

Vyhodnocení situace klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Bc. Anna Hegrová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Anna Hegrová
Osobní číslo:	H220235
Studijní program:	B0988P240004 Zdravotně sociální péče
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Vyhodnocení situace klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti zdravotně sociální práce.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu se zdravotně-sociálními pracovníky technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BURROWS, Daniel. *Critical Hospital Social Work Practice*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2020. ISBN 978-0-367-20384-9.
HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav. *Sociální práce: současné trendy*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5131-8.
KRÍŽOVÁ, Eva. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2023. ISBN 978-80-246-5076-0.
MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.
NAVRÁTIL, Pavel. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7504-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Zichová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská se zabývá procesem vyhodnocení situace klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Cílem práce je vymezení pojmů a teoretických oblastí zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních s využitím kvalitativního výzkumu se zdravotně-sociálními pracovníky, pomocí techniky rozhovoru. Představen je okruh činností zdravotně-sociálního pracovníka v rámci poskytované sociální práce ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova: zdravotně-sociální pracovník, zdravotnické zařízení, zdravotně sociální práce, klient, vyhodnocení situace

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the evaluation of the situation of clients of health and social work in healthcare facilities. The aim of the thesis is to define the concepts and theoretical areas of health and social work in healthcare facilities using qualitative research with health and social workers, using the interview technique. The range of activities of a health and social worker within the framework of the social work provided in a healthcare facility have presented.

Keywords: health and social worker, health facility, health and social work, client, situation evaluation

„Prakticky všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je nutné současně zajistit a poskytovat péči sociální“ (Vurm, 2007, s. 30).

Ráda bych touto cestou srdečně poděkovala vedoucím své bakalářské práce Mgr. Michaele Zichové a prof. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc. za jejich ochotu, cenné rady, velkou trpělivost a odborné vedení, které mi poskytovaly po celou dobu zpracování mé práce. Jejich podněty a vstřícný přístup pro mě byly velkou motivací a přínosem.

Děkuji také ochotným zdravotně-sociálním pracovnícím, za jejich čas, který mi věnovaly při poskytnutí rozhovorů do mé bakalářské práce.

Zvláštní poděkování patří také mé sestře, která mě po celou dobu studia podporovala, dodávala mi sílu v náročných chvílích a vždy věřila v mé schopnosti. Její podpora pro mě znamenala opravdu mnoho.

Mé srdečné díky patří také mým rodičům za jejich trvalou podporu a povzbuzení nejen během studia, ale po celý život. Velké poděkování patří také mému manželovi za jeho trpělivost, porozumění a víru ve mne, stejně jako mým synům, kteří byli mojí každodenní inspirací a motivací nepřestávat.

Děkuji vám všem.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO KOMPETENCE	14
1.1 KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	14
1.2 ROLE ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI.....	15
1.2.1 Administrativní aspekty práce sociálního pracovníka	18
1.2.2 Profesní činnosti zdravotně-sociálního pracovníka	20
1.3 LEGISLATIVNÍ RÁMEC A PŘEDPOKLADY K VÝKONU PROFESE	20
2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	23
2.1 METODY ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	23
2.2 CÍLOVÉ SOCIÁLNÍ SKUPINY POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	25
2.3 POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	27
3 VYHODNOCENÍ SOCIÁLNÍ SITUACE KLIENTA	30
3.1 PŘÍSTUPY K POSUZOVÁNÍ ŽIVOTNÍ SITUACE KLIENTA VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	31
3.2 POSTUPY A VYHODNOCENÍ ŽIVOTNÍ SITUACE KLIENTA.....	32
3.3 REFLEXE A REFLEXIVITA V SOCIÁLNÍ PRÁCI – SOCIÁLNÍ PRÁCE	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
4 METODIKA VÝZKUMU	37
4.1 METODOLOGIE VÝZKUMU	38
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE PRÁCE	39
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	41
4.4 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	41
4.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	51
5 DISKUZE.....	54
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
SEZNAM TABULEK.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Předložená bakalářská práce je věnována procesu vyhodnocení situace klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Zdravotně sociální práce poskytovaná klientům ve zdravotnickém zařízení je náročná. Její profesionální poskytování závisí na kompetentně připraveném zdravotně-sociálním pracovníkovi, které vychází z kontextu jejího vymezení v zákonu č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a též z hlediska vymezení činností zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnictví ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V rámci zdravotně sociální práce se jedná o sociální práci ve zdravotnictví koncipovanou v rámci dvou resortů, a to zdravotnictví a sociální práce. S tím se nezastupitelně spojuje legislativní ukotvení pozice zdravotně sociálního pracovníka ve dvou zákonech. První zákon o nelékařských zdravotnických povoláních je uveden výše a je doplněn zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který je rozveden vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Sociální pracovníci, kteří pracují v nemocničních zařízeních, používají nejčastěji označení „klient“, zatímco zdravotnický personál označuje cílovou skupinu své práce jako „pacient“. V prvním případě se terminologie označení může lišit dle zažitého způsobu označování, tedy není vyloučeno, že někteří zdravotně-sociální pracovníci pracují rovněž s pacienty. Tento rozdíl vychází z odlišných přístupů k osobě, která využívá služeb dané instituce. Sociální pracovník vnímá jednotlivce jako aktivního účastníka procesu sociální pomoci, kde se zdůrazňuje jeho autonomie a možnost podílet se na řešení své situace (Navrátil in Janebová, 2008). Naopak lékařský personál používá označení pacient, které odpovídá konceptu léčebného procesu a přístupu, kde je osoba příjemcem zdravotní péče (Mátel, 2024). Dalším faktorem je legislativní rámec a institucionální kontext, kdy některé dokumenty sociální práce upřednostňují termín klient, zatímco nemocniční systém v právní terminologii běžně operuje s termínem pacient (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Sociální práci lze chápat jako pomoc poskytovanou člověku člověkem, založenou na úctě k jeho důstojnosti. Jejím cílem je obhajoba a podpora lidských práv každého jednotlivce a zároveň prosazování principů sociální spravedlnosti (Hricová a kol., 2024).

Česká asociace sester (2008) definuje: Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální a je nedílnou a nezbytnou součástí komplexního léčebně-ošetrovatelského procesu. Do popředí zájmu se tato oblast dostává v případech, kdy nově vzniklou situaci vážící se ke změně zdravotního stavu není schopen řešit sám

pacient/klient, jeho rodina, příp. komunita. Každý pacient má právo na dostupnost sociální pomoci při řešení svých sociálních problémů a zdravotnické zařízení nesmí neposkytnutím takové péče pacienta diskriminovat (ČAS, 2008).

Cílem předložené bakalářské práce je vymezení pojmů a teoretických východisek zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních s využitím kvalitativního výzkumu se zdravotně sociálními pracovníky, pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části představujeme zdravotně-sociálního pracovníka, jeho kompetence a role, včetně legislativní podpory a předpokladů k výkonu zdravotně-sociálního pracovníka. Zmiňovaná je také zdravotně sociální práce v nemocnici, metody při poskytování zdravotně sociální péče, problematika působení multidisciplinárního týmu a cílové sociální skupiny zdravotně sociální práce v nemocnici. Uvedený je i proces vyhodnocení životní situace klientů, včetně reflexe a reflexivity v sociální práci. V praktické části přinášíme výsledky kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak zdravotně-sociální pracovníci vyhodnocují životní situaci klientů ve zdravotnických zařízeních.

Výzkum byl realizován pomocí kvalitativní výzkumné strategie s využitím sběru informací pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo pět participantů zdravotně-sociálních pracovníků, kteří působí v různých typech zdravotnických zařízení. Pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování byly identifikovány hlavní tematické okruhy, které se týkají přístupů k hodnocení klientovy situace, využívaných metod, vlivů prostředí, rodiny, ekonomiky, zdravotního stavu a dalších faktorů. Praktická část obsahuje rovněž přímé citace účastníků, které dokumentují různorodé zkušenosti a reflexe z praxe. Získaná data jsou diskutována v kontextu odborné literatury. V závěru práce shrnujeme hlavní poznatky a doporučení pro praxi zdravotně-sociální péče ve zdravotnickém prostředí.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO KOMPETENCE

Zdravotně-sociální pracovník zastává důležitou úlohu v integraci zdravotní a sociální péče, přičemž jeho hlavním cílem je podpora klientů v řešení sociálních problémů, které ovlivňují jejich zdravotní stav. Tato profese vyžaduje širokou škálu kompetencí a multidisciplinární přístup, kdy sociální pracovník aktivně spolupracuje s lékaři, psychology, fyzioterapeuty a dalšími odborníky na zajištění komplexní péče. Důraz je kladen na individuální přístup ke klientovi, schopnost koordinovat dostupné sociální služby a efektivní komunikaci mezi zdravotními a sociálními institucemi (Navrátil in Janebová, 2008).

1.1 Kompetence zdravotně-sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník by měl ovládat množství znalostí a dovedností. Jak uvádí Urban (2019), je důležité, aby nechyběla zdravotně sociálnímu pracovníkovi odpovědnost, angažovanost, schopnost samostatné práce, dobré komunikační dovednosti. Zdravotně sociální pracovník je v současné době často členem multidisciplinárního týmu, a může se stát, že hlediska konkrétní sociální péče o pacienta jej může i řídit. Na základě uvedených skutečností by zdravotně sociálnímu pracovníkovi neměly chybět dovednosti spojené s jeho profesí. Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011) popisují kompetence zdravotně sociálního pracovníka, jež zahrnují širokou škálu znalostí a dovedností potřebných pro efektivní výkon profese.

Profesně oborové kompetence spočívají v teoretických vědomostech a praktických dovednostech, které umožňují samostatnou i týmovou práci, znalost právních předpisů a aplikaci moderních metod v nemocničním prostředí.

