více emotivně, ... *„vše okolo dětí mi bylo líto, moc jsem si vše brala, nachlazení jsem přecházela a jednou jsem skončila i v nemocnici s epiglottidou, psychicky sesypaná a unavená, úplně mě ta práce pohltila, sejmula.. a já si v tu chvíli řekla dost, takhle to nemůže jít dál a prostě jsem na sobě začala pracovat a hlavně se snažila tolik nestresovat a nechávat alespoň velkou část toho, co přes den člověk v práci řeší, za dveřmi nemocnice.“*

„Ted' můžu říct, že už je mi psychicky mnohem líp, snažím se vše brát, že to tak, prostě je, že ne všechno vyřeším a odejít s tím, že člověk dělá maximum, co může, a velká část pak záleží i na lidech samotných, na rodině, jak se k té pomoci postaví.“

Její zdravotní stav určitě práce ovlivňuje. *„ale také si myslím, že když má člověk doma velkou oporu, tak jde vše mnohem líp..., víte, už jen to, že na mě po práci někdo čeká, je moc krásnej pocit, který vás pohání dál.“*

Na pomyslném sociálním žebříčku by se umístila hodnotou 5.

Ve své práci by ráda změnila technické vybavení. *„Se vším ostatním, myslím, jsme schopni si již tak nějak poradit, ale to technické vybavení by nám velice urychlilo a zlepšilo naše podmínky práce, myslím, že by jsme si ho zasloužili, protože i přesto, že lékař bude vždy Bůh, myslím si, že ve chvíli, kdy pomůžete rodinám v oblasti, kdy jsou na tom hodně špatně nebo vyřešíte situaci dítěte, býváte pro tu rodinu Bohem vy. Myslím si, že díky rychlému řešení situací a naší spolupráci s navazujícími organizacemi ušetříme nemocnici dost peněz na pojišťovnách, a jsme podle mého velkým přínosem, který především vedení tak nevnímá a nevidí.“*

Tak nejdéle za tři roky bych se ráda viděla na rodičovské dovolené.

Rozhovor se sociální pracovnící č. 10

Oblast č. 1: Identifikační údaje

Žena, 30 let. Absolvovala vysokoškolské vzdělání, bakalářské - Sociální patologie, a magisterské - Sociální práce se zaměřením na komunikaci a psychoterapii, má také specializaci jako zdravotně sociální pracovník. Pracuje na plný úvazek jako zdravotně sociální pracovník již 6 let, a po celou dobu se setkává s rodinami a dětmi na těchto odděleních: dětská neurologie, ORL, centrum kochleární implantace pro děti. Za rok řeší cca 80 situací ohledně hospitalizovaných dětí. Celkem pracuje v jejich nemocnici 15 pracovníků + vedoucí, z nich rodinám a hospitalizovaným dětem se věnuje 8. Jestliže je počet považován za dostatečný, je podle sociální pracovnice těžko zhodnotitelné a odhadnutelné, protože záleží na řešených případech a pracovníci mají v kombinaci s dětmi i dospělé klienty. Domnívá se ale, že se ve stávajícím počtu pracovníků dá práce stihnout a zvládnout.

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

První kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou) zprostředkovávají lékaři prostřednictvím žádankového systému nebo pracovníci přímo oslovují rodiče sami.

Na dotaz ohledně toho, o čem nejčastěji s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou hovoří, uvádí sociální pracovnice, že *„nejčastěji se jedná o poradenství – možnosti dávek, využívání služeb různých sdružení, sociálních služeb, osobní asistence, dobrovolnických center a dále řešení podezření na syndrom CAN.“*

Nejčastěji se rodina na pracovníci obrací za účelem pomoci s vyřízením a uplatněním sociálních dávek, získání informací, jak dlouho např. může být rodič na ošetřování dítěte, finanční možnosti, zprostředkování psychologické pomoci prostřednictvím odborníka apod.

Nejčastěji je setkání sociální pracovnice a rodiny hospitalizovaného dítěte dojednáno za účelem rozhovoru ohledně sociální pomoci, získání informace ohledně dávek a edukace.

Stěžejní činnosti vykonávané ve své práci popisuje sociální pracovnice následujícím způsobem. *„Ruku v ruce jde přímá práce s prací administrativní. Patří*

sem práce a komunikace v rámci multidisciplinárního týmu, přímá práce s rodinami (rozhovory, setkání), řešení nespolupráce rodiny, která nedochází s dítětem na kontroly, nebo opakovaně nedojde k plánovanému výkonu, k plánovanému pobytu dítěte v nemocnici. Komunikuji převážně s rodinou, s dítětem jen v rámci věku a jeho diagnózy (některá onemocnění, postižení brání v komunikaci s dítětem), většinou komunikuji s dítětem věku starším 12 a více let.“

Za úkony které vykonává mimo své kompetence, vyjmenovává poradenství ohledně neschopenek a zprostředkování ubytování rodičů v rámci nemocnice.

Běžný pracovní den oslovované sociální pracovnice zahrnuje žádanky, administrativu a jednání s rodinou. Extrémně náročný den je kombinací své vlastní práce + zástup za některou z kolegyň, kdy například musí sociální pracovnice řešit dva případy najednou a musí si zorganizovat priority. *„Také je to náročné v tom, že se setkáváte s dětmi, které mají např. nádory deformující obličej, tělo, nebo řešíme i i psychicky náročné situace adopcí, ...“*

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce

Z metod sociální práce ve své práci sociální pracovnice využívá rozhovor, sběr dat, anamnézu. Z technik edukaci a vše, co spočívá v sociální práci s OSPOD, práci s daty.

Jako specifikum v práci s hospitalizovaným dítětem sociální pracovnice vidí skutečnost, že za dítě je pořád někdo zodpovědný, že je důležitý přístup k dítěti přiměřeně věku, důležitá je spolupráce s OSPOD a oznamovací povinnost.

Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

„Myslím si, že role sociálního pracovníka by měla být považována jako plnohodnotná součást multidisciplinárního týmu, ve kterém by měl fungovat vzájemný respekt. Hodně jsem to já, zdravotně sociální pracovník, který dává také impuls k propuštění dítěte domů, že dítě se může vrátit do svého prostředí.“

Sociální pracovnice se domnívá, že náplň role je v souladu s cílem sociální práce v nemocnici. *„Na druhou stranu musím říct, že nejsou hlášeny lékaři, a vím to, všechny případy, které by být hlášeny měly, protože pokud už se někdo angažuje, musí být*

zodpovědný a myslím, že někteří lékaři se bojí především šetření OSPOD apod. Nechtějí to raději vidět a řešit.“

Aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí, mohli by sociální pracovníci posílit vzájemnou komunikaci v týmu pečující o dítě a rodinu, zajistit větší informovanost o naší práci, sdělit si konkrétní situace i v rámci zdravotně sociálního oddělení, např. příklady z praxe, způsoby informování rodičů.

Sociální pracovnice se necítí být stejně hodnotná jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě. *„Vím, že k určitým profesím by si někteří lékaři třeba nedovolili určité jednání jako k sociálním pracovníkům.“*

Od profese sociálního pracovníka se, dle slov dotazované, očekává co nejrychleji a především po všech stranách bezbolestně vyřešit situaci s co nejmenším zásahem do rodinného systému.

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

Význam sociální práce v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici hodnotí sociální pracovnice na nejvyšším stupni významnosti, číslem 10.

Cílem sociální práce je, podle oslovené, aby dítě mělo doma optimální podmínky pro svůj vývoj a minimalizovaly se negativní dopady na něj.

Na dotaz ohledně hlavního přínosu své práce pro hospitalizované děti a jejich rodinu se sociální pracovnice zamýšlí: *„ze zpětné vazby od rodičů dětí mám názory a je to taková většinová vazba, že z jednání se sociálními pracovníky na úradech mívají rodiče negativní prvotní zkušenosti, mají pocit, že jsou odbýváni, nevyznají se ve své situaci, nikdo jim nevěnuje čas, nezodpoví otázky..., při setkání s námi sdělují, že jsou rádi, že si na ně někdo udělá čas, usměje se na ně, povzbudí, společně konkrétně zváží zdravotní stav dítěte, nabídne a poradí možné sociální služby, zohlední vše okolo dítěte v rámci plánování, poskytne i alespoň částečně odbornou krizovou intervenci...“*

V některých případech, podle sociální pracovnice, její činnost určitě ovlivňuje zdraví klientů, *„např. pokud rodiče, kteří jsou simplexní, nepodávají potřebné léky svému dítěti, u těchto rodičů se snažíme intervenovat, edukovat, a to, že jim vše člověk vysvětluje či kontaktuje k intervenci OSPOD, může významně hrát roli ve zdraví dítěte.“*

Negativy sociální práce v nemocnici jsou, dle pracovnice, psychická zátěž, stres, tlak ze všech stran, neuznání sociální práce v organizaci, někdy opakované řešení té samé situace bez adekvátního výsledku nebo toho, co by si pracovnice pro rodinu a dítě přála, téměř nulová zpětná vazba. Jako pozitivum vnímá práci se specifickou skupinou osob, a zároveň velkou rozmanitost práce, kolegiální a nezažívání stereotypu.

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

V rámci výkonu svého povolání je mezi spolupracujícími logoped, foniatr, psycholog, psychiatr, NNO, OSPOD, tým na oddělení, kolegyně, veřejná správa (policie, úřady).

Dříve se účastnila i vizit pravidelně, ale zabíralo jí to spoustu času a pro pracovníci tato setkání nebyla přínosná. Vizit se nyní účastní jen výjimečně.

Na dotázání, jak na její práci nahlíží kolegové z jiných profesí, se zamýšlí a odpovídá: *„musíme spolupracovat nějakým způsobem,.. myslím si, jak kdo, lékaři s větším odstupem, ale třeba psychologové nás uznávají, vyměňujeme si informace, komunikujeme... takže myslím, že ostatní profese na nás nahlíží dobře.. foniatři, logopedi.. předáváme si informace a spolupracujeme.“*

Sociální pracovnice popisuje, že na klinikách pro dospělé pacienty se cítí být součástí pracovního týmu a paradoxně na klinikách pro děti nikoliv. Pozitiva týmové spolupráce shledává v získávání přesnějších informací od dalších odborníků, hlubší a lepší řešení situace, nahlášení některých situací k řešení i logopedem, foniatrem či psychologem. Jako velké negativum sociální pracovnice shledává situaci, *„kdy se více lidí shodne, že tu situaci dítěte nebudou řešit, že mi ji nenahlásí, tak to řešit nebude, protože se to třeba ani nedozvím.“*

Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

Své klienty si zve sociální pracovnice do kanceláře, ale pokud chce komunikovat s více členy najednou a rodiče chtějí být stále nablízku dítěti, je to složitější, protože na odděleních nemá svůj vlastní prostor pro komunikaci s rodinou, a přitom je

přesvědčená, že klid a prostor pro rodinu je velice důležitý. *„Takto mi to nepřijde vůbec důstojné, o to víc, když se řeší velmi závažné situace.“*

Za překážky ve své práci považuje nespolupráci některých lékařů, kteří selektují případy dětí k řešení, protože se jakoby bojí šetření OSPOD a policie, i když ví, že existuje oznamovací povinnost. Dále sociální pracovnice zmiňuje minimální zpětnou vazbu o osudech konkrétních dětí a rodin, kterým poskytovala zdravotně sociální pomoc, *„v rámci nemocnice se dozvíme v 0,1% případech, nebo až při opakované hospitalizaci.“*

Supervizi na svém pracovišti má 1x za měsíc, ale *„jen díky mému známému, který nám ji dělá zadarmo a získává tak praxi, jinak by nám ji asi nemocnice neposkytla; považuji ji za velice důležitou a je to určitě dobře, že ji máme.“*

Oblast č. 8: Zajímavé odpovědi

Svou práci hodnotí sociální pracovnice na škále číslem 10 - nejvyšší míra stresu. Své zdraví hodnotí jako dobré. Po fyzické i psychické stránce se cítí unavená, a je přesvědčena o tom, že na to má vliv i práce, nedokáže se v soukromí úplně od všeho odpoutat, *„zůstává to ve vás stejně tak jako podvědomě.“* Ví, že tento druh práce vyčerpává především psychicky. Na pomyslném sociálním žebříčku zvolila bod 6.

Kdyby mohla sociální pracovnice ve své práci něco změnit, *„určitě bych si nejvíc přála, aby ta práce nebyla potřeba, sice bych přišla vlastně o svou živnost, o práci, ale byli by jen spokojené děti, spokojení klienti, kteří nemají žádné sociální problémy. Také, aby lidé více ocenili naši práci, přece jen nás někteří z dřívějšíka stále berou, jako že jsme ta zubatá nad nimi, ty co jdou brát násilně děti apod. Dále bych si přála uznání povšechně a větší informovanost společnosti. Finanční stránku a naše ohodnocení pomínu, to už neřeším, ale vadí mi neustále změny v sociálním systému. Také si uvědomuji a vím, že některá oddělení by bez nás nemohla být, a ví to, a někdo zase opačně říká, že by nás tu zdravotně sociálních pracovníků stačila polovina, že si jako oddělení na sebe nevyděláme, že nevyděláváme na pojišťovnách apod. A také si přeji zlepšení spolupráce s přidruženými institucemi.“*

Za tři roky má sociální pracovnice vidinu rodičovské dovolené.

4.2 Shrnutí výsledků rozhovorů

4.2.1 Shrnutí výsledků rozhovorů ve vztahu k roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě

Tabulka č. 1 : Identifikační údaje

Sociální pracovník	Věk	Vzdělání	Délka praxe (sociální práce s dětmi a rodinami)
SP 1	46 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské• kurz ZSP	22 let
SP 2	27 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské• kurz ZSP	1,5 roku
SP 3	30 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské• kurz ZSP	3,5 roku
SP 4	28 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské	4 roky
SP 5	44 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské• kurz ZSP	23 let (z toho 8 let u dětí a rodin)
SP 6	55 let	<ul style="list-style-type: none">• vyšší odborné• kurz ZSP	30 let (z toho 28 let u dětí a rodin)
SP 7	39 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské• kurz ZSP	4 roky
SP 8	63 let	<ul style="list-style-type: none">• vyšší odborné	12 let (dříve 8 let OSPOD)
SP 9	34 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské	6 let
SP 10	30 let	<ul style="list-style-type: none">• vysokoškolské• kurz ZSP	6 let

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 : Pracovní náplň sociálního pracovníka

Sociální pracovník	Pracovní náplň, stěžejní činnosti práce
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství – podpora, poskytnutí informací, pomoc při řešení situace • intervence • zjišťování stavu rodiny s odstupem, znovu kontaktování
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • poradenská činnost • spolupráce s OSPOD, ÚMPOD, ÚP, s kojeneckými ústavami, dětskými centry, dětskými domovy
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství, návštěva dětí a rodin na oddělení • administrativní práce
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství • pomoc řešit sociální situaci v rodině • zajištění domácí péče, pomoc při vyřizování dávek, příspěvků
SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství • podnět k prošetření sociálně bytových podmínek dětí
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství • zajišťování následné péče u dětí
SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • sociální poradenství • zajištění sociálních a zdravotních služeb
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • jednání s klientem, poskytování informací • sociální poradenství, rozhovor • práce s chorobopisem, mapování situace, komunikace s rodinou, s OSPOD,...
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • poskytnutí informací, poradenství • administrativní práce
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství (možnosti dávek, využívání služeb různých sdružení, sociálních služeb, dobrovolnických center)

	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc s vyřízením a uplatněním sociálních dávek • zprostředkování odborné psychologické pomoci • řešení podezření na syndrom CAN
--	--

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3 : Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník	Subjektivní vnímání role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě (+ co se, podle SP, od nich očekává)
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: zajištění péče individuální, poradenské i administrativní • <u>ocenění</u>: necítí se být stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové pracovního týmu, pečující o dítě • <u>očekávání</u>: od profese se očekává „<i>rychlé řešení a rychlé zbavení rodiny od problému, také dodržování zákonů</i>“
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: „<i>jsme vítanou cestou nových informací i zlé osoby, které chtějí odebírat děti rodičům</i>“ • <u>ocenění</u>: ve své profesní roli se necítí být stejně hodnotná, oceněná jako ostatní pracovníci • <u>očekávání</u>: vysoká erudovanost, orientace nejen v sociální práci, ale i částečně v lékařství, empatie a ochota napomáhat
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: SP zaujímá tak 50 % důležitosti v péči o dítě • <u>ocenění</u>: SP se necítí stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové pracovního týmu • <u>očekávání</u>: samozřejmě rychlé vyřešení problému
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: v poskytování poradenství • <u>ocenění</u>: cítí se být stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě • <u>očekávání</u>: především empatie, profesionalita a cítění

SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: „<i>důležitá a nezastupitelná</i>“ • <u>ocenění</u>: necítí se být méně hodnotným členem víceoborového týmu • <u>očekávání</u>: objektivní posouzení situace, akceschopnost, jistota, kooperace, solidnost a jistá dávka odvahy
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: považována za velmi důležitou • <u>ocenění</u>: v roli SP v péči o hospitalizované dítě se cítí být hodnotná, oceněná, „<i>většina lékařů čeká na můj souhlas s propuštěním dítěte do domácí péče</i>“ • <u>očekávání</u>: že dítě z problémové rodiny nebude nikdy propuštěné z nemocnice do prostředí, kde by mohlo být ohrožené na zdraví nebo na životě
SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: SP ji shledává v zajištění spolupráce rodiny • <u>ocenění</u>: necítí se ve své roli být stejně hodnotná, oceněná, jako ostatní členové týmu, pečující o dítě • <u>očekávání</u>: co nejrychlejší zajištění a propuštění „<i>problémového</i>“ pacienta
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: „<i>Napůl jde o péči přímou s klientem, rodinou, napůl o roli administrativní.</i>“ • <u>ocenění</u>: cítí se být hodnotná, ceněná pracovním týmem • <u>očekávání</u>: rychlost a pružnost v řešení dané situace
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: napůl administrativní, napůl v přímé péči • <u>ocenění</u>: „<i>tam, kde nás potřebují, tam se cítím být hodnotná, tam kde nás nepotřebují, tak jsme pro ně nic</i>“ • <u>očekávání</u>: hlavně rychlé řešení vzniklé sociální situace rodiny a dítěte
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • <u>role</u>: „<i>role sociálního pracovníka by měla být považována jako plnohodnotná součást multidisciplinárního týmu, ve kterém by měl fungovat vzájemný respekt</i>“

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>ocenění</u>: necítí se být stejně hodnotná jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě • <u>očekávání</u>: co nejrychleji a především po všech stranách bezbolestně vyřešit situaci s co nejmenším zásahem do rodinného systému
--	--

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 : Význam a společenské uznání profesní role SP

Sociální pracovník	Hodnocení významu sociální práce v nemocnici a sociálního postavení (hodnocení 1-10 dle důležitosti, 1 nejnižší, 10 nejvyšší)	
	Význam sociální práce na stupnici významnosti	Umístění na pomyslném žebříčku sociálního postavení
SP 1	10	1
SP 2	9	6
SP 3	9	5
SP 4	5	8
SP 5	10	7
SP 6	10	6
SP 7	6	4
SP 8	10	4
SP 9	8	5
SP 10	10	6

Pozn.: Stupnice významnosti: 1 až 10 příček, přičemž nejvyšší příčka je velmi významné a nejnižší příčka – velmi málo významné.

Sociální žebříček dle Demakakose (2008) : 1 až 10 příček, přičemž nejvyšší číslo by bylo nejvyšší sociální postavení a nejnižší hodnota nejnižší sociální postavení.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 5 : Profesní spolupráce

Sociální pracovník	Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu a spolupráce s dalšími organizacemi
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: „<i>nejsem součástí týmu, jsem od nich odtržená, nemáme běžné denní zpětné vazby, nemáme užší kontakty</i>“ • <u>účast</u>: na konzultacích, vizitách a poradách pouze cílená • <u>spolupráce</u>: s OSPOD, ÚP v rámci dávek SSP, dětskými domovy, kojeneckými ústavy, posudkovými službami, Střep o.s., Home care, NNO, obvodními lékaři i pohřební službou
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: „<i>lékaři SP v naší nemocnici mají v úctě a vážnosti, cítím se být i součástí komplexního zdravotnického týmu</i>“ • <u>účast</u>: pravidelná účast na vizitě pouze jednoho oddělení, konzultace s lékaři dle situace a potřeb oddělení • <u>spolupráce</u>: s lékaři, zdravotními sestrami, s OSPOD, ÚMPOD, s dětskými centry, kojeneckými ústavy, úřady práce, zdravotními pojišťovnami i matrikou
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: „<i>součástí komplexního zdravotnického týmu se spíše necítím, ale je dobrá spolupráce s psychologem</i>“ • <u>účast</u>: dříve účast na vizitách transplantačních, nyní už ne, ani na jiných konzultacích • <u>spolupráce</u>: s lékaři, zdravotními sestrami, psychologem, policií, úřady, OSPOD, o. s. Střep, ranou péčí, centrem pro integraci, NNO
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: cítí se být součástí komplexního zdravotnického týmu • <u>účast</u>: bez účasti na konzultacích, vizitách či poradách