Anamnestické a diagnostické kompetence zahrnují provádění sociálních šetření, získávání sociálních anamnéz a formulování sociálních diagnóz s cílem kvalitně posoudit klientovu životní situaci.

Poradenské a konzultační kompetence se vztahují k poskytování základního sociálního a právního poradenství, včetně specializované podpory v případě úmrtí a práce s pozůstalými.

Výchovné kompetence zahrnují sociální prevenci a depistážní činnost, tedy vyhledávání ohrožených skupin a prevence jejich sociálního vyloučení.

Rozhodovací kompetence spočívají ve znalostech krizové intervence a schopnosti sestavit plán psychosociální podpory klienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

Organizační kompetence umožňují efektivně řídit procesy, jako je zajištění převozu klienta do jiného zdravotnického zařízení nebo jeho demise s napojením na terénní služby.

Komunikační a etické kompetence zahrnují schopnost naslouchat, profesionálně komunikovat s klienty, rodinami i zdravotníky a dodržovat etické zásady sociální práce (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

1.2 Role zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici

Zdravotně-sociální pracovník zastává role, jsou rozmanité a spočívají v koordinační a organizační činnosti v rámci řešení konkrétní situace klienta. Sociální práce ve zdravotnictví představuje klíčový prvek multidisciplinární péče o pacienty, který doplňuje čistě medicínský přístup o sociálně-právní dimenzi. Sociální pracovník v nemocničním prostředí má za úkol pomáhat klientům zvládat sociální aspekty jejich zdravotního stavu, zajišťovat administrativní podporu a koordinovat následnou péči. Matoušek (2003, s. 190) definuje role jako „*Standardy chování, očekávané od jedince v určité sociální pozici, které určují kdy, kde a co má vykonat. Prostřednictvím role je realizována společenská pozice.*“ Jeho role je začleněna do multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty a další specialisty.

Podle Janebové a Musila (2007) si zdravotně-sociální pracovník osvojuje množství rolí přispívajících ke zvyšování kvality klientova života, rozvoje jeho potenciálu i potenciálu jeho rodiny. Oba autoři zároveň uvádí, že tento pracovník zprostředkovává vzájemné působení klienta a jeho bezprostředního okolí, posuzuje, plánuje a řídí poskytování zdravotně sociální péče.

Hlavní oblasti působení sociálního pracovníka v nemocnici

Sociálně-právní poradenství: Jednou z primárních úloh sociálního pracovníka je poskytování sociálně-právního poradenství klientům a jejich rodinám. Pomáhá jim orientovat se v systému sociálních služeb, nároku na dávky a možnostech pojištění. Dále se věnuje poradenství týkajícímu se umístění do zařízení následné péče, jako jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) nebo rehabilitační centra (Franěk, 2019).

Koordinace terénních služeb: Sociální pracovník se aktivně podílí na zajištění terénních služeb při propuštění klienta do domácího prostředí. Při nedostatečné kapacitě terénních zdravotních a sociálních služeb organizuje převoz klienta na lůžko následné zdravotní péče. V těchto případech pracuje v úzké spolupráci se zdravotníky a rodinnými příslušníky klienta (Franěk, 2019).

Individuální práce s klientem: V rámci individuální práce s klientem sociální pracovník využívá poradenský a anamnestický rozhovor, během kterého identifikuje sociální potřeby klienta. Při práci s hospitalizovanými klienty je často aplikován přístup orientovaný na úkoly, krizová intervence či dlouhodobá sociální podpora (Franěk, 2019).

Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu: Každodenní činnost sociálního pracovníka zahrnuje návštěvy jednotlivých nemocničních oddělení, kde spolupracuje s lékaři a staničními sestrami při identifikaci klientů vyžadujících sociální podporu. Screening rizik probíhá při přijetí klienta a také při změně zdravotního stavu nebo soběstačnosti (Franěk, 2019).

Práce s osobami bez přístřeší: Specifickou skupinou klientů jsou osoby bez domova, které jsou často hospitalizovány v akutním stavu. Sociální pracovník pomáhá těmto klientům zajistit základní ošacení, zjišťuje jejich dokladovou situaci a finanční zabezpečení. Pokud klient spolupracuje, iniciuje kontakt s azylovými domy, noclehárnami či léčebnami dlouhodobě nemocných (Franěk, 2019).

Práce s osobami se zdravotním postižením: V posledních desetiletích dochází k výrazné změně vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti. Od 70. let 20. století se stále více zdůrazňuje sociální aspekt zdravotního postižení, přičemž se již nevnímá pouze jako medicínský problém, ale jako jev ovlivněný společenskými podmínkami. Postavení těchto osob se tak postupně mění s rostoucím důrazem na jejich sociální začlenění a podporu. (Šámalová a Veselá in Matoušek, 2022).

Péče o seniory: Seniorská populace je různorodá, což znemožňuje jednoznačně definovat její specifické potřeby. Nelze ji vnímat jako homogenní skupinu ani spojovat stáří s jediným typem ohrožení. Lidé ve věku 65+ se během svého dlouhého životního období setkávají s rozmanitými situacemi, které ovlivňují jejich zdravotní stav, rodinné vztahy, ekonomickou situaci, sociální podmínky, psychickou odolnost, vzdělání i životní zkušenosti. Nejvýraznější problémy, jako je závislost na pomoci, sociální izolace nebo

zdravotní komplikace, se však často soustředí až do posledních fází života (Janečková in Matoušek, 2022).

Paliativní péče a doprovod klienta v terminálním stadiu: Sociální pracovník je součástí paliativního týmu, který pomáhá klientům v terminálním stadiu onemocnění zvládat psychologické, sociální a právní aspekty jejich situace. Zprostředkovává kontakt s podpůrnými službami a rodině poskytuje informace o možnostech péče v hospicovém či domácím prostředí (Franěk, 2019). Poslední fáze života bývá často doprovázena fyzickou i psychickou náročností, přičemž závislost na péči se obvykle zvyšuje v důsledku zdravotních obtíží a blížícího se konce. Kromě běžných potřeb nabývají v tomto období na významu také spirituální a sociální aspekty, které mohou hrát zásadní roli v prožívání této etapy (Šámalová a Prokopová in Matoušek, 2022).

Práce s osobami s duševním onemocněním: Moderní péče o osoby s duševním onemocněním již není omezena pouze na psychiatrické zařízení. Místo toho se uplatňuje komunitní péče, která nabízí širokou síť podpůrných služeb v přirozeném prostředí nemocného. Významnou roli zde hrají sociální pracovníci a další odborníci, kteří pomáhají klientům začlenit se do běžného života, zlepšit jejich sociální interakce a zajistit potřebnou podporu. Tento přístup vychází z biopsychosociálního modelu zdraví, který zdůrazňuje, že duševní onemocnění neovlivňuje pouze biologické procesy, ale vyžaduje komplexní přístup zahrnující sociální a psychologické faktory. Spolupráce odborníků z různých oblastí, jako je sociální práce, psychologie a speciální pedagogika, vedla k rozvoji nových metod, hodnot a přístupů, které přesahují tradiční medicínský model léčby duševních poruch (Dragomirecká a Pěč in Matoušek, 2022).

Práce s rodinami ohrožených dětí: Sociální pracovník získává informace o rodičovských schopnostech prostřednictvím rozhovorů s dítětem, jednání s rodiči, ať už samostatně, nebo společně s dítětem. Při sběru dat je důležité respektovat soukromí rodiny a zároveň zajistit ochranu zájmů dítěte. Hodnocení rodičovské role nemůže být kompletní bez zapojení jak dítěte, tak rodičů, dokonce ani tehdy, když rodiče mají na život dítěte negativní vliv. Pokud rodič odmítá spolupráci nebo se nemůže účastnit hodnocení, je nezbytné zajistit co nejobjektivnější a nejucelenější informace z důvěryhodných zdrojů a jasně rozlišovat mezi fakty, domněnkami, názory a předpoklady (Hejnová a Konvičková in Matoušek, 2022).

1.2.1 Administrativní aspekty práce sociálního pracovníka

Vedle poradenské činnosti a přímé práce s klienty se sociální pracovník věnuje administrativním úkolům. Zajišťuje žádosti o následnou péči, komunikuje s institucemi, státní správou a neziskovými organizacemi. Významnou součástí jeho práce je vedení dokumentace o každém klientovi, kde zaznamenává rodinné, sociální a ekonomické aspekty situace (Franěk, 2019).

Sociální pracovník v nemocnici představuje významný článek zdravotně sociální péče, který pomáhá klientům nejen při hospitalizaci, ale také při jejich návratu do domácího prostředí či následné péče. Jeho role se neustále vyvíjí v závislosti na potřebách klientů a kapacitě dostupných sociálních služeb. Rostoucí počet hospitalizovaných klientů a stále kratší doba jejich hospitalizace klade na sociálního pracovníka vysoké nároky v oblasti koordinace péče a hledání efektivních řešení sociální situace klientů (Franěk, 2019).

Řezníček (2000) ve své publikaci uvádí role, které může zdravotně-sociální pracovník v rámci svého povolání zastávat:

Pečovatel nebo poskytovatel služeb se zaměřuje na podporu klientů při běžných denních aktivitách, které sami nezvládají kvůli zdravotnímu omezení nebo jiné překážce.

Zprostředkovatel služeb pomáhá klientům navázat kontakt s vhodnými sociálními zařízeními, která mohou nabídnout účinnou podporu. Při této činnosti musí zdravotně-sociální pracovník zhodnotit dostupné možnosti pomoci a sladit je s individuálními potřebami klienta.

Učitel sociální adaptace asistuje klientům při úpravě jejich chování tak, aby dokázali efektivněji zvládat své životní situace.