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>spolupráce</u>: především s lékaři, ostatním zdravotnickým personálem, a samozřejmě s pacientem, jeho rodinou
SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: cítí se být součástí komplexního zdravotnického týmu • <u>účast</u>: neúčastní se konzultací, vizit ani porad kliniky • <u>spolupráce</u>: s OSPOD, posudkovým lékařem dětí, azylovými domy pro matky s dětmi, soudy, dětskými centry, sdružením Sananim, o.s. Střep, FOD, diagnostickými ústavy i Policií ČR
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: cítí se být členem týmu • <u>účast</u>: účastní se konzultací o stavu hospitalizovaného dítěte, ale nechodí pravidelně na vizity • <u>spolupráce</u>: s multidisciplinárním týmem jednotlivých oddělení
SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: „<i>týmová práce není příliš v pracovním prostředí zavedená</i>“ • <u>účast</u>: konzultací, vizit či porad se neúčastní, s ošetřujícím lékařem vždy osobně jedná • <u>spolupráce</u>: s městskými úřady, obecními úřady, poskytovateli navazujících služeb
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: cítí se být součástí komplexního zdravotnického týmu • <u>účast</u>: vizit, porad se neúčastní, pouze některých konzilií • <u>spolupráce</u>: s pediatrem v místě bydliště, se soudy, s matrikami, policií, MZ, MPSV, o.s. Střep, OSPOD, organizací pro zdravotně postižené, Klokánek, FOD,..
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: „<i>součástí týmu jsem jak kde, především tam, kde již nějaký čas spolupracujeme, tam kde nás potřebují a máme s nimi již nějaké kontakty a vztahy</i>“

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>účast</u>: každý čtvrtek se účastní vizit na neonatologickém oddělení, jinak jen v případě řešení vzniklých situací • <u>spolupráce</u>: s OSPOD, NNO, úřady všeho druhu, FOD, městskou charitou, ČČK, azylovými domy
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • <u>součást týmu</u>: myslí si, že ostatní profese na její roli SP nahlíží dobře, spolupracuje v rámci týmu • <u>účast</u>: vizit se účastní jen výjimečně • <u>spolupráce</u>: s logopedem, foniatrem, psychologem, psychiatrem, NNO, OSPOD, týmem na oddělení, kolegyněmi, veřejnou správou – policie, úřady,....

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 *Shrnutí dalších výsledků rozhovorů, které pomáhají vymezit roli*

Tabulka č. 6 : Metody a techniky sociální práce

Sociální pracovník	Nejčastější metody a techniky sociální práce využívané sociálním pracovníkem v rámci péče o hospitalizované dítě	
	Metody	Techniky
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor, pozorování, práce s anamnézou, diagnostika 	<ul style="list-style-type: none"> • poradenství, podpora • u dětí hra
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor, pozorování, analýza dat 	<ul style="list-style-type: none"> • edukace a přímé dotazování
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor, anamnéza, pozorování 	<ul style="list-style-type: none"> • práce s chorobopisy, edukace, vyplnění žádostí
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor, i telefonický 	<ul style="list-style-type: none"> • práce se spisy a záznamy
SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • systemická práce s klientem • úkolově zaměřený přístup 	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor • pozorování

	<ul style="list-style-type: none"> • přístup orientovaný na klienta dle Rogerse 	<ul style="list-style-type: none"> • edukace
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • navázání kontaktu, sociální anamnéza, orientace v sociálním problému, sociální pohovor • pozorování, anamnéza z chorobopisu, posudky zdravotníků, zhodnocení informací, posouzení situace klienta, analýza problému, stanovení cílů, konkrétní řešení, ukončení spolupráce 	<ul style="list-style-type: none"> • edukace • sociální terapie-podpora, komunikace, motivace, uvědomění si problému, pocitů, emocí, získání náhledu na situaci - hodnotící technika
SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • přímá práce s klientem 	<ul style="list-style-type: none"> • edukace
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • opakované rozhovory, pohovory, vysvětlování • pomoc s vyplněním žádostí, poskytování informací 	<ul style="list-style-type: none"> • práce se spisem, s dokumentací • provádění zápisů
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor • práce s dokumentací 	<ul style="list-style-type: none"> • sběr anamnestických dat • informace od klienta, rodiny, příp. z terénu • komunikace s organizacemi
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • rozhovor, sběr dat, anamnéza 	<ul style="list-style-type: none"> • edukace a vše, co spočívá v sociální práci s OSPOD • práce s daty

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7 : Zázemí SP

Sociální pracovník	Zázemí a překážky pro uspokojujivé konání práce
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: vlastní pracovna i komunikace na oddělení • <u>překážky</u>: nedostatek času, není rozhodovací pravomoc, chybí zpětná vazba • <u>supervize</u>: 1x měsíčně
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: vlastní kancelář i komunikace na oddělení • <u>překážky</u>: jazyková bariéra („<i>Máme hodně dětí a rodičů ukrajinské či vietnamské národnosti</i>“) • <u>supervize</u>: bez možnosti
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikace v kanceláři, i přímo na odděleních • <u>překážky</u>: někdy obtížná spolupráce s ošetřujícím lékařem a legislativa • <u>supervize</u>: 1x měsíčně
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikace ve své vlastní kanceláři + počítač a mobilní telefon jako prostředek komunikace • <u>překážky</u>: není si jich vědoma • <u>supervize</u>: bez možnosti
SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: jednání s klienty na klinice (na jejich pokoji, v návštěvní místnosti, na vyšetřovně, v nejhorším případě na chodbě) nebo ve své kanceláři • <u>překážky</u>: velice krátká dobu hospitalizace, v rámci které dochází ke zdravotně sociální intervenci • <u>supervize</u>: bez možnosti
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikace s klienty v pracovně i na oddělení • <u>překážky</u>: poměrně malé množství azylových domů pro matky s dětmi • <u>supervize</u>: bez odborné supervize, ale „neprofesionální supervize“ s kolegyněmi

SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikuje s klienty na oddělení, na jejich pokoji • <u>překážky</u>: nedostatek času a nedostatečná síť navazujících služeb v terénu • <u>supervize</u>: bez možnosti
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikace s klienty na oddělení, v kanceláři • <u>překážky</u>: nedostatečné materiální vybavení sociálních pracovníků, které ztěžuje a prodlužuje jejich práci • <u>supervize</u>: bez možnosti, využívá porad a intervizí
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikace na oddělení, velmi malá pracovna • <u>překážky</u>: absolutně chybí technické vybavení (telefon, počítač, přístup do systému nemocnice, internet) • <u>supervize</u>: bez možnosti, maximálně intervize
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zázemí</u>: komunikace v kanceláři nebo na oddělení • <u>překážky</u>: nespolupráce některých lékařů, minimální zpětná vazba o osudech konkrétních dětí a rodin • <u>supervize</u>: možnost supervize 1x za měsíc

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 8 : Specifika sociální práce s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou

Sociální pracovník	Specifika
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • SP by měl počítat s různými emocemi dítěte i rodičů - stres, tlak, strach o dítě, odlišné emoce nemocných dětí než jaké jsou u zdravých • „<i>hrozba nemoci a smrti vždycky ovlivní přístup rodiny a ovládání emocí</i>“
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • omezený čas, kdy můžeme s rodinou situaci či problém řešit vzhledem ke krátkodobým hospitalizacím • „<i>spoustu věcí můžeme rodině jen poradit, ale už nestihneme pomoc realizovat</i>“

SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • sociální práce s celým systémem, s celou rodinou • onemocnění dítěte zasahuje do celé rodiny a jejich životního stylu
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • důležité brát v potaz celou rodinu jako celek
SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„specifikem je, že dítě má většinou zákonné zástupce, kteří mají sice odpovědnost vůči němu a povinnost péče, a také i kompetenci k rozhodování o něm“</i> • <i>„kladen důraz na prošetření jeho nejbližšího sociálního okolí a rodinného prostředí, což u dospělých pacientů, pokud jsou v dobrém zdravotním stavu, není“</i>
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • důležité neoddělovat matku od dítěte • <i>„specifikem této oblasti je také problém předběžných opatření, kdy se dítě umísťuje do dětského centra bez matky a nedostatek míst v dětských centrech“</i>
SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • větší emoce u dětských pacientů
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • důležitost konzultace s rodičem • řešení situace často s OSPOD
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„řídíte a jste vázána zákonem, vše je podloženo zákonem, kdy děti jsou ochraňované zákonem, a je zákonná páka je chránit; vždy komunikuji s rodinou i s dítětem“</i>
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • za dítě je pořád někdo zodpovědný • je důležitý přístup k dítěti přiměřeně věku • důležitá je spolupráce s OSPOD a oznamovací povinnost

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 9: Cíl výkonu SP, pozitiva a negativa v péči o hospitalizované dítě

Sociální pracovník	Pozitiva sociální práce	Negativa sociální práce
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: zjistit, na co má rodina nárok, co jde zařídit, udělat, s čím lze pomoci; cílem je pomoc dítěti • <u>pozitiva</u>: různorodost práce, prostor pro iniciativu, orientace v medicínské problematice, možnost řešení různých problémů z různých oblastí najednou 	<ul style="list-style-type: none"> • bez rozhodující pravomoci • pouhé zprostředkování • o osudu lidí rozhoduje „terén“ • není moc zpětných vazeb
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: napomoci rodině a dítěti v jakémkoliv ohledu a ulehčit situaci • <u>pozitiva</u>: možnost konzultace zdravotního stavu a jeho budoucího vývoje s lékařem, možnost řešit sociální situaci ještě v nemocnici 	<ul style="list-style-type: none"> • neuvědomuje si žádná negativa
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: zabezpečit rodinu, co se týče finanční situace, péče o dítě, aby se neprohlubovaly zdravotní problémy, hájení práv dítěte a předcházet zanedbávání dítěte • <u>pozitiva</u>: možnost stále a pořád se učit novým věcem, práce jako životní smysl 	<ul style="list-style-type: none"> • někdy práce pod velkým tlakem • odlišné představy lékaře, SP, rodiny, požadavky dítěte • neustále ověřování si různě získaných informací

<p>SP 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: zlepšení sociální situace rodiny • <u>pozitiva</u>: tato práce není rutina a každý den přináší nové výzvy 	<ul style="list-style-type: none"> • když rodina odmítá pomoc i přesto, že by mohlo dojít ke zkvalitnění jejich dosavadního života
<p>SP 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: zajistit podporu (sanaci) rodiny, pomoci zajistit vhodné podmínky pro zdravý vývoj dětí, • <u>pozitiva</u>: zajištění dodržování léčebných postupů u dětských pacientů, přispívá i k prevenci úrazů, rozmanitost sociální problematiky 	<ul style="list-style-type: none"> • časový pres – práce je velice rychlá • infekční prostředí • stresující práce
<p>SP 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: zajistit, aby dítě mohlo být propuštěno z nemocnice do sociálního prostředí, kde nebude nijak ohroženo • <u>pozitiva</u>: možnost spolupráce s institucemi i zodpovědnost úřadu 	<ul style="list-style-type: none"> • doba hospitalizace je čím dál více zkracována a není tak moc času na řešení sociálních problémů klienta
<p>SP 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: propuštění do vlastního sociálního prostředí, pokud je to možné, zvýšení informovanosti rodiny o jejích možnostech • <u>pozitiva</u>: neřeší se 2x nebo 3x to samé, často se v nemocnici jedná o první kontakt se SP při řešení nově vzniklé sociální situace 	<ul style="list-style-type: none"> • neexistenci společného postupu MZ a MPSV, nekoncepce ve zdravotně sociální oblasti • časová náročnost na komunikaci a schůzky