Poradce nebo terapeut podporuje osobní rozvoj klientů a pomáhá jim lépe porozumět jejich vlastním postojům, emocím a způsobům jednání.

Případový manažer se soustředí na organizaci a propojení různých sociálních služeb tak, aby tvořily ucelený systém pomoci, zejména u klientů s komplexními sociálními potřebami.

Manažer pracovní náplně odpovídá za plánování sociálních intervencí, kontrolu kvality poskytovaných služeb a průběžnou dokumentaci jednotlivých případů.

Personální manažer má na starosti dohled nad týmem pracovníků, poskytuje jim odborné konzultace, zajišťuje supervizi a koordinuje jejich činnost.

Administrátor řídí pracovní postupy v rámci zařízení, plánuje jejich efektivní realizaci a zároveň se podílí na strategickém rozvoji organizace.

Činitel sociálních změn je zdravotně-sociální pracovník angažovaný v řešení širších společenských problémů. Namísto individuálních případů se zaměřuje na podporu komunitních iniciativ a analýzu sociálních jevů (Řezníček, 2000).

Zajímavé pojetí administrativního přístupu představuje Musil (2008). Administrativní přístup chápe zdravotně-sociálního pracovníka jako úředníka, jehož hlavní náplní je zpracování standardizovaných žádostí a rozhodnutí v rámci sociálních služeb. Profesní model staví na důkladném hodnocení sociální situace klienta. Sociální pracovník nejen plánuje a realizuje konkrétní kroky vedoucí k řešení klientových problémů, ale také aktivně spolupracuje s odborníky z různých disciplín. Filantropický přístup klade důraz na empatický a lidský rozměr sociální práce. Sociální pracovník se věnuje klientům s hlubokým porozuměním jejich potřebám, přičemž spolupráce mezi klientem, rodinou a ostatními odborníky je založena na vzájemné důvěře a empatii (Musil, 2008). Pro názornost uvádíme i typologii pojetí sociální práce podle zmíněného autora z roku 2010 (Tabulka 1).

Tabulka 1 Typologie pojetí sociální práce

hlediska vymezuující pojetí SP:	<i>typy pojetí sociální práce:</i>			
	„administrativní“	„profesionální“	„filantropické“	„aktivistické“
role SP	úředník	specialista	člověk	parták
předmět SP	agenda	situace	potřeby	nerovnost
úkol SP	vyřizování žádostí, volba z daných variant	posouzení, pláno- vání, provedení, evaluace intervence	navázání vztahu, poskytnutí toho, co je „potřebné“	obhajoba zájmů, zmocnění
étos SP	loajalita	respekt	altruismus	solidarita
autonomie SP	při výkladu nor- my a poskytování poradenství navíc	v rámci celého úkolu	při prožívání vztahu a potřeb klienta	v rámci celého úkolu
kvalifikace SP	SŠ, zvládání 1. agendy a 2. „abnormalit“ chování klienta	VŠ/VOŠ v SP, samostatné zvládání procesu intervence	schopnost nasazení při plnění úkolu	cit pro zneu- žívání moci a schopnost vyjednávat
důraz na specifičnost oboru SP	běžné úřední po- stupy, důraz na specifičnost „so- ciální“ agendy	důraz na unikát- nost zaměření SP a na specifičnost jejich postupů	důležitý je vztah, ne obor	důležitá je angažovanost, ne obor
pojetí spolupráce	poskytování informací „ze zákona“	zprostředkování služeb klientovi, koordinace pomá- hajících partnerů	koordinaci zajišťuje manažer, někdy chápaný jako „guru“	vyjednávání a respektování koaličního ujednání

1.2.2 Profesní činnosti zdravotně-sociálního pracovníka

Zdravotně-sociální pracovník hraje klíčovou roli při poskytování komplexní péče osobám v obtížných zdravotních i sociálních situacích. Jeho práce spojuje znalosti zdravotnictví a sociální práce s cílem zajistit podporu a zlepšit kvalitu života klientů (Holmerová, 2015).

Hlavní profesní činnosti:

Poskytování sociálního poradenství: Zdravotně-sociální pracovník pomáhá klientům orientovat se v sociálních dávkách, právních aspektech zdravotní péče a možnostech rehabilitace. Usnadňuje komunikaci mezi klientem a institucemi veřejné správy (Musil, 2008).

Spolupráce se zdravotnickým týmem: Pracovník koordinuje péči s lékaři, psychology a dalšími specialisty, čímž pomáhá zajistit individuální přístup ke každému klientovi. Spolupracuje na discharge plánování (plánování propuštění klienta), aby pacient měl po odchodu ze zdravotnického zařízení dostatečnou podporu (Janebová, 2007).

Podpora rodinných příslušníků a pečujících osob: Pracovník poskytuje informace a podporu rodinám klientů, pomáhá jim zvládnout stres spojený s péčí o nemocného a informuje je o dostupných službách sociální podpory (Čípková, 2017).

Prevence sociální exkluze a krizová intervence: Zdravotně-sociální pracovník se věnuje prevenci sociální izolace a pomáhá klientům s integrací do společnosti. V krizových situacích poskytuje krizovou intervenci a pomáhá klientům zvládat psychickou zátěž spojenou s jejich zdravotním stavem (Hudcová, 2019).

Administrativní a legislativní činnosti: Nedílnou součástí práce je vedení dokumentace, zpracování žádostí o sociální dávky, vyhodnocování potřeb klientů a příprava odborných zpráv pro zdravotní nebo sociální instituce (Matoušek, 2013).

1.3 Legislativní rámec a předpoklady k výkonu profese

Zdravotně-sociální pracovník je regulován několika zákony v České republice. Jedná se o:

- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci.

- Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních definuje činnosti zdravotně-sociálního pracovníka v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb. se týká činností zdravotnických pracovníků a dalších odborných pracovníků, což zahrnuje i zdravotně-sociální pracovníky.

Tyto zákony a vyhláška stanovují rámec pro výkon povolání a zajištění kvalitní péče o pacienty a klienty a musí splňovat předpoklady pro výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka. Jeho profil vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., který definuje činnosti sociálních pracovníků (viz Příloha P I).

Způsobnost pro výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka upravuje a je podpořena úpravou Zákona o sociálních službách (č. 96/2004 Sb., § 10), viz Příloha P II. Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. § 3 odst. 1 a § 9 (Příloha P III).

Rozdíl mezi sociálním pracovníkem a zdravotně-sociálním pracovníkem

Sociální pracovník je odborník zaměřený na pomoc jednotlivcům, rodinám a komunitám při řešení jejich sociálních problémů. Jeho hlavním cílem je zajištění sociálního začlenění, podpora osob v nepříznivé situaci a koordinace dostupných sociálních služeb. Sociální pracovníci působí v různých oblastech, například v sociálních službách, školství, neziskových organizacích nebo v rámci státní správy. Jejich kompetence zahrnují poskytování sociálního poradenství, vyhodnocování potřeb klientů a tvorbu strategií, které jim pomohou překonat obtížné životní situace (Matoušek, 2013).

Zdravotně-sociální pracovník oproti tomu spojuje oblast sociální práce se zdravotní péčí. Jeho úloha je klíčová při podpoře klientů v procesu léčby, hospitalizace nebo dlouhodobé zdravotní péče. Tito pracovníci pomáhají klientům nejen v jejich zdravotních obtížích, ale také v jejich sociálních dopadech, a to například při ztrátě zaměstnání, snížené soběstačnosti nebo problémech se sociální izolací. Zdravotně-sociální pracovníci často působí v nemocnicích, rehabilitačních centrech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebo v domovech pro seniory. Kromě sociálního poradenství pomáhají klientům orientovat se v systému zdravotních služeb, zajišťují jejich sociální integraci a napomáhají k efektivnímu propojení zdravotní a sociální péče (Kuzníková a kol., 2011).

Jedním z klíčových rozdílů mezi oběma profesemi je jejich zaměření; zatímco sociální pracovník se soustředí na obecnou sociální problematiku, zdravotně-sociální pracovník se specificky věnuje lidem, kteří čelí zdravotním komplikacím a jejich sociálním důsledkům. Dalším rozdílem je oblast jejich působení; sociální pracovníci se mohou angažovat v širokém spektru institucí, zatímco zdravotně-sociální pracovníci jsou primárně zapojeni do zdravotnických zařízení a organizací, které se starají o klienty s dlouhodobými či závažnými zdravotními problémy (Urban, 2021).

2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Sociální práce ve zdravotnictví je oblast, ve které se prolíná zdravotní a sociální péče o klienty. Zdravotně sociální práce je určena nemocným osobám, které se dostaly do různých životních situací, potřebují specializovanou sociální pomoc, protože vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neumí řešit situaci svými silami ani za pomoci své rodiny (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

Nemocnice představují instituce, ve kterých mohou vzkvétat ageistické praktiky, ne nutně z důvodu svévolnému ignorování pocitů, práv a blaha starších lidí, ale proto, že profesní a organizační kultura v nemocnicích se vyvinula z modelu, ve kterém jsou záměrně pěstovány úzké okruhy odborných znalostí. Kultivace odborných znalostí specifických pro onemocnění je výhodná pro zlepšení celkové účinnosti klinických postupů, ale může vyvolat přístup k péči o klienty, který je vysoce racionalizovaný a instrumentální, a který není dobře přizpůsoben klientům s komplexními komorbiditami a dalšími emocionálními, psychologickými a sociálními potřebami. Tím není popřeno mimořádné nasazení, soucit a tvrdá práce zaměstnanců nebo existence mnoha oddělení a nemocnic, ve kterých se starším lidem dostává vynikající péče. Spíše naznačuji, že tam, kde se racionální vědecký přístup moderní medicíny setkává s chaotickou a nejistou realitou starších lidí v podlomeném zdraví, je diskriminace související s věkem příliš často nezamýšleným a nepředvídatelným důsledkem (Burrows, 2020).

2.1 Metody zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Ve zdravotnickém zařízení se nejčastěji uplatňuje individuální práce s klientem, která začíná prvním kontaktem mezi klientem a zdravotně-sociálním pracovníkem. Ten zahajuje rozhovor, který následně zaznamenává písemně. Během komunikace je klíčové respektovat klientovu autonomii a vyvarovat se jakéhokoli hodnocení jeho situace. Klient může být skeptický vůči nabízeným možnostem pomoci, případně je zcela odmítat a vyjadřovat nedůvěru vůči pracovníkovi. V takové situaci je úkolem zdravotně-sociálního pracovníka postupně si získat klientovu důvěru a navázat efektivní spolupráci (Kuzníková, 2011).

Rozhovor je klíčovým prvkem sociální práce, umožňující efektivní komunikaci mezi klientem a zdravotně-sociálním pracovníkem. Sociální práce může být zaměřena na

individuální přístup, spolupráci s rodinou nebo širší komunitní intervenci (Kutnohorská, Cichá a Goldmann 2011).

Sociální práce ve zdravotnictví se zaměřuje na intervence, které pomáhají zmírnit negativní dopady zdravotních problémů, hospitalizace či dalších psychosociálních faktorů (Kuzníková a kol., 2011). Jejím hlavním cílem je podpora klientů v procesu adaptace na nemoc, překonání obtíží a motivace k léčbě, což přispívá ke zlepšení kvality jejich života.

Navrátil (2001) definuje sociální fungování jedince jako interakci mezi jednotlivcem a jeho sociálním prostředím, které na něj klade určité požadavky a vyžaduje reakci. Carlton (in Navrátil, 2001, s.13) popisuje sociální fungování jako *„Schopnost lidí provádět úkoly běžné denního života a angažovat se ve vztazích k jiným lidem způsobem, který je uspokojivý, jak pro ně samotné, tak pro druhé a odpovídá potřebám organizované komunity“*.

Sociální práce klade důraz na komplexní přístup k péči o klienty a tvoří nedílnou součást multidisciplinárního týmu. Přesto však není jednotně vymezeno postavení sociálního pracovníka v rámci zdravotnických zařízení, a jejich vedení má pravomoc rozhodnout, zda bude tuto profesi začleněnou do své struktury a poskytovat sociální služby (Kuzníková a kol., 2011).

Kuzníková a kolektiv (2011) zdůrazňuje, že legislativní normy hrají zásadní roli v práci zdravotně-sociálního pracovníka. Tento odborník při práci s různými cílovými skupinami vychází nejen z obecných právních předpisů, ale také z interních pravidel konkrétního zdravotnického zařízení. Dalším důležitým legislativním pilířem, který podporuje sociální práci ve zdravotnictví, jsou zákonné normy upravující oblast sociálních služeb.

Mezi legislativní normy platné pro zdravotnickou oblast lze řadit (Zákony pro lidi, 2025):

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu byl zrušen k 1. dubnu 2012 a nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb.
- Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách je stále platný a upravuje vznik, činnost a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je platný a upravuje podmínky poskytování zdravotní péče.

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví je platný a stanovuje pravidla pro ochranu veřejného zdraví.
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů byl zrušen k 24. dubnu 2019 a nahrazen zákonem č. 110/2019 Sb.

Zdravotně-sociální pracovník by se měl opírat i o níže uvedenou legislativu (Zákony pro lidi, 2025):

- Listina základních práv a svobod (1993)
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod Československo ji ratifikovalo 18. března 1992 a publikovalo pod číslem 209/1992 Sb.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů
- Zákon č. 140/1994 Sb., o sociálním zabezpečení.

2.2 Cílové sociální skupiny poskytované zdravotně sociální práce

Pro názornost pro poskytování zdravotně sociální práce je vhodné uvést cílové sociální skupiny v rámci zdravotně sociální péče v nemocničním zařízení. Zdravotně sociální práce v nemocničním zařízení se zaměřuje na různé cílové skupiny, které potřebují podporu při zvládání zdravotních problémů a jejich sociálních dopadů. Mezi nejdůležitější patří senioři, osoby s duševním onemocněním, rodiny klientů, osoby bez domova a klienti v terminální fázi nemoci. Každá skupina má specifické potřeby, které vyžadují individuální přístup a koordinaci mezi zdravotnickými a sociálními službami. Multidisciplinární spolupráce umožňuje efektivní propojení zdravotní a sociální péče s cílem zajistit optimální podporu a zlepšení kvality života klientů (Matoušek, 2013).

1. Senioři a osoby se zdravotním postižením

Jednou z nejdůležitějších cílových skupin zdravotně sociální práce v nemocnici jsou senioři a osoby se zdravotním postižením. Stárnoucí populace často čelí komplexním zdravotním i sociálním problémům, které vyžadují multidisciplinární přístup (Matoušek, 2013).

Klíčové potřeby této skupiny: Zajištění následné péče a koordinace mezi nemocnicí, domovy pro seniory a pečovatelskými službami (Navrátil, 2001). Podpora při návratu do domácího prostředí a zajištění asistence, rehabilitace, pomůcek a adaptace bydlení (Navrátil, 2001). Sociální integrace a prevence osamělosti, podpora komunitních aktivit a dobrovolnických programů (Matoušek, 2013). Právní a finanční poradenství a pomoc při vyřízení důchodů, příspěvků na péči nebo sociálních dávek (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

2. Osoby s duševním onemocněním

Další významnou cílovou skupinou jsou lidé s duševními onemocněními, kteří často vyžadují nejen psychiatrickou péči, ale také sociální podporu (Matoušek, 2013).

Hlavní oblasti sociální podpory: Krizová intervence, tedy pomoc při akutních psychických krizích, propojení s krizovými centry (Navrátil, 2001). Podpora v léčebném procesu a koordinace mezi psychiatry, sociálními pracovníky a podpůrnými službami (Navrátil, 2001). Zajištění stabilního bydlení, prevence bezdomovectví, dostupnost chráněného bydlení (Matoušek, 2013). Začlenění do společnosti a podpora pracovních programů, vzdělávání, komunitních aktivit (Votoupal, 2020).

3. Rodiny klientů

Nemocnice se nezaměřují pouze na individuální pacienty, ale také na jejich rodinné příslušníky, kteří se často stávají klíčovou oporou v léčebném procesu (Matoušek, 2013).

Klíčové aspekty rodinné podpory: Informace o diagnóze a léčbě, včetně edukace rodiny o zdravotním stavu pacienta (Navrátil, 2001). Podpora pečujících osob, tedy pomoc při organizaci domácí péče, psychosociální podpora (Navrátil, 2001). Finanční podpora, poradenství v oblasti sociálních dávek a příspěvků na péči (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Zvládání stresu a prevence vyhoření, skupinová terapie, poradenství, zapojení rodin do komunitních programů (Matoušek, 2010).

4. Osoby bez domova

Bezdomovectví představuje závažný sociální problém, který se často prolíná se zdravotními obtížemi (Matoušek, 2013).

Zdravotně sociální intervence pro osoby bez domova: Zajištění dostupné zdravotní péče, tedy propojení s komunitními zdravotními službami (Navrátil, 2001). Pomoc při hledání ubytování, zapojení do programů sociálního bydlení, azylových domů (Navrátil, 2001). Sociální reintegrace, pracovní programy, vzdělávací kurzy, podpora sociální rehabilitace (Matoušek, 2013). Psychosociální podpora, řešení problémů spojených s duševním zdravím, závislostmi, krizovými situacemi (Matoušek, 2010).

5. Klienti s terminálními onemocněními

Nemocnice se také věnují péči o klienty v závěrečných fázích života. Tito klienti vyžadují nejen kvalitní paliativní péči, ale také psychosociální podporu pro sebe a své blízké (Matoušek, 2013).

Klíčové oblasti podpory: Hospicová péče, zajištění komfortu v posledních fázích života (Navrátil, 2001). Psychologická podpora, zvládání emocí spojených s nemocí a blížícím se koncem života (Navrátil, 2001). Rodinné poradenství, pomoc rodinným příslušníkům v procesu smíření a zpracování bolesti (Matoušek, 2010). Spirituální a etické aspekty, respektování individuálních hodnot klienta při paliativní péči (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

2.3 Postavení zdravotně-sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu ve zdravotnickém zařízení

Malcolm Payne vymezuje pojem *multi* jako označení pro přítomnost více různých profesí v rámci jedné skupiny, zatímco „disciplinární“ se vztahuje k zaměření na znalosti a dovednosti specifické pro jednotlivé profesní role. Multidisciplinaritu definuje jako spolupráci mezi různými profesními skupinami, které využívají své odlišné znalosti a dovednosti k dosažení společného cíle (Payne, 2000).

Nemocniční péče samozřejmě nezávisí jen na lékařích. Většinu přímé péče o pacienty zajišťují sestry a zdravotničtí asistenti a samozřejmě by neměl být přehlížen ani příspěvek řady spřízněných zdravotnických pracovníků, včetně zdravotně-sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů. Stejně jako se medicína transformovala neustálým

sledováním a rozvojem aplikovaných vědeckých poznatků, podobnou revolucí prošlo ošetrovatelství projektem profesionalizace. Profesionalizace vedla k tomu, že sestry převzaly další povinnosti, které by dříve patřily pouze lékařům, včetně administrace a předepisování léků, sběru a záznamu diagnostických informací a diagnostiky a léčby drobných poranění a stavů. Všechny tyto úkoly vedou ke zvýšené administrativní zátěži sester jak při evidenci, tak při koordinaci ošetření (Burrows, 2020).