<p>SP 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: pomoci vytvořit vhodné podmínky a pro řádnou výchovu a péči rodiny o dítě • <u>pozitiva</u>: pomoci rodině vyřešit zorientovat se a vyřešit nelehkou sociální situaci, ve které se nachází 	<ul style="list-style-type: none"> • „<i>velmi krátká doba hospitalizace s sebou nese nutnost velmi rychlého řešení situace, kterou je člověk omezen</i>“
<p>SP 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: minimalizovat škody na zdraví a životě dítěte, zajistit co nejlepší podmínky pro rozvoj dítěte po jeho návratu domů a ochrana zájmů dítěte • <u>pozitiva</u>: úzká spolupráce s OSPOD a zpětná vazba od nich 	<ul style="list-style-type: none"> • neustále v infekčním prostředí
<p>SP 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cíl</u>: zajistit optimální podmínky pro vývoj dítěte a minimalizace negativních dopadů na něj • <u>pozitiva</u>: specifická skupina osob a zároveň velká rozmanitost práce, kolegalita, nezažívání stereotypu 	<ul style="list-style-type: none"> • psychická zátěž, stres, neuznání práce v organizaci • opakované řešení té samé situace bez adekvátního výsledku • téměř nulová zpětná vazba

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 10 Náročnost profese a plány

Sociální pracovník	Míra stresu v práci, subjektivní pocit zdraví (1-10)	Plány do budoucna (horizont tří let)
SP 1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 10 • <u>zdraví</u>: psychické velmi špatné, cítím se unavená, fyzické průměrné 	<ul style="list-style-type: none"> • „<i>vůbec o tom takto nepřemýšlím, opravdu nevím, ...když jsem hrozně unavená, říkám, že bych to měla změnit</i>“ • „<i>jsem tu zvyklá, je tu fajn kolektiv, práce je stresující, ale baví mě</i>“
SP 2	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 4 • <u>zdraví</u>: velmi dobré • po psychické i fyzické stránce, bez obtíží 	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovská dovolená
SP 3	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 7 • <u>zdraví</u>: průměrné • po fyzické i psychické stránce cítí unavená 	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovská dovolená
SP 4	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 4 • <u>zdraví</u>: velmi dobré • „<i>vše v naprostém pořádku</i>“ po stránce fyzické, psychické 	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovská dovolená
SP 5	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 10 • <u>zdraví</u>: průměrné • po fyzické stránce unavená, po psychické dobře 	<ul style="list-style-type: none"> • netuší, plánuje změnu • místo působení by ráda změnila

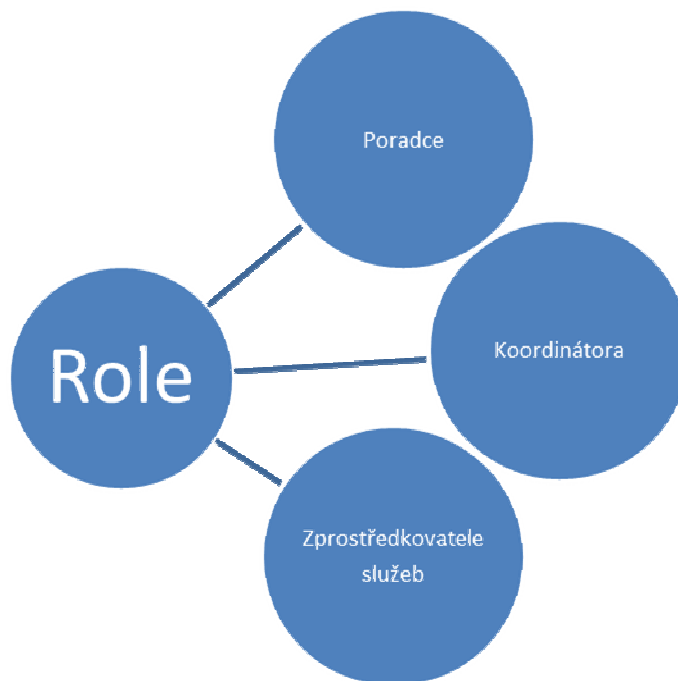
SP 6	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 10 • <u>zdraví</u>: ani dobré-ani špatné • po fyzické stránce se cítí dobře, po psychické je celkem spokojený člověk 	<ul style="list-style-type: none"> • „Nevím, nevím ani kde budu zítra.“
SP 7	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 8-9 • <u>zdraví</u>: průměrné • po fyzické stránce se subjektivně cítí „ok“ • po psychické: „při konci pracovního dne a zejména týdne zcela bez energie“ 	<ul style="list-style-type: none"> • ráda by pracovala „v nezisku“
SP 8	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u>: 5 • <u>zdraví</u>: dobré; po fyzické i psychické stránce je to nárazové, vzhledem ke zkušenostem a praxi už není práce tak stresující 	<ul style="list-style-type: none"> • „za tři roky se vidím určitě v důchodu, ale zvažuji, že bych na částečný úvazek ještě pracovala“
SP 9	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u>: 10 • <u>zdraví</u>: po fyzické stránce se cítí často nachlazená, ne v plném zdraví, psychicky mnohem lépe než dříve 	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovská dovolená
SP 10	<ul style="list-style-type: none"> • <u>míra stresu</u> – 10 • <u>zdraví</u>: dobré • po fyzické i psychické stránce se cítí unavená 	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovská dovolená

Pozn. Míra stresu: stupnice 1 až 10 (1 = žádný stres, 10 = nejvyšší míra stresu)

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Shrnutí výsledků pomocí grafického znázornění

Schéma č. 1

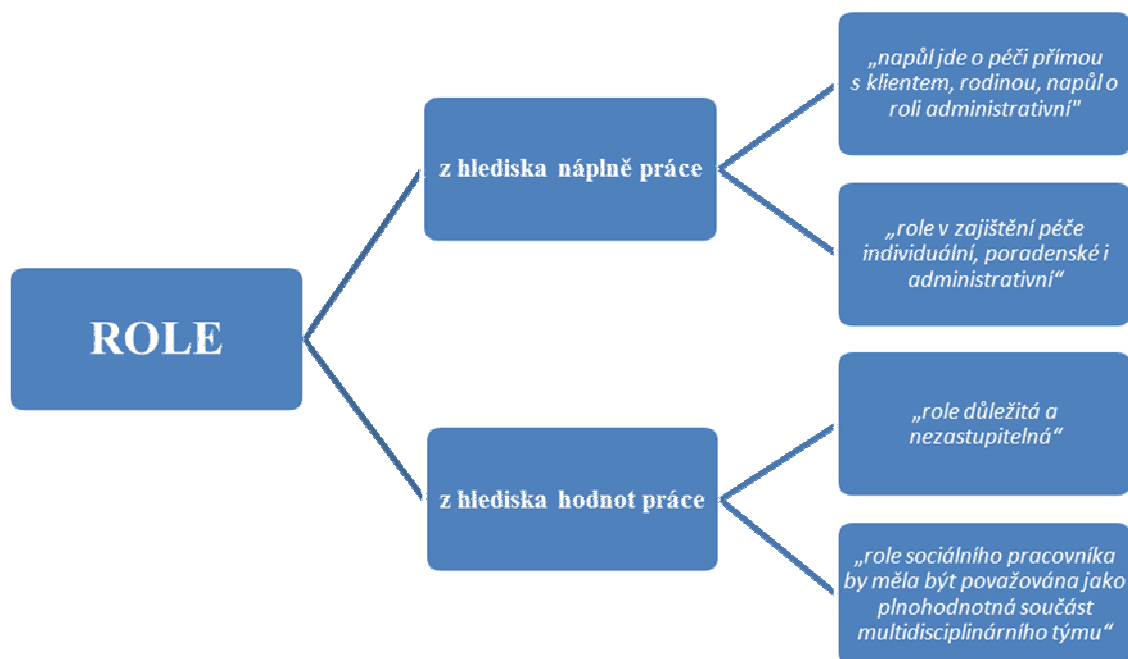


Zdroj: vlastní výzkum

Schéma znázorňuje roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované děti tak, jak ji vnímají oslovené sociální pracovnice, tedy v roli poradce, koordinátora a zprostředkovatele služeb.

Ze zjištěných údajů dále vyplývá, že sociální pracovnice subjektivně vymezují svou profesní roli dále z hlediska náplně a z hlediska hodnot své práce, což ukazuje názorně následující schéma s uvedenými příklady.

Schéma č. 2



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 3

Schéma znázorňuje oblasti, podléjící se na péči o hospitalizované dítě.



Zdroj: vlastní výzkum

Pomocí schéma č. 4 a č. 5 je znázorněna role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě prostřednictvím profesní spolupráce.

Schéma č. 4 znázorňuje ideální komplexní interdisciplinární péči o dětského pacienta.