Zdravotně-sociální pracovník musí efektivně spolupracovat nejen v rámci svého oboru, ale také s odborníky z různých profesí, aby zajistil komplexní péči o klienta. Důležitou součástí jeho práce je orientace v právních předpisech a dodržování aktuálních standardů platných v konkrétním zařízení. Zajišťuje sociální anamnézu klienta, provádí sociální šetření, stanovuje sociální diagnózu a odhaduje možný vývoj jeho sociální situace. Mezi jeho úkoly patří také depistážní činnost, což znamená aktivní vyhledávání jedinců, kteří v důsledku svého zdravotního stavu potřebují sociální pomoc (Kutnohorská, 2011). Kromě toho plánuje psychosociální intervenci s cílem zmírnit nepříznivou situaci klienta a poskytuje krizovou intervenci v případech, kdy je to nezbytné (Hendl, 2023).

Multidisciplinární tým v nemocnici obvykle zahrnuje odborníky z různých profesních oblastí, kteří spolupracují na komplexní péči o klienty. V Tabulce 2 uvádíme hlavní členy multidisciplinárního týmu.

Tabulka 2 Členové multidisciplinárního týmu v nemocnici

Lékaři	specialisté různých oborů, kteří stanovují diagnózu a léčbu
Zdravotní sestry	poskytují ošetrovatelskou péči a koordinují každodenní potřeby pacientů
Zdravotně-sociální pracovníci	pomáhají pacientům řešit sociální problémy spojené s jejich zdravotním stavem
Psychologové	poskytují psychologickou podporu pacientům i jejich rodinám
Fyzioterapeuti	pomáhají pacientům s rehabilitací a obnovou pohyblivosti
Nutriční terapeuti	zajišťují správnou výživu pacientů podle jejich zdravotního stavu
Farmaceuti	konzultují správné užívání léků a jejich interakce
Kaplaní	poskytují duchovní podporu pacientům, kteří ji potřebují

Zdroj: vlastní zpracování, 2025

V moderním zdravotnickém systému je spolupráce mezi odborníky zásadní pro efektivní poskytování péče. Zdravotně-sociální pracovník hraje důležitou roli při koordinaci multidisciplinárních schůzek, kde se nastavují plány péče o klienta. Spolupracuje s lékaři na zajištění rehabilitace, s psychology na poskytování psychické podpory a s komunitními

organizacemi, které mohou nabídnout klientovi pomoc v jeho sociálním prostředí (Matoušek, 2013).

Vyhodnocení sociální situace klienta ve zdravotnickém zařízení je klíčovým nástrojem sociální práce. Umožňuje identifikovat individuální potřeby klienta, minimalizovat sociální rizika a navrhnout adekvátní intervenční opatření. Díky multidisciplinárnímu přístupu lze propojit zdravotní a sociální péči tak, aby klienti získali odpovídající podporu v souladu se svými aktuálními životními podmínkami (Matoušek, 2013; Payne, 2021).

3 VYHODNOCENÍ SOCIÁLNÍ SITUACE KLIENTA

Vyhodnocení životní situace klienta je komplexní proces, který vyžaduje individuální přístup, interdisciplinární spolupráci a pravidelné sledování klientových potřeb. Efektivní zdravotně sociální práce umožňuje klientům překonat sociální bariéry a zajistit jim důstojné životní podmínky (Matoušek, 2010).

Vyhodnocení sociální situace klienta je klíčovým procesem sociální práce ve zdravotnictví. Cílem je získat komplexní obraz o životní situaci klienta, identifikovat jeho potřeby a navrhnout odpovídající intervenci. Tento proces umožňuje zdravotně-sociálním pracovníkům efektivně reagovat na individuální problémy klienta a zajistit mu adekvátní podporu v rámci zdravotní i sociální péče (Matoušek, 2013; Payne, 2021).

Posouzení životní situace v sociální práci je cokoliv, jen ne jednoznačný a jednoduše uchopitelný proces. Proces posuzování (assessment) lze chápat jako postup, při němž se identifikují povaha, příčiny, vývoj a možné důsledky problému. Zároveň se v tomto procesu zohledňují osobnostní aspekty klienta a okolnosti, které se k danému problému vážou. Jelikož sociální práce je úzce propojena se sociálními vědami, způsob, jakým se životní situace klientů analyzuje, vychází z různých teoretických přístupů a paradigmat (Smutek in Navrátil, 2010).

Posouzení životní situace klienta je fází vyhodnocení životní situace klienta. Jedná se o proces, který se spouští již při zahájení spolupráce s klientem a významně formuje celý její další vývoj (Smutková in Navrátil, 2010). Posouzení životní situace klienta představuje proces, při kterém sociální pracovník analyzuje jednotlivé aspekty života klienta s cílem porozumět jeho sociálním potřebám a možnostem podpory. Tento proces zahrnuje hodnocení různých faktorů, jako jsou ekonomická situace, zdravotní stav, sociální vztahy, dostupnost podpůrných služeb a míra soběstačnosti. Cílem je identifikovat rizika a možnosti intervence, které povedou ke zlepšení klientovy celkové životní situace. Tento přístup je zásadní nejen pro samotného klienta, ale i pro multidisciplinární tým zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří společně pracují na zajištění kontinuální a efektivní péče (Matoušek, 2013).

V rámci sociální práce se posouzení situace klienta provádí na základě rozhovorů, dokumentace a spolupráce s dalšími odborníky. Existují různé metodické přístupy, které pomáhají sociálním pracovníkům efektivně analyzovat klientovu situaci a navrhnout vhodná

řešení. Tento proces je klíčový zejména při práci s ohroženými skupinami, jako jsou senioři, osoby se zdravotním postižením nebo jedinci v krizových životních situacích (Musil, 2008).

Kvalitní posouzení klientovy situace vyžaduje multidisciplinární přístup, který zahrnuje spolupráci mezi zdravotnickými, právními a sociálními institucemi. Sociální pracovník musí nejen zhodnotit aktuální stav klienta, ale také předvídat jeho budoucí potřeby a možnosti sociální integrace. Tento proces umožňuje vytvořit individuální plán péče, který klientovi poskytne potřebnou podporu a zlepší jeho kvalitu života (Navrátil, 2010).

Janebová a Musil (2007, s. 60) uvádějí, že *„Stěžejní rolí sociálních pracovníků není ani filantropie, ani distribuce dávek, ale přemýšlení. Sociální pracovníci by měli především reflektovat postupy své práce a situace klientů, a to vždy s ohledem na jejich jedinečnost a neopakovatelnost“*.

Vyhodnocení sociální situace klienta je klíčovým procesem v rámci sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Cílem tohoto hodnocení je získat ucelený obraz o životní situaci klienta, identifikovat jeho potřeby a navrhnout odpovídající intervenci. Proces vyhodnocení zahrnuje několik kroků a metod, které umožňují sociálním pracovníkům efektivně reagovat na individuální problémy klienta (Matoušek, 2013; Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

3.1 Přístupy k posuzování životní situace klienta ve zdravotnickém zařízení

Základní paradigmata posouzení uvádí Navrátil a kolektiv (2014, s. 221). Jsou jimi možné teorie Psychodynamické, Humanistické, Existenciální, Kognitivní modely, Rodinná terapie, Antiopresivní přístup, Komunitní, Ekosystémové, Advokacie, Zmocňování, Úkolově orientovaný přístup, Kognitivně-behaviorální, Řešení problémů a Systémová teorie.

Objektivistické hodnocení vychází z přesvědčení, že pravdu lze považovat za objektivní fakt, který je možné zjistit prostřednictvím metod nezávislých na subjektivním vnímání, jako jsou měření a vážení, běžné v přírodních vědách. V oblasti sociální práce se tento přístup opírá o standardizované nástroje, jako jsou dotazníky, škály, systematické pozorování a rozhovory vedené tak, aby nebyly ovlivněny osobními postoji hodnotitele. Cílem je získat co nejpresnější data reflektující skutečnou situaci klienta bez subjektivního zkreslení (Navrátil in Janebová, 2008).

Podle Hollandové (2004) musí sociální pracovník v objektivistickém přístupu fungovat jako nezaujatý pozorovatel. Tento přístup vyžaduje, aby pracovník eliminoval osobní pocity,

kteřé by mohly narušit objektivitu procesu hodnocení. Klíčovou schopností pro tento typ posouzení je administrativní dovednost, tedy schopnost efektivně shromažďovat, strukturovat a analyzovat data, která následně umožňují důkladné vyhodnocení klientovy situace (Hollandová 2004 in Navrátil, 2008).

Sociální šetření jako základ vyhodnocení životní situace klienta. „*Sociální šetření je jednou z metod sociální práce, jejímž obecným cílem je seznámení se s přirozeným prostředím rodiny/jedince a získání informací o její/jeho životní situaci. Slouží jako východisko pro určení a vyjednání cílů pomoci poskytované rodině/jedinci sociálním pracovníkem při řešení jejich/jeho obtížné životní situace s využitím dalších činností sociální práce (např. individuální/rodinné sociální práce zaměřené na posilování schopnosti klienta samostatně zvládnout své potíže; poskytnutí dávek; zprostředkování sociální služby, apod.)*“ (Musil a kol., 2015, s. 11).

3.2 Postupy a vyhodnocení životní situace klienta

Vyhodnocení sociální situace klienta je klíčovým procesem v sociální práci, který umožňuje efektivní plánování intervencí a poskytování adekvátní podpory. Tento proces zahrnuje několik základních kroků, které pomáhají identifikovat potřeby klienta a zajistit mu odpovídající pomoc (Navrátil, 2014).