Schéma č. 4

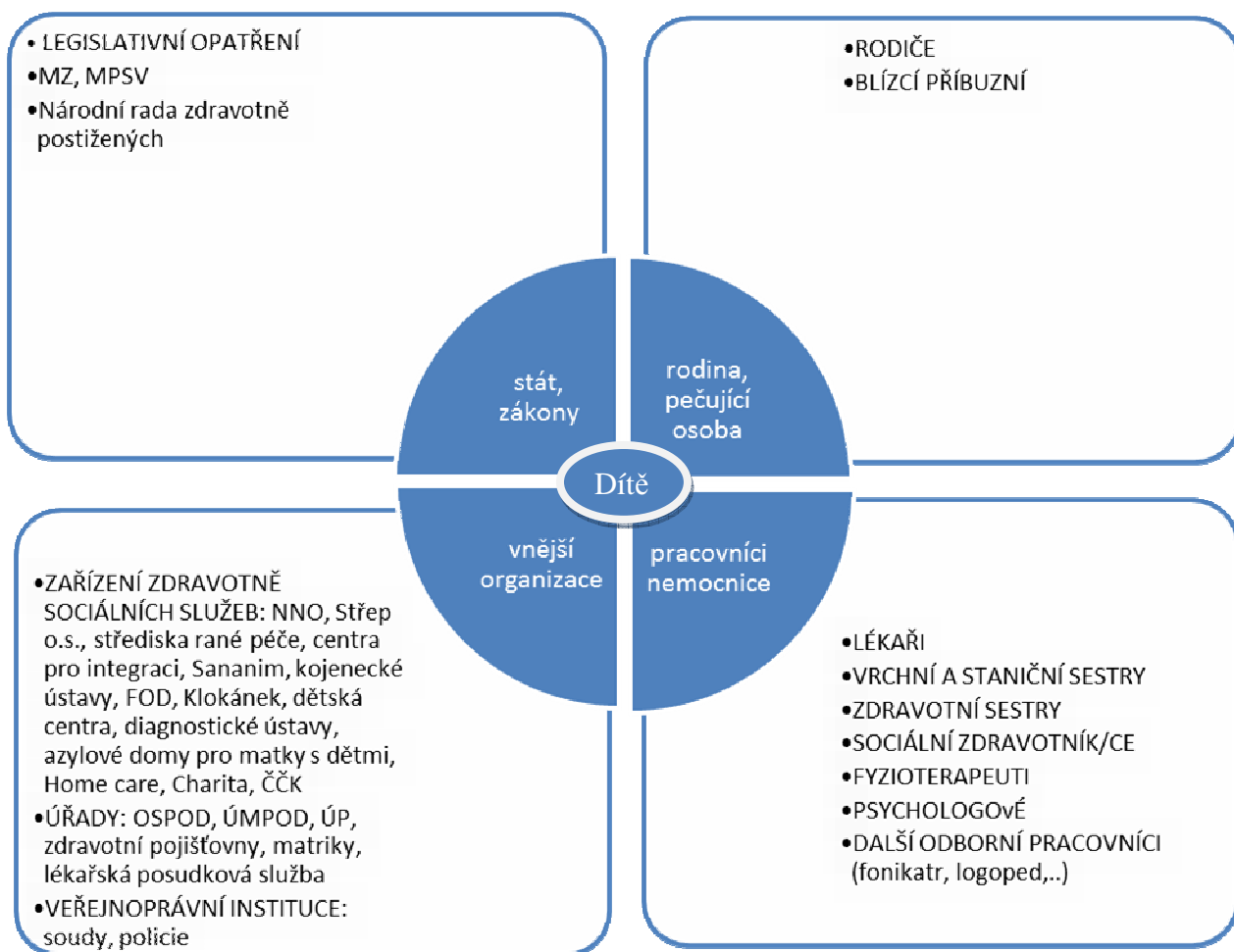
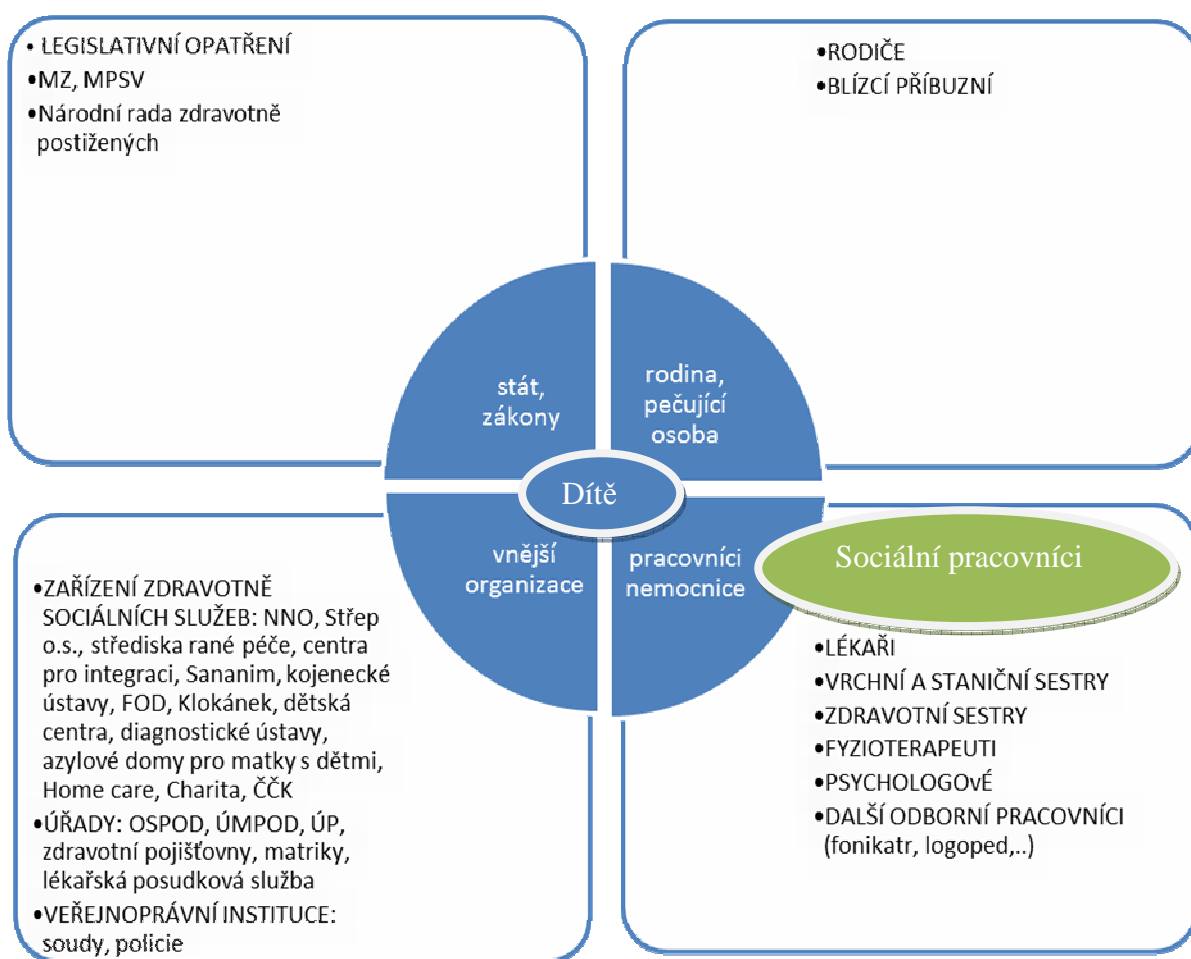


Schéma č. 5 upozorňuje na nerovnocenné postavení sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu nemocnice. Sociální pracovník nemocnice se podílí na péči o dětského pacienta, spolupracuje s rodiči, blízkými příbuznými, řídí se legislativními opatřeními, spolupracuje s vnějšími organizacemi, i se zdravotnickým týmem, ve kterém má však nerovnocenné postavení.

Schéma č. 5



5. Diskuse

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě. Výzkumný soubor tvořily sociální pracovnice nemocnic, které v rámci své působnosti pracují s hospitalizovanými dětmi a jejich rodinami.

Se sociálními pracovnicemi jsem vedla polořízený rozhovor, zaměřený na získání informací v oblastech, pomocí kterých bych ráda zmapovala a specifikovala roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě, a zároveň tak naplnila základní cíl i dílčí cíle této výzkumné práce.

5.1 Vymezení role z hlediska pracovní náplně sociálního pracovníka

Jednou z oblastí, pomocí které lze lépe poznat roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě, je jeho pracovní náplň. Arnoldová (2004) se zmiňuje o tom, že sociální pracovníci vykonávají při své profesionální činnosti řadu rolí, které se vzájemně prolínají, a je přesvědčena o tom, že role sociálního pracovníka se odvíjí nejen od charakteru zařízení, organizace a cílů programu, ale především od typu jeho činnosti a pracovní náplně.

Všechny oslovené sociální pracovnice uvedly shodně jako stěžejní náplň své práce jednoznačně *poradenství* – při řešení nepříznivé sociální situace a porozumění nové situaci, při řešení finančních potíží rodiny, při propuštění či plánování domácí péče. K obdobným závěrům dospěla i Mráčková (2012), která ve svém výzkumu uvádí, že „výzkumným šetřením bylo zjištěno, že klienti v nemocnici využívají hlavně sociální *poradenství, základní i odborné, a zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci přes externí organizace.*“ Do náplně práce sociální pracovnice dále zařazovaly především zprostředkování další pomoci a služeb, spolupráci s rodinou dítěte, s jinými institucemi a odborníky (např. s pracovníky OSPOD, ÚMPOD, s psychology, lékaři).

Z výše zmíněných výpovědí lze uvést, že sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě zastává nejčastěji roli poradce, následně pak roli koordinátora služeb a prostředníka (zprostředkovatele další pomoci).

5.2 Vymezení role pomocí subjektivního pohledu SP na svou profesní roli

Dle výpovědi bylo možné sociální pracovníce rozdělit do dvou skupin. Polovina, tedy pět, dotazovaných pracovníků vymezují svou roli de facto „*náplní práce sociálního pracovníka*“, tzn. uvádí, že: „*napůl jde o péči přímou s klientem, rodinou, napůl o roli administrativní*“, „*role v zajištění péče individuální, poradenské i administrativní*.“ Druhá polovina sociálních pracovníků na svou profesní roli nahlíží z hlediska hodnoty své profese: „*role důležitá a nezastupitelná*“, „*role sociálního pracovníka by měla být považována jako plnohodnotná součást multidisciplinárního týmu*.“

Z odpovědí dotazovaných je zřejmé, že vymezení své profesní role bylo pro sociální pracovníce terminologicky obtížné vzhledem k rozmanitosti výkladů pojmů role a s ohledem k charakteristikám tohoto povolání v nemocnici, a tak nejčastěji vymezovaly svou roli z hlediska jejího významu pro cílovou skupinu nebo z hlediska jejího obsahu – tedy náplně své práce. I tímto způsobem lze považovat roli sociálními pracovníci za definovanou.

Vymezení profesní role sociálními pracovníky z hlediska náplně a z hlediska hodnoty své práce, je v souladu s přesvědčením Maroona (2012) o tom, že pro pochopení vlastní profesní role je důležité mít dostatek informací o povinnostech a hodnotících kritériích svého povolání.

Na pracovištích, kde není profesní role přesně vyjasněna, kde instituce klade nepřiměřené nebo protichůdné nároky i očekávání a neorientují se na zaměstnance, společně i s například nedostatečnou přípravou na profesní roli, je, podle Maroona (2012), zvýšený výskyt syndromu vyhoření pracovníků. Nedostatek informací o povinnostech a hodnotících kritériích zhoršuje pochopení vlastní profesní role a budí v zaměstnanci nespokojenost (Maroon, 2012).

S tímto souvisí i míra stresu, kterou pracovníce udávaly – a jež je poměrně vysoká. Šest sociálních pracovníků z celkového počtu deseti je přesvědčeno o tom, že se od jejich profese očekává především rychlé řešení vzniklé sociální situace dítěte a rodiny. Zbývající čtyři oslovené pracovníce zmiňovaly profesionalitu, orientaci v sociální situaci, objektivní posouzení situace i empatii.

Maroon (2012) hovoří také o tom, že pracovník je schopen odolávat velkému tlaku, pokud ho zaměstnavatel odmění uznáním za jeho práci, poněvadž se zdá, že pro většinu lidí je uznání důležitější než peníze. Za zajímavé považuji odpovědi šesti sociálních pracovníků, které se necítí být stejně hodnotné, oceněné jako ostatní členové pracovního týmu. Pouze tři uvedly, že se cítí být oceněné a jedna pracovnice uvedla, že záleží na potřebnosti týmu („*tam kde nás potřebují, tam se cítím být hodnotná a ceněná, tam, kde nás nepotřebují, tak jsme pro ně nic*“).

Dobré vztahy na pracovišti jsou, dle Maroona (2012), tam, kde je poskytována zpětná vazba, uznání a podpora.

5.3 Vymezení role z hlediska významnosti sociálního pracovníka v péči o děti v nemocnici

K vymezení role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě nám pomáhá i posouzení významnosti profese a postavení sociálního pracovníka.

Sociální práce se v současnosti, jak uvádí Navrátil (2001), stává v České republice významnou profesí, ne vždy však uznávanou. Marková (2011) hovoří o tom, že ačkoliv poskytované sociální služby mají nejen přímý zdravotní, ale i ekonomický dopad, činnost sociálních pracovníků v nemocnici nebývá označována jako významná.

Na stupnici významnosti hodnotilo svou práci na nejvyšší příčce, hodnotou 10, pět oslovených pracovníků, další dvě ji hodnotily na příčce 9 a po jedné pracovnici na příčce 8, 6 a 5. Význam své role zdůraznila SP 1 slovy: „*Myslím si, že sociální práce s rodinou je mnohdy tak důležitá, že by se měla rovnat péči zdravotní.*“

V rámci tohoto výzkumu bylo také pomocí sociálního žebříčku dle Demakakose (2008) zjišťováno sociální postavení dotazovaných. Nejvyšší hodnotu na žebříčku, příčku 8, zvolila pouze jedna oslovená sociální pracovnice, ostatní sociální pracovnice volily hodnoty nižší – jedenkrát byla zvolena příčka 7, třikrát byla zvolena příčka 6 a po dvou pracovnicích pak zvolilo příčky 5 a 4, jedenkrát se v odpovědích objevila dokonce i příčka 1. Domnívám se, že své sociální postavení oslovené sociální pracovnice hodnotily s ohledem na svou profesi a uznání své práce ostatními odborníky a veřejností, čemuž odpovídají i následující výroky:

„Někteří lidé vůbec nevědí, nedokáží si představit, co sociální pracovník dělá, televize a tisk většinou ukazuje sociální práci v negativním slova smyslu, zviditelňuje se katastrofa, úspěchy a pomoc jsou opomíjeny.“

„Domnívám se, že sociální práce v nemocnici je velmi důležitá, ale že se na sociálně-zdravotní pracovníky v nemocnicích na MZ a MPSV zapomíná. Přála bych si, aby role sociálního pracovníka byla u odpovědných nadřízených institucí více respektována a podporována.“

5.4 Vymezení role prostřednictvím profesní spolupráce

Potřeba sociálních pracovníků v nemocnici je, jak uvádí Kuzníková (2011), zřejmá, přesto však postavení a role sociálního pracovníka v týmu specialistů není, podle autorky, stále dostatečně vymezena, dochází k problémům ve vzájemné komunikaci a při vymezování kompetencí i pracovních náplní. Zajištění návaznosti sociální péče na péči zdravotní je, podle Kutnohorské (2011), nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Proto je, podle Kuzníkové (2011), tak významné víceoborové zastoupení v týmu, kde má sociální pracovník díky svému vzdělání a profesním kompetencím svou specifickou roli. Svatošová (2012) také zdůrazňuje, že právě snaha o zajištění rozmanitých biologických, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb pacienta je právě důvodem k důležité týmové spolupráci. Komplexnost péče v medicíně, podle Kuzníkové (2011), dnes vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého neodmyslitelně patří i sociální/zdravotně sociální pracovník.

Kuzníková (2011) považuje společně sdílený fyzický prostor jako důležitý faktor úzké spolupráce celého týmu, kde stálá přítomnost sociálního pracovníka na klinice či oddělení umožňuje být v blízkosti klientů a spolupracovníků z týmu.

Pozitivním výsledkem se jeví skutečnost, že v šesti případech se oslovené sociální pracovnice cítí být součástí komplexního týmu. Jedna pracovnice je součástí týmu jen podle toho, zda ji na oddělení potřebují. Tři pracovnice uvádí, že se součástí komplexního týmu necítí být.

Na druhou stranu, z mého výzkumu vyplývá, že pouze dvě pracovnice se pravidelně účastní vizit jednoho ze svých oddělení, u ostatních dotazovaných je účast na vizitách a poradách pouze výjimečná nebo dávají přednost osobní konzultaci s lékaři dle situace a potřeb oddělení. Přitom samozřejmá účast na poradách i vizitách a propojení procesu sociální práce s medicínskou léčbou a ošetrovatelským procesem jsou, podle Kuzníkové (2011), bezpodmínečnými kritérii pro efektivní pomoc při řešení situace klienta v holistickém pojetí. Maroon (2012) dále dodává, že schůzky spolupracovníků snižují riziko vyhoření, pokud si mohou promluvit společně o problémech a navzájem si poradit.

V rámci rozhovoru jsem se dotazovala, s kým při své práci sociální pracovnice spolupracují. Odpovědi dotazovaných lze shrnout do tří skupin:

- rodina dítěte
- zdravotnický personál
- vnější organizace (nejčastěji sociální pracovnice uváděly spolupráci s pracovníky OSPOD, NNO, s úřady, dětskými domovy, kojeneckými ústavu, s FOD, ÚMPOD, s obvodními lékaři, s posudkovými lékaři)

Výčet spolupracujících vnějších organizací se jistě odvíjí od sociálních problémů a vzniklých nepříznivých situací jednotlivých dětí a jejich rodin, i s ohledem na rozmanitost sociálního prostředí, ze kterého děti pochází.

To, zda je sociální pracovnice začleněna do týmu a zda v něm má pevnou pozici, je ovlivněno její osobností, zkušenostmi a schopnostmi, i systémem a vymezením náplně její práce. I nemocnice má svou atmosféru, kterou vytváří především vzájemné vztahy na pracovišti, kterou dětský pacient i jeho rodina bezprostředně vnímá.

5.5 Další specifika sociální práce s dětským pacientem

Do výzkumu byly zahrnuty další oblasti, které se úzce pojí s rolí sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě. Odpovědi sociálních pracovnic pomáhají poznat specifika sociální práce s dětským pacientem.

Metody a techniky sociální práce

Jedním z dílčích cílů tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké metody a techniky sociální práce nejčastěji využívá sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě, neboť právě ony bývají nedílnou součástí náplně role sociálního pracovníka.

Kvalitní výkon zdravotně sociální práce s rodinou a dětmi předpokládá, podle Kuzníkové (2011), nejen odpovídající vzdělání zdravotně sociálního pracovníka, ale i vhodné metody a techniky zdravotně sociální práce s klientem, které se snaží uplatnit ve své praxi. Matoušek (2005) je přesvědčen o tom, že pokud se sociální pracovník orientuje v metodách a technikách sociální práce, má větší možnost volby pro práci s klientem.

Sociální pracovnice 5 uvedla, že ve své práci využívá „*systemickou práci s klientem, úkolově zaměřený přístup i přístup orientovaný na klienta dle Rogerse*“, z technik pak uvedla „*rozhovor, pozorování a edukaci*“. Správně tak dokázala rozlišit metody sociální práce od technik. V odpovědích ostatních sociálních pracovnic docházelo k významnému prolínání technik s metodami. V odpovědích nejčastěji, tzn. v devíti případech z deseti, zazníval jako stěžejní přístup k dítěti a rodině „*rozhovor*“, považovaný podle Havránkové (2003) za most, po němž se k sobě dostávají někdy zcela rozdílné světy zúčastněných. Dětsí pacienti mají, jak popisuje Bratová (2012), před neznámými okamžiky ve svém životě strach a obavu, proto je pro dětského pacienta důležité, aby se sociální pracovník při řešení vzniklé situace zaměřil na zmírnění strachu a obav, trpělivé vyslechnutí, porozumění, srozumitelný a přátelský rozhovor. I Elliot (2002) považuje rozhovor za přirozený, účinný a běžný způsob, jak se s problémy vypořádat. Rodina v rámci rozhovoru může pracovníkovi sdělit své těžkosti a pomocí rady řešit svou obtížnou situaci (Elliot, 2002).

Mezi další užívané techniky sociální pracovnice uváděly „*edukaci*“, „*práci se spisy*“, jedna oslovená pracovnice dokonce uvedla „*hru*“ jako využívanou součást své práce s dítětem.

Cíl výkonu sociální práce v péči o hospitalizované dítě

Jako jeden z dalších dílčích cílů tohoto výzkumu bylo stanoveno zjistit, jakého cíle má výkon sociální práce v péči o hospitalizované dítě dosáhnout.

Sociální práce v péči o hospitalizované dítě si klade, podle odpovědí dotazovaných sociálních pracovníků, za cíl svého výkonu na první místo (6 dotazovaných) *„zajištění vhodných podmínek pro zdravý vývoj dítěte, řádnou výchovu a hájení práv dítěte, s předcházením jeho ohrožení a zanedbávání“* (*„pomoci vytvořit vhodné podmínky pro řádnou výchovu“*, *„propuštění do vlastního sociálního prostředí, pokud je to jen možné“*, *„aby dítě mohlo být propuštěno z nemocnice do sociálního prostředí, kde nebude nijak ohroženo“*). Další čtyři pracovníci považují za cíl výkonu svého povolání zajistit informovanost rodiny o možnostech další pomoci a zlepšení sociální situace.

Získané odpovědi jsou tak v souladu s tvrzením Kuzníkové (2011), která popisuje, že obsahem a cílem sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení jsou ty intervence, jež pomáhají odstranit nebo alespoň mírnit nepříznivé důsledky situace způsobené nemocí, hospitalizací, úmrtím či psycho-sociálně patologickými jevy.

Zázemí sociálního pracovníka

Zázemí ve smyslu fyzického pracovního prostředí má, podle Kebzy (2005), významný vliv na psychický stav a pohodu sociálního pracovníka, a následně i na kvalitu jeho práce a přístup ke klientům. Z rozhovorů vyplynulo, že osm sociálních pracovníků komunikuje s rodinou dítěte jak ve své kanceláři, tak na oddělení, kde však většinou nebývá pro klidnou komunikaci a řešení situace vymezen žádný prostor. Klid a prostor pro rodinu je velice důležitý, jedna z pracovníků přímo dodává: *„Takto mi to nepřijde vůbec důstojné, o to víc, když se řeší velmi závažné situace.“* SP 9 z důvodu své velmi malé pracovny komunikuje s klienty převážně na oddělení a naopak, SP 4 uvedla komunikaci pouze ve své kanceláři.

Dvě ze všech oslovených sociálních pracovníků hovořilo o nedostatečném materiálním zázemí, které ztěžuje a prodlužuje jejich práci. Jedna ze sociálních pracovníků dokonce uvedla: *„nemáme svůj počítač, přístup k internetu, nemáme tiskárnu,*

přístup do vnitřního systému nemocnice, tudíž nemůžeme se dostat do karty klienta, nemáme svůj pracovní email, jediný pracovní telefon z celého sociálního oddělení vlastním já.“

Vzdělávání sociálního pracovníka

Sociální pracovnice 8 by uvítala více možností vzdělávání ve svém oboru.