Hlavní oblasti vyhodnocení životní situace klienta jsou:

1. Získání základních informací o klientovi

Sociální šetření představuje klíčový krok v procesu vyhodnocení životní situace klienta, protože umožňuje získat komplexní informace o jeho zdravotním stavu, ekonomické stabilitě, rodinném zázemí a psychické pohodě. Sociální pracovník využívá rozhovory, dotazníky a analýzu dostupné dokumentace k identifikaci faktorů ovlivňujících klientovu situaci a možnosti podpory. Mezi základní aspekty, které jsou zkoumány, patří dopad zdravotního stavu na každodenní život, stabilita rodinného prostředí, dostupnost vhodného bydlení, pracovní možnosti a finanční situace včetně dostupnosti sociálních dávek. Důkladná analýza těchto oblastí umožňuje efektivní plánování intervencí a nastavení podpory odpovídající individuálním potřebám klienta (Navrátil in Janebová, 2008; Matoušek, 2013).

2. Diagnostika sociálních problémů a analýza sociálních potřeb klienta

Po získání základních informací sociální pracovník identifikuje klíčové problémy, které mohou ovlivnit klientovu schopnost vést stabilní život. Analyzuje faktory přispívající k obtížné situaci klienta a hledá vhodné nástroje k jejich řešení, což je zásadní pro vytvoření individuálního plánu podpory (Mátel, 2025). V rámci tohoto procesu hodnotí potřebu asistence při běžných denních činnostech, možnost využití rehabilitačních služeb či dlouhodobé péče, dostupnost sociálních služeb a komunitních programů, stejně jako nutnost právního nebo finančního poradenství, které může ovlivnit stabilitu klientova života (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

3. Hodnocení sociálního rizika identifikace potřeb a cílů klienta

Sociální pracovník se zaměřuje na faktory, které mohou ohrozit stabilitu klienta a jeho schopnost vést samostatný život, přičemž mezi nejčastější rizika patří sociální izolace, domácí násilí nebo zneužívání, ztráta bydlení či existenční problémy a nedostatečná podpora ze strany rodiny a komunity (Matoušek, 2013). Každý klient má individuální potřeby, které je třeba zohlednit při plánování sociální pomoci. Mezi klíčové cíle sociálního pracovníka patří zajištění stabilního bydlení (Vyhláška č. 55/2011 Sb.), přístup k rehabilitačním službám, poskytování psychosociální podpory a terapie a zlepšení finanční situace klienta (Navrátil, 2008). Tato opatření umožňují vytvoření individuálního plánu podpory, který reflektuje aktuální potřeby klienta a poskytuje mu odpovídající pomoc (Navrátil in Janebová, 2008).

4. Návrh a realizace intervenčních opatření

Na základě shromážděných informací sociální pracovník navrhuje konkrétní opatření odpovídající potřebám klienta, mezi něž patří zajištění krizové intervence a sociálních služeb, propojení s odborníky na právní pomoc či psychologické poradenství, podpora při hledání vhodného bydlení nebo zaměstnání a asistence při adaptaci na změny zdravotního stavu a sociálních podmínek (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Na základě hodnocení situace klienta je následně vytvořen plán podpory, který stanovuje konkrétní kroky vedoucí k jeho stabilizaci a začlenění do společnosti. Součástí tohoto plánu může být koordinace s odborníky, využití dostupných sociálních služeb a právního poradenství. Důležitým aspektem celého procesu je kontinuální sledování průběhu intervencí a pravidelná aktualizace opatření podle proměnlivé životní situace klienta (Matoušek, 2013).

5. Pravidelné monitorování a vyhodnocení efektivity

Vyhodnocení sociální situace klienta je nezbytným krokem k efektivnímu poskytování zdravotně sociální péče. Díky komplexnímu hodnocení je možné identifikovat klíčové problémy klienta a nabídnout mu adekvátní podporu odpovídající jeho individuálním potřebám (Matoušek, 2013).

3.3 Reflexe a reflexivita v sociální práci – Sociální práce

Sociální pracovník pro svoji práci musí umět sám zhodnotit svou praxi. Reflexivní posouzení v sociální práci je klíčovým aspektem profesionálního přístupu, který umožňuje sociálním pracovníkům kriticky hodnotit svou praxi, rozhodovací procesy a interakce s klienty (Navrátil et al., 2014). Tento koncept je úzce spojen s reflexivitou, která zahrnuje schopnost analyzovat vlastní postoje, hodnoty a přístupy v kontextu sociální práce (Navrátil et al., 2014).

Význam reflexivního posouzení

Reflexivní posouzení umožňuje sociálním pracovníkům nejen lépe porozumět své vlastní praxi, ale také identifikovat oblasti, které vyžadují změnu nebo zlepšení. Reflexe může být spontánní nebo záměrná, přičemž záměrná reflexe je systematicky plánovaná a organizovaná tak, aby vedla k optimálním výsledkům (Navrátil et al., 2014).

Reflexivní posouzení je důležité nejen pro individuální rozvoj sociálních pracovníků, ale také pro zlepšení kvality poskytovaných služeb (Havrdová, 2018). Pomáhá pracovníkům lépe porozumět dynamice vztahů s klienty, identifikovat možné předsudky a stereotypy, které mohou ovlivnit jejich rozhodování, a přizpůsobit své metody tak, aby byly co nejefektivnější (Navrátil et al., 2014).

Kritická reflexivita v sociální práci

V rámci kritické perspektivy sociální práce je reflexe klíčovým nástrojem pro porozumění situaci klienta a jejímu kritickému posouzení za účelem dosažení změny (Navrátil et al., 2014). Sociální pracovníci často čerpají ze svých zkušeností a vytvořených metod, které se jim osvědčily, avšak reflexe jim umožňuje přehodnotit tyto postupy a případně je upravit tak, aby lépe odpovídaly potřebám klientů (Havrdová, 2018).

Kritická reflexivita zahrnuje nejen analýzu vlastních postupů, ale také schopnost zpochybňovat zavedené normy a struktury, které mohou ovlivňovat sociální práci. Sociální pracovníci se tak mohou stát aktivními činiteli změny, kteří nejen reagují na potřeby klientů,

ale také se snaží ovlivnit širší sociální kontext, ve kterém se jejich práce odehrává (Navrátil et al., 2014).

Reflexivní posouzení v práci s rodinami je důležité i v nemocničním prostředí.

Reflexivní posouzení je obzvláště důležité v práci s rodinami, kde je nutné zohlednit komplexní sociální a psychologické faktory ovlivňující životní situaci klientů (Havrdová, 2018). Studie ukazují, že využití teoretických konceptů sociální práce v procesu posouzení může pomoci lépe porozumět podmínkám pozdní modernity a postmodernity, které ovlivňují sociální práci (Navrátil et al., 2014).

Rodinná dynamika je často ovlivněna různými faktory, jako jsou ekonomické podmínky, kulturní normy, mezigenerační vztahy a individuální zkušenosti členů rodiny. Reflexivní posouzení umožňuje sociálním pracovníkům lépe porozumět těmto faktorům a přizpůsobit své intervence tak, aby byly co nejúčinnější (Navrátil et al., 2014).

Výzvy a přínosy reflexivního posouzení

Jednou z hlavních výzev reflexivního posouzení je potřeba neustálého vzdělávání a rozvoje sociálních pracovníků (Navrátil et al., 2014). Reflexe vyžaduje čas a úsilí, což může být v praxi náročné, zejména v prostředí, kde jsou pracovníci vystaveni vysokému pracovnímu zatížení (Havrdová, 2018). Přesto je reflexivní posouzení nezbytné pro zajištění kvality sociální práce a jejího neustálého zlepšování (Navrátil et al., 2014).

Reflexivní posouzení přináší řadu klíčových výhod v oblasti sociální práce. Jedním z nejvýznamnějších přínosů je zlepšení kvality služeb, kdy sociální pracovníci mohou lépe porozumět individuálním potřebám klientů a přizpůsobit své metody tak, aby byly efektivnější (Navrátil et al., 2014). Dalším důležitým aspektem je osobní a profesní rozvoj, protože reflexe pomáhá pracovníkům lépe pochopit vlastní hodnoty a přístupy, což pozitivně ovlivňuje jejich rozhodování a práci s klienty (Havrdová, 2018). Neméně důležitá je také podpora inovací, neboť kritická reflexe umožňuje identifikovat nové přístupy a metody, které mohou přispět ke zkvalitnění sociální práce a posílení její efektivity (Navrátil et al., 2014).

Reflexivní posouzení je nezbytným nástrojem pro efektivní sociální práci, který umožňuje pracovníkům kriticky hodnotit svou praxi a přizpůsobovat ji aktuálním potřebám klientů (Navrátil et al., 2014). Záměrná reflexe pomáhá nejen v řešení problémů, ale také v rozvoji profesionální identity sociálních pracovníků (Havrdová, 2018).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Pro náš výzkum v oblasti sociálních služeb jsme se rozhodly pro kvalitativní přístup, jelikož umožňuje získat hluboký a komplexní vhled do individuálních zkušeností zdravotně – sociálních pracovníků.

Metodika výzkumu je soubor metod a postupů, které výzkumník ve svém výzkumu používá. Je to návod, jak v praxi postupně realizovat výzkumné procesy, které povedou k naplnění výzkumného cíle (Gavora, 2000).

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2023 s. 48).

Olecká a Ivanová (2010, s. 6) uvádějí, že: *„Metodikou se rozumí teoreticko-praktické schéma určující postup provádění odborné činnosti. Vychází z vědeckého poznávání a empatie, přesně vymezuje jednotlivé postupy pro výkon dané činnosti. Je to nauka o jedné metodě nebo jednom postupu. Zahrnuje výběr metod, technik a výzkumného vzorku.“* Jedná se o vědecký postup nějakého jednání, které směřuje k dosažení cíle.

Správně zvolená metodika výzkumu pak zaručuje získání věrohodných informací zkoumaného problému (Vévodová a Ivanová, 2015).

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsme zvolili strategii založenou na kvalitativním výzkumu. Strauss a Corbinová (1999, s. 10) konstatují, že: *„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“*

Kvalitativní metody se zaměřují na analýzu a porozumění sociálním či individuálním problémům člověka. Jejich podstatou je snaha o komplexní a celistvé uchopení daného problému, přičemž klíčový důraz je kladen na způsob, jakým lidé vnímají a interpretují sociální jevy i své vlastní zkušenosti. Tyto metody vycházejí z induktivního přístupu a jejich hlavním cílem je hlubší porozumění a vysvětlení významu získaných informací (Disman, 2014).

„Data sama o sobě velkou cenu nemají. Informace získané z rozhovoru jsou nezpracovanou surovinou, kterou je třeba utřídit, analyzovat a pečlivě vyhodnotit. Tak jako

interview nezačíná kladením otázek, nekončí v okamžiku, kdy jsme se s respondentem rozloučili“ (Ferjenčík, 2000 s. 182).

4.1 Metodologie výzkumu

Olecká a Ivanová (2010, s. 33) konstatují, že: *„Pro kvalitativní metodologii je typický tzv. idiografický přístup, který zkoumá zvláštní, jedinečné, neopakující se jevy. Popisuje sociální realitu prostřednictvím pojmů, které jsou jedinečné a platné právě pro daného jedince nebo společenství.“*

Podle Reichla (2009) polostrukturované rozhovory umožňují tazateli flexibilně přizpůsobit otázky podle průběhu konverzace, kontextu a porozumění participanta. Klíčové však je zajistit, aby všechny předem připravené otázky byly položeny, aby měl každý účastník možnost vyjádřit se ke všem důležitým tématům. Tento přístup zajišťuje rovnováhu mezi strukturou rozhovoru a jeho přirozeným plynutím.

Kvalitativní výzkum je některými autory vymezován na základě metod, typů dat nebo podle jejich analyzování. Švaříček a kolektiv (2007) vytvořili definici, která zohledňuje všechny tyto důležité rysy. *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získávat kompletní obraz těchto jevů založených na hloubkových datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a prezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“* (Švaříček a kol., 2007, s. 17).

Zakotvená teorie je vědecký přístup, který se induktivně vyvíjí na základě zkoumaného jevu. Proces sběru dat, jejich analýza a tvorba teorie jsou vzájemně propojené a dynamicky se ovlivňují. Výzkum začíná u konkrétní oblasti či fenoménu, přičemž se postupně odhalují klíčové souvislosti, aniž by byly předem definovány. Podstatou analýzy dat v rámci zakotvené teorie je systematické porovnávání a cílené kladení otázek, což se promítá do tří základních kódovacích procedur: otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Tímto způsobem jsou získané údaje organizovány, interpretovány a skládány do nových analytických rámců (Vévodová a Ivanová, 2015).

4.2 Výzkumné otázky a cíle práce

„Výzkumné otázky jsou nejdůležitějším prvkem jakéhokoli výzkumu a, protože pomáhají organizovat výzkumný projekt a dávají mu směr, zároveň ho vymezují, vytyčují mu hranice a navedou nás na data, která budeme potřebovat. Výzkumná otázka ukazuje (nám i ostatním) na co se výzkum snaží odpovědět. Nestačí totiž vědět jen, v jaké oblasti budeme zkoumat. Bez výzkumné otázky, případně několika podotázek, se prostě ve výzkumu neobejdeme“ (Křížová, 2023, s. 100).

Hlavní výzkumnou otázku a dílčí otázky jsou koncipovány tak, aby umožnily získat potřebné informace, které povedou ke splnění cíle naší bakalářské práce.

Hlavní výzkumná otázka

- Jak zdravotně-sociální pracovníci vyhodnocují sociální situaci klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních?

Dílčí výzkumné otázky

- Jaké metody a nástroje zdravotně-sociální pracovníci používají k hodnocení sociální situace klientů?
- Jaké faktory nejčastěji ovlivňují sociální situaci klientů ve zdravotnických zařízeních?
- Jaké výzvy zdravotně-sociální pracovníci řeší při vyhodnocování sociální situace klientů a jak se s nimi vypořádávají?

V textu jsou výzkumné otázky označeny následovně:

HVO – hlavní výzkumná otázka

DVO – dílčí výzkumná otázka

DO – dotazovací otázka

HVO: Jak zdravotně-sociální pracovníci vyhodnocují sociální situaci klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních?

DVO 1: Jaké metody a nástroje zdravotně-sociální pracovníci používají k hodnocení sociální situace klientů?

DO 1: Jaké konkrétní metody využíváte jako zdravotně-sociální pracovník nejčastěji?

DO 2: Jaké dotazníky používáte ve Vaší práci při vyhodnocení sociální situace klientů?

DO 3: Jak probíhá rozhovor s klientem, když se snažíte získat informace o jeho sociální situaci?

DO 4: Spolupracujete při hodnocení klientů s dalšími odborníky, například s lékaři nebo psychology? Jak to v praxi funguje?

DO 5: Pozorujete rozdíly v přístupu k hodnocení mezi různými typy zdravotnických zařízení?

DVO 2: Jaké faktory nejčastěji ovlivňují sociální situaci klientů ve zdravotnických zařízeních?

DO 1: Jaký vliv má podle vašich zkušeností rodinné zázemí klienta na jeho sociální situaci?

DO 2: Jaký dopad mají ekonomické faktory na přístup klienta ke zdravotní péči?

DO 3: Jakým způsobem ovlivňuje zdravotní stav klienta jeho sociální situaci?

DO 4: Jakou roli hrají sociální služby v podpoře klientů ve zdravotnických zařízeních?

DO 5: Které vnější faktory, jako např. dostupnost služeb, mají největší dopad na sociální situaci klientů?

DVO 3: Jaké výzvy zdravotně-sociální pracovníci řeší při vyhodnocování sociální situace klientů a jak se s nimi vypořádávají?

DO 1: Jaké hlavní překážky se objevují při vyhodnocení sociální situace klientů a jak je překonáváte?

DO 2: Co děláte, když klient odmítá poskytnout potřebné informace o své situaci?

DO 3: Jak řešíte etické dilema, například pokud zjistíte, že klient potřebuje pomoc, ale odmítá ji přijmout?

DO 4: Máte dostatek času na důkladné hodnocení sociální situace klientů, nebo vás pracovní vytížení omezuje?

DO 5: Jaká školení nebo podpůrné nástroje vám pomáhají lépe zvládat náročné situace při práci?

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

„V kvalitativních studiích se výběr vzorku popisuje jako účelový nebo expertní výběr. To znamená, že výběr byl proveden za určitým účelem nebo na podkladě badatelova posouzení. Badatelé si vyberou takový vzorek, který jim umožní co nejdůkladněji prozkoumat otázky vztahující se k cílům studie. Rozhodnutí o vzorku musí charakterizovat problém. Vzorek je vybírán záměrně, je odvozen od formulování výzkumného problému“ (Kutnohorská, 2009, s. 25).

Výběr vzorku v kvalitativním výzkumu musí být záměrný a reflektovat klíčové charakteristiky participantů (Strauss a Corbinová, 1999).

V rámci tohoto výzkumu byl soubor participantů sestaven cíleným výběrem. Hlavním kritériem pro jejich zařazení bylo dosažené vzdělání v oblasti zdravotně sociální práce a zaměstnání na pozici zdravotně-sociálního pracovníka ve 3 zdravotnických zařízeních, rozhovory byly realizovány v období březen–duben 2025 (viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Charakteristika participantů

Anonymní označení participantů	Věk	Délka praxe	vzdělání
Participant 1	45 let	1 rok	VŠ - Bc.
Participant 2	26 let	6 let	VOŠ - DiS.
Participant 3	33 let	6 let	VŠ - Mgr.
Participant 4	29 let	4 roky	VŠ - Mgr.
Participant 5	38 let	6 let	VŠ - Mgr.

Zdroj: Vlastní zpracování, 2025

4.4 Zpracování a analýza dat

Realizována byla analýza dat v rámci zakotvené teorie dle selektivních kódů, nejprve byly realizovány rozhovory se zdravotně-sociálními pracovníky, poté byly rozhovory převedeny do písemného formátu a následně opakovaně pročitány a byly hledány důležité znaky, tedy

kódy. Následně byly kódy sdruženy a dále zpracovány do tabulek; jednotlivé kódy byly analyzovány. Na základě selektivního kódování byly identifikovány tři hlavní tematické oblasti, které odpovídají jádru zkoumaného jevu:

1. Integrovaný přístup – posouzení životní situace
2. Faktory ovlivňující péči – determinanty
3. Profesionalita

Tyto oblasti zároveň reflektují výzkumné otázky týkající se metod, vlivů a výzev při vyhodnocení sociální situace klientů.

1. INTEGROVANÝ PŘÍSTUP – POSOUZENÍ ŽIVOTNÍ SITUACE

Téma posouzení životní situace zahrnuje techniky sběru dat, podmínky interakce a prostředí, sociální status a multidisciplinární tým.

Techniky sběru dat

Všichni účastníci se shodují na tom, že klíčovým nástrojem hodnocení klientovy sociální situace je kombinace rozhovoru, pozorování a získávání informací z různých zdrojů. Participant 1 říká: *„Nejčastěji používám rozhovor... informace i od lékařů, i sestřiček z oddělení.“* Tento integrovaný přístup umožňuje komplexní pohled na klienta, a to nejen z hlediska jeho aktuálního zdravotního stavu, ale také v kontextu životního příběhu, rodinných vazeb, hodnot či schopnosti sebeobsluhy. Participant 5 například uvádí: *„Zjišťujeme v podstatě vždy v rámci rozhovoru totožné informace. Mapujeme zdroje klientů, rodinné zázemí a možnosti podpory.“* Rovněž se uplatňuje telefonická komunikace, a to zvláště tam, kde klient nemůže plně spolupracovat: Participant 2: *„Probíhá i zjišťování po telefonu... i přes telefon dopředu.“* Základem zůstává citlivý individuální přístup. Klient je hodnocen v celkovém kontextu, nikoliv jen podle administrativních kategorií.

Podmínky interakce a prostředí.

Téma podmínek interakce a prostředí se ve výpovědích participantů vztahuje především k tomu, kde a jak probíhá kontakt s klientem a jaké podmínky ovlivňují jeho ochotu a schopnost spolupracovat. Participantů preferují klidné, soukromé prostředí, nejčastěji pokoj klienta, případně jiné místo, které poskytuje důvěru a respekt. Participant 1 zdůrazňuje význam prostředí takto: *„Samozřejmě rozhovor je mezi čtyřma očima a v klidném prostředí.“*

Participant 5 dodává: „*Nejčastěji probíhá u lůžka klienta. Je to místo, kde se cítí bezpečně.*“ Zajištění soukromí a komfortu je tedy považováno za klíčové nejen pro efektivní komunikaci, ale také pro citlivé vyhodnocení sociální situace klienta.

Sociální status

Sociální status zahrnuje faktory, které ovlivňují postavení klienta ve společnosti a jeho schopnost fungovat mimo instituci. Mezi klíčové prvky patří sociální osamocenost, izolace, potřeba sociální péče, ale i změny v sociální situaci spojené např. se zhoršením zdravotního stavu. Participant 2 popisuje izolaci následovně: „*Za nimi nikdo nechodí, ani nenavštíví, ani jim nikdo nevolá... jsou takoví smutní, uzavření*“. Participant 3 pak vyzdvihuje důležitost sociální sítě: „*Sociální kruhy se stárím nerozšiřují... důležité je, aby člověk přicházel s nějakými pevnými vztahy.*“ Naopak, silné sociální zázemí přispívá ke stabilizaci situace. Participant 1 uvádí: „*Rodinné zázemí a dobrý sociální obal, to znamená, že má děti, partnera.*“

Multidisciplinární tým

Všichni participanté zdůrazňují, že efektivní hodnocení životní situace klienta nelze provést bez spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. Participant 2 říká: „*Máme pravidelné týmy, kde se sejdou všechny profese multidisciplinárního týmu – lékaři, sestry, duchovní, psycholog, dobrovolníci.*“ Participant 5 doplňuje: „*Každý odborník, který je součástí týmu, poskytuje pohled na klienta z jiného úhlu, a to je klíčové.*“ Multidisciplinární tým přispívá nejen k lepší diagnostice situace, ale i k plánování a realizaci následné péče.

Analýza dle selektivních kódů ukazuje, že zdravotně-sociální pracovníci hodnotí situaci klientů komplexně, a to přes integrovaný přístup, ve kterém kombinují různé metody sběru dat, spolupráci s kolegy i rodinou a přímou interakci s klientem. Sociální situace klientů je ovlivněna mnoha faktory, např. rodinou, zdravotním stavem, finanční situací a dostupností služeb. Významnou roli hrají hodnoty profesionality, jako je empatie, etické rozhodování, schopnost komunikace a práce s nejistotou. Odpovědné a efektivní hodnocení sociální situace je navíc možné jen díky kooperaci v multidisciplinárních týmech. Práce zdravotně-sociálních pracovníků je náročná, často pod časovým tlakem, ale zároveň hluboce lidská a zásadní pro důstojnost klientů v systému zdravotní péče (Tabulka 4).

Tabulka 4 Integrovaný přístup – posouzení životní situace

Selektivní kódování	Axiální kódování	Otevřené kódování
Integrovaný přístup - posouzení životní situace	Techniky sběru dat	rozhovor pozorování dotazník aktivní naslouchání dokumentace zjišťování informací telefonický rozhovor
	Podmínky interakce a prostředí	pokoj soukromí komfort prostředí
	Sociální status	sociální péče sociální osamocenenost sociální obal sociální izolace změna sociální situace
	Multidisciplinární tým	členové týmu setkání spolupracovníků spolupráce s ostatními spolupráce v týmu spolupráce s odborníky spolupráce mezi odborníky

Zdroj: Vlastní zpracování, 2025

2. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PÉČI – DETERMINANTY

Ve všech rozhovorech byly opakovaně zmiňovány determinanty, které ovlivňují kvalitu péče i komplexní sociální situaci klienta.

Rodinné vlivy

Rodina je zásadní. Participant 4 výstižně poznamenává: „*Ta rodina je určitě takovým klíčovým prvkem.*“ Participant 2 upřesňuje: „*Je hodně důležitý, jak ta rodina funguje... chodí na návštěvy, zajímají se, donesou... pak je péče o něho lepší celkově.*“ Rodina může být ale i komplikujícím faktorem, jak ilustruje Participant 2: „*Rodiny, které jsou rozhádané, takže jedna dcera řekne něco, druhá něco jiného.*“ Participant 4 dále uvádí: „*Že jako záleží, jak moc tam funguje ta rodina nebo jak moc třeba ten pacient chce, aby tam ta rodina fungovala.*“

Sociální situace

Dostupnost sociálních služeb je pracovníky vnímána jako problémová, zejména z důvodu omezených kapacit a regionálních rozdílů. Participant 2 konstatuje: „*Tady sice je hodně, nebo každá městská část má třeba tu pečovatelskou službu a podobně, ale taky kapacitně nezvládají.*“ Participant 3 reflektuje konkrétní dopady nedostupnosti: „*Jisté typy případů, které propadávají sítím, a to víme všichni, že jsou lidé, kteří se nedostanou do domova pro seniory.*“

Participant 5 poté zdůrazňuje geografický rozměr problému: „*Jestli bydlí třeba v nějakém pohraniční oblasti, tak ta dostupnost služeb pro něho určitě není jednoduchá.*“ Úzce souvisejícím problémem je nedostatečná kapacita služeb. Participant 1 uvádí: „*Nejsou dostupné kapacity pečovatelské služby.*“ Participant 1 dále rozvádí ve vztahu ke kapacitě služeb: „*Velký faktor, který ovlivňuje sociální situaci klientů.*“

Rozhovory ukazují, že zatímco zdravotní péče je často dostupná univerzálně, u sociálních služeb je situace složitější. Participant 1 poznamenává: „*Základní zdravotní péči dostane každý stejnou.*“ Participant 2 pak podtrhuje etický rozměr dostupnosti: „*Když ten pacient přijde, tak péče se doplácí a my úplně nerozlišujeme, jestli ten pacient platí nebo neplatí.*“

Pracovníci často identifikují, že kvůli zdravotnímu stavu klienta je nutné poskytovat propojenou zdravotně sociální péči. Participant 1 popisuje: „*Není schopen třeba zvládnout některé základní činnosti doma.*“ Participant 3 pak doplňuje: „*On nepotřebuje jenom léčit to tělo. On potřebuje, aby tam byl někdo, kdo si k němu sedne a povídá si s ním, anebo aby tam byl někdo, komu může důvěřovat.*“

Participant 5 shrnuje význam návaznosti: „*Návaznost zdravotní a sociální je opět zase klíčová proto, aby mohlo fungovat nějaký systém péče o ty klienty, pacienty.*“

Někteří klienti vyžadují sociální péči právě proto, že nemají přirozenou síť podpory. Participant 3 říká: „*Potřeba zdravotně sociální péče... On potřebuje, aby tam byl někdo, s kým se může důvěřovat.*“ V mnoha případech je nezbytné klienta přesměrovat do služeb následné péče. Participant 1 uvádí: „*Umístění do třeba domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem.*“ Participant 2 konstatuje: „*Myslím si, mělo by být víc těch sociálních služeb.*“

Zaznamenané rozhovory ukazují, že mezi jednotlivými zařízeními existují rozdíly v poskytované péči. Participant 1 poznamenává: „*Nemyslím si, že by byly velké rozdíly mezi*

prací sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení.“ Participant 2 nabízí jinou perspektivu: *„V nemocnicích se stává, že na ty pacienty není až tolik času, je jich tam hodně.“* Participant 3 naopak hodnotí vlastní prostředí jako důkladnější: *„Mnohem důkladnější než kdekoliv jinde.“*

Ekonomická a politická situace

Ekonomická stabilita klienta a jeho rodiny je dalším rozhodujícím faktorem. Participant 5 uvádí: *„Hrají důležitou roli, protože ekonomické zázemí, jaké má klient, jaké má příjmy...“* Zároveň reflektuje systémové překážky: *„Politická situace je zaměřená na podporu růstu ekonomiky, ne tolik na sociální oblast.“*

Zdravotní stav

Zhoršení zdravotního stavu klienta bývá nejčastěji impulzem k aktivaci zdravotně sociálních služeb. Participant 1 zmiňuje: *„Zdravotní stav je zhoršený.“* Participant 3 vysvětluje, že v takových případech klienti nejsou schopni budovat nové vztahy ani spolupracovat: *„Zdravotní omezení, protože ten člověk, pokud mu není úplně dobře, tak nemůže ani navazovat nové ty vztahy.“* Také Participant 5 upozorňuje na vliv duševního zdraví: *„Nějaké duševní onemocnění.“*

Změna zdravotního stavu, ať už náhlá nebo postupná, ovlivňuje přístup k péči a její koordinaci. Participant 5 uvádí