Pouze 3 sociální pracovnice mají možnost účastnit se v rámci výkonu svého povolání odborné supervize, ostatní oslovené jsou bez této možnosti. Přitom supervize, jak popisuje Mojžíšová (2008), by měla být nedílnou součástí práce a pomáhat pracovníkům lépe se orientovat ve své profesní činnosti, porozumět pozadí vlastní práce a souvislostem s cílem zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Kuzníková (2011) se domnívá, že mezi předpoklady pro zrání osobnosti sociálního pracovníka je sebevzdělávání a supervize. Supervizi shledává Maroon (2012) jako významnou formu podpory sociálního pracovníka, a dále jako systematický proces, který umožňuje sociálním pracovníkům efektivněji plnit svou roli v organizaci.

Míra pracovního stresu

V souvislosti s výše zmíněným zjištěním bych ráda zmínila i míru stresu, kterou oslovené sociální pracovnice uváděly. Jako alarmující shledávám zjištění, že pět sociálních pracovnic ohodnotilo míru stresu ve své práci na nejvyšší příčce, tedy 10. Jedna SP na příčce 8-9, ostatní dvě na příčce 4 a po jedné pracovníci zvolilo příčku 5 a 7. V souvislosti s tímto hodnocením uvedlo pět dotazovaných sociálních pracovnic, že pociťují především psychickou únavu, což deklarují i následující výpovědi: *„při konci pracovního dne a zejména týdne jsem zcela bez energie“, „občas si беру k víkendů jeden den volna a jdu se třeba jen projít, do přírody, na sluníčko a nedělám nic, jen se snažím odpočinout.“*

Kebza (2012) uvádí, že sociální práce patří mezi profese významně ohrožené stresem a následným syndromem vyhoření. Jeho prevence je významná nejen pro zajištění zdraví a psychické pohody pracovníka, ale má také významný vliv na kvalitu práce a přístup pracovníka ke klientům (Kebza, 2012).

Specifika sociální práce s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou

Výzkum ukázal, že za nejvýznamnější specifikum považuje sedm oslovených sociálních pracovníků důležitost práce s rodinou jako celkem. V této souvislosti hovoří Elliot (2002) shodně o tom, že nejdůležitějším rozdílem mezi dětským a dospělým klientem je to, že děti samy se svými problémy vyhledají pomoc jen zřídka, o pomoc se tak většinou zajímají zúčastněné osoby, obvykle rodina dítěte.

Boledovičová (2006) uvádí, že se péče o dítě výrazně odlišuje od péče o dospělé. Různorodost péče je zapříčiněna více hledisky, jako je věk, stupeň vývoje mentální úrovně, postoj rodičů a jejich ochota spolupracovat. Každé dítě je individualita, která má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.

Shodně s tímto tvrzením souvisí i další odpovědi tří pracovníků, které uvedly následující specifika: *„důležitost přístupu k dítěti přiměřeně věku, rozdílnost přístupu k různým emocím dítěte i rodičů, rozdílný přístup rodiny (k onemocnění dítěte, k řešení situace).“*

Za ideální představu role sociálního pracovníka je možné považovat tu, kdy sociální pracovník jako člen zdravotnického týmu vstupuje do managementu péče, uplatňuje své znalosti a dovednosti v souladu s etickými zásadami a jeho péče navazuje nebo je realizována paralelně s péčí zdravotní.

Za ideální dále považuji přímou práci s dětským pacientem a jeho rodinou, spolupráci s týmem i s vnějšími organizacemi.

Za významnou podporu jeho role vnímám také možnost dalšího vzdělávání a supervize, zajištění dostatečného pracovního zázemí s možností plně hodnotné realizace svého povolání v rámci péče o dětské pacienty a jejich rodinu.

6. Závěr

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se zdravotní péče prolíná s péčí sociální a je nedílnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Nebývá jí však přikládána taková pozornost a důležitost, jakou by si zasloužila. Sociální pracovníci mnohdy řeší a snaží se pomoci zvládnout nelehké a náhle vzniklé nepříznivé sociální situace pacientů, v rámci mé diplomové práce, dětských pacientů.

Role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě není dostatečně zmapována a definována. Proto bylo hlavním cílem tohoto výzkumu **zmapovat roli sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě**. Výzkum byl realizován pomocí polořízeného rozhovoru, jenž byl rozdělen do několika oblastí, umožňujících hlubší poznání této specifické profese a přesnější charakteristiku role, kterou sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě zastává.

Hlavní cíl jsem se snažila naplnit pomocí následujících dílčích cílů.

Dílčí cíl 1. Zjistit subjektivní vnímání role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě z pohledu samotného sociálního pracovníka.

Z výpovědí vyplynulo, že sociální pracovnice v péči o hospitalizované dítě zastávají nejčastěji roli poradce, následně pak roli koordinátora služeb a prostředníka (zprostředkovatele další pomoci).

Zásadním zjištěním této diplomové výzkumné práce je fakt, že sociální pracovnice vnímají svoji profesní roli z hlediska jejího významu pro cílovou skupinu nebo z hlediska jejího obsahu – tedy náplně práce. Kategorizace tedy ukázala dvě subjektivně odlišná pojetí, která de facto odpovídají odbornému vymezení role.

Dílčí cíl 2. Zjistit, jaký cíl má výkon sociální práce v péči o hospitalizované dítě dosáhnout.

Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že sociální práce v péči o hospitalizované dítě si klade, podle odpovědí dotazovaných sociálních pracovnic, za cíl svého výkonu na první místo (6 dotazovaných) zajištění vhodných podmínek pro zdravý vývoj dítěte, řádnou výchovu a hájení práv dítěte za účelem předcházet jeho ohrožení a zanedbávání.

Další pracovníce za cíl výkonu svého povolání pak považují zajistit informovanost rodiny o jejích možnostech, a zlepšit tak sociální situaci a prostředí rodiny.

Dílčí cíl 3: Zmapovat, jaké postavení má sociální pracovník v rámci péče o hospitalizované dítě ve zdravotnickém týmu.

Pozitivní výsledek přineslo přesvědčení šesti sociálních pracovníc, které se cítí být součástí komplexního týmu. Zároveň z mého výzkumu ale vyplývá, že pouze dvě pracovníce se pravidelně účastní vizit jednoho ze svých oddělení, u ostatních dotazovaných je účast na vizitách a poradách pouze výjimečná.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jaké metody a techniky sociální práce nejčastěji využívá sociální pracovník v péči o hospitalizované dítě.

V odpovědích sociálních pracovníc nejčastěji zazníval jako stěžejní přístup k dítěti a rodině rozhovor. V dalších uvedených metodách a technikách sociální práce se odpovědi různily, v některých případech byla dokonce technika sociální práce zaměněna s metodou.

Pouze jedna pracovníce by uvítala více možností vzdělání ve svém oboru. Další vzdělávání sociálních pracovníc, prostřednictvím výcviků a kurzů, které by byly specifické pro práci s dětským pacientem, by jistě pomohlo k lepší orientaci v metodách a technikách, účinných v sociální práci s dětmi a rodinou.

Na základě výsledků výzkumu jsem stanovila následující hypotézy:

H 1: Sociální pracovníce v péči o hospitalizované dítě zastává nejčastěji roli poradce.

H 2: Postavení sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu není rovnocenné.

H 3: Nejvyužívanější technikou sociální práce s dítětem a jeho rodinou je rozhovor.

V českém prostředí došlo v uplynulých letech na poli péče o děti v nemocnici k řadě viditelných změn. Navzdory změnám k lepšímu, je však v mnoha nemocnicích nahlíženo na sociálního pracovníka stále ještě jinak, než je žádoucí a v demokratických zdravotnických systémech obvyklé, ač se s jeho pozicí již běžně v nemocnicích setkáváme.

Hospitalizace dítěte a s ní spojená nepříznivá sociální situace s nutností řešení, stejně tak jako sociální práce v nemocnici byly, jsou a v budoucnu jistě budou předmětem mnoha diskusí.

Výzkumem bych ráda upozornila na důležitost role sociálního pracovníka v péči o hospitalizované dítě. Práce má sloužit zejména k otevření diskuse nad rolí sociálního pracovníka v nemocnici, v tomto případě v péči o hospitalizované dítě. Měla by také poskytnout vhled do denní činnosti sociálního pracovníka a možnost seznámit se s výkonem sociální práce v souvislosti s péčí o hospitalizované dítě.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. II. Část – Sociální péče*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 504 s. ISBN 80-246-0875-8.
2. BADAWI, M. *Social Work Practice in Health Care*. GB, Cambridge: Woodhead-Faulkner, 1990. 197 p. ISBN 0-85941-654-2.
3. BEDER, J. *Hospital social work, the interface of medicine and caring*. USA, New York: Tylor and Francis group, LLC, 2006. 196 s. ISBN 978-0415950671.
4. BEAUCHAMP, T. L. a CHILDRESS, J. F. *Principes of Biomedical Ethics*. 6. vyd. 138 s. Oxford: Oxford University Press, 2009.
5. BOLEDOVIČOVÁ, M. In: MIČÁK a kol. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Ostrava: Filozofická fakulta, 2005. 350 s. Spis Filozofické fakulty Ostravské univerzity č. 158/2005. ISBN 80-7368-129-3.
6. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Pediatrické ošetrovatelství*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-211-1.
7. BRATOVÁ, A. a TAŠKÁ, Z. *Komunikace s dětmi v přednemocniční péči. Sestra*. 2012. č. 1. s. 26 – 27. ISSN 1210-0404.
8. BURIÁNEK, J. *Sociologie*. 2. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 127 s. ISBN 80-7168-754-5.
9. COLOROSOVÁ, B. *Krizové situace v rodině*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2008. 240 s. ISBN 978-80-249-1027-7.
10. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. a ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
11. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. a KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
12. ČERNOUŠKOVÁ, V. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: rektorát Univerzity Palackého, 1989. 69 s. Bez ISBN.
13. DEMAKAKOS, P., NAZROO, J., BREEZE, E. a MARMOT, M. *Socioeconomic status in health: the role of subjective social status*. *Social Science & Medicine*. 67: 330–340, 2008. ISSN: 0277-9536.

14. DOČKAL, J. *Člověk v současném světě*. 1. vyd. Vimperk: Akcent, 2008. 158 s. ISBN 978-80-86057-53-8.
15. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
16. ELLIOT, J. a PLACE, M. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
17. GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese*. Praha: Triton, 2011. 1.vyd. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
18. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Argo, 1999. 99 s. ISBN 80-7203-124-4.
19. GEIST, B. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: VODNÁŘ, 2000. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.
20. GOEBEL, W. a GLÖCKLER, M. *Hovory o dětech*. 1. vyd. Praha: WALD Press, 2012. 640 s. ISBN 978-80-903931-7-2.
21. HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
22. HAVRÁNKOVÁ, O. Případová práce. In: MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
23. HEŘMANOVÁ, J. Etické aspekty péče o nemocné dítě. In: Heřmanová, J., Vácha, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M. a Slovák J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
24. HETKA, E. a kol. *Pedagogika społeczna. Podrecznik akademicky*. 1. vyd. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN, 2006. ISBN 978-83-01-14675-7.
25. CHYTIL, O. In Adams, S., Erath, P. a Shardlow, S. *Fundamentals of Social Work in Selected European Countries – Historical and Political Context, Present Theory, Practice, Perspectives*. GB, Dorset: Russel House Publishing, 2000. ISBN 1-898924-68-6.
26. JANKOVSKÝ, J. Etická dilemata v sociální práci ve vztahu k rodině. In: Šrajer, J., Musil, L. a kol. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. 1. vyd. Olomučany: Albert, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.

27. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
28. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
29. KEBZA V. a kol. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 95 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
30. KOBLOVÁ, S. a MIŠURCOVÁ, V. *Práva dítěte v dokumentech*. 1. vyd. Praha: Themis, 1999. 94 s. ISBN 80-8521-56-7.
31. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
32. KRÁK, E., ŠTÚR, I. a ZLÁMALOVÁ, V. *Psychológia v práci detskej sestry*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1991. 79 s. ISBN 80-217-0423-3.
33. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie. Směry, metody, výzkum*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
34. KREJČÍŘOVÁ, D., ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
35. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
36. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M. a GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 192s. ISBN 978-80-247-3843-7.
37. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 209 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
38. MAREK, J. a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-174-9.
39. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 151 s. ISBN 80-86225-19-4.
40. MARKOVÁ, V. Sociální práce ve zdravotnických zařízeních. In: KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 209 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

41. MARKOVÁ, V. a ŠLENKRTOVÁ, H. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*. [online]. Vydání 2. 5. 2008. Revidováno 9. 1. 2012. Česká asociace sester – prezidium. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf.
42. MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
43. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
44. MATĚJČEK, Z. a DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 1. vyd. 128 s. ISBN 80-247-0332-7.
45. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
46. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9a.
47. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9b.
48. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
49. MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P. a KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
50. MICHALÍK, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: IER, 2007. 114 s. ISBN 80-903657-2-8.
51. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
52. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4.
53. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 1. vyd. Praha: SLON, 2006. 312 s. ISBN 80-86429-58-X.

54. MRÁČKOVÁ, I. *Sociální práce v nemocnici – používané metody a techniky*. České Budějovice, 2012. 140 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.
55. MUSIL, L. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“. *Dilemata práce s klienty v organizacích*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2004. 243 s. ISBN 80-903070.
56. MUSIL, L., ŠRAJER, J. a kol. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. 1. vyd. Olomučany: Albert, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.
57. NÁDASKÁ, I. *Psychologické aspekty v péči o hospitalizované děti*. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-211-1.
58. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
59. NEŠPOR, K. *Bolest se dá zvládnout. Jak mírnit bolest vlastními silami*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2003. 164 s. ISBN 80-7106-362-2.
60. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
61. PAULÍNOVÁ, L. *Psychologie pro tebe*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1998. 123 s. ISBN 80-85427-30-0.
62. PLEVOVÁ, I. a SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
63. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
64. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
65. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1994. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.
66. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

67. SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
68. SOLHEIM, K. Multidisciplinary teamwork in US primary health care. *Social science and medicine*. Elsevier: 2007. Vol. 65, p. 622 – 634. ISSN: 0277-9536.
69. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. 1.vyd. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
70. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikovatelné v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
71. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti. In MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
72. ŠIMŮNKOVÁ, M. *Náš malý pacient*. 1. vyd. Velké Bílovice: TeMi, 2010. 240s. ISBN 978-80-87156-52-0.
73. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
74. ŠPATENKOVÁ, N. a KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
75. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
76. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2007. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
77. URBAN, L. *Sociologie trochu jinak*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3562-7.
78. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
79. VRTBOVSKÁ, P. *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí*. 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2010. 120 s. ISBN 80-86620-20-4.

80. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 122 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
81. WATSON, R. In: Mlčák, Z. a kol. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Spis Filozofické fakulty Ostravské univerzity č. 158/2005. Ostrava: Filozofická fakulta, 2005. 350 s.. ISBN 80-7368-129-3.
82. Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.
83. ZACHAROVÁ, E. a HERMANOVÁ, M. a ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
84. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění.

8. Přílohy

Příloha 1: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha 2: Podklad k polořízenému rozhovoru se sociálními pracovníci

Příloha 1: Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha 2: Podklad k polořízenému rozhovoru se sociálními pracovníci

Oblast č. 1: Identifikační údaje

1. Pohlaví:
 - a) žena
 - b) muž

2. Rok narození:

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) středoškolské s maturitou
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské
 - d) jiné.....

4. Název oddělení, na kterém pracujete:

5. Pracovní pozice:
 - a) zdravotně sociální pracovník
 - b) sociální pracovník
 - c) jiné.....

6. Pracovní úvazek:
 - a) plný
 - b) poloviční
 - c) částečný (čtvrt úvazek)
 - d) jiný.....

7. Jak dlouho na své pozici pracujete?
8. Jak dlouho pracujete s dětskými pacienty, příp. jejich rodinou?

9. Kolik klientů/ pacientů máte přiděleno?
10. Kolik sociálních pracovníků pracuje ve vašem zařízení/ oddělení?
11. Kolik z nich se věnuje hospitalizovaným dětem a jejich rodinám?
12. Považujete počet SP věnujících se hospitalizovaným dětem a jejich rodinám za dostatečný?
13. Jaký počet SP by byl podle vás na Vašem pracovišti v péči o hospitalizované dítě a jejich rodinu považován za ideální?

Oblast č. 2: Pracovní náplň SP v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu

14. Kdo Vám zprostředkovává první kontakt s klientem (dítětem a jeho rodinou)?
15. O čem nejčastěji s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou hovoříte?
16. S čím se na Vás nejčastěji klient a jeho rodina obrací?
17. Zmiňte se, prosím, o nejčastějších důvodech Vašeho setkání s hospitalizovaným dítětem a jeho rodinou.
18. Zmiňte, prosím, stěžejní činnosti vykonávané ve Vaší práci.
19. Jaké úkony vykonáváte a podle vás by neměly spadat do Vaší kompetence?
20. Popište, prosím, Váš běžný pracovní den.
21. Popište, prosím, Váš extrémně náročný den.

Oblast č. 3: Používané metody a techniky sociální práce v péči o hospitalizované dítě

22. Jaké metody sociální práce ve své práci využíváte?
23. Jaké techniky sociální práce ve své práci využíváte?
24. Jaká jsou podle Vás specifika v práci s hospitalizovaným dítětem, příp. s jeho rodinou?

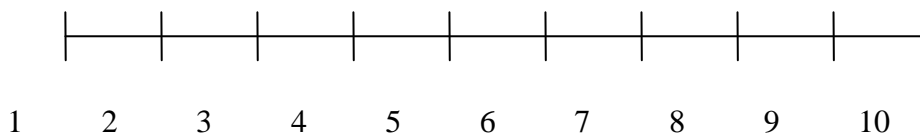
Oblast č. 4: Profesní role z pohledu samotného SP v nemocnici

25. Jaká je, podle Vašeho názoru, role SP v péči o hospitalizované dítě?
26. Je její náplň v souladu s cílem sociální práce v nemocnici?

27. Co by, podle Vás, mohli SP ve své profesi dělat ještě jinak než dosud, aby se zlepšila situace hospitalizovaných dětí?
28. Cítíte se ve své roli, v roli SP v péči o hospitalizované dítě, být stejně hodnotná/ý – oceněný/á - jako ostatní členové pracovního týmu pečující o dítě?
29. Co se dle Vašeho názoru očekává od Vaší profese?

Oblast č. 5: Významnost SP v péči o děti v nemocnici

30. Zhodnoťte, prosím, jaký význam má podle Vás, sociální práce v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu v nemocnici (hodnoťte, prosím, na stupnici významnosti, která má od 1 do 10 příček, přičemž nejvyšší příčka je velmi významné a nejnižší příčka – velmi málo významné). Co byste zvolila?



31. Co je podle Vás cílem Vaší práce v péči o hospitalizované dítě? (Jakého cíle by měl, podle Vás, výkon vaší práce v péči o hospitalizované dítě dosáhnout?)
32. Jaký je podle Vás hlavní přínos Vaší práce pro hospitalizované děti, příp. jejich rodinu?
33. Myslíte si, že Vaše činnost ovlivňuje zdraví dětských pacientů? Popř. jak?
34. Jaká jsou podle Vašeho názoru negativa sociální práce v nemocnici?
35. Jaká jsou podle Vašeho názoru pozitiva sociální práce v nemocnici?

Oblast č. 6: Profesní spolupráce

36. S kým v rámci výkonu svého povolání spolupracujete?
37. Účastníte se konzultací (vizit, porad) o stavu hospitalizovaného dítěte?
38. Jak na Vaši práci nahlíží Vaši kolegové z jiných profesí?
39. Cítíte se být součástí komplexního zdravotnického týmu? Kde spatřujete pozitiva a kde negativa týmové spolupráce?

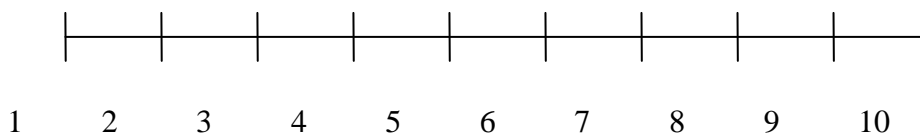
Oblast č. 7: Zázemí sociálního pracovníka

40. Kde komunikujete se svými klienty? Máte své vlastní zázemí, pracovnu?
41. Existují ve Vaší práci nějaké překážky, které Vám brání uspokojivě pracovat v rámci péče o hospitalizované dítě? Pokud ano, prosím, vyjmenujte.
42. Máte možnost supervize na svém pracovišti?

Oblast č. 8: Doplnující otázky

43. Do jaké míry je pro Vás vaše práce stresová?

Zhodnoťte, prosím, na škále (1= žádný stres, 10= nejvyšší míra stresu):



44. Jak hodnotíte své zdraví?

Velmi dobré – dobré – průměrné (ani dobré, ani špatné) – špatné – velmi špatné

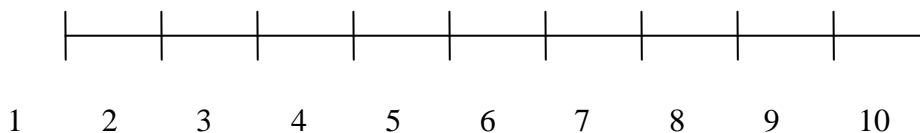
45. Jak se subjektivně zdravotně cítíte?

- a) Po fyzické stránce (prosím popište a uveďte důvody)
- b) Po psychické stránce (prosím popište a uveďte důvody)

46. Domníváte se, že Vaše práce ovlivňuje Váš zdravotní stav?

47. Kdybyste se měl/a umístit na pomyslném sociálním žebříčku (příp. do jaké třídy/vrstvy byste se zařadil/a), který by měl od 1 do 10 příček, přičemž nejvyšší číslo by bylo nejvyšší sociální postavení a nejnižší hodnota nejnižší sociální postavení. Kam byste se umístitil/a?

Škála pro sociální postavení v ČR (1= nejnižší, 10= nejvyšší):



48. Co byste ve své práci změnila? A poslední otázka - kde se vidíte za 3 roky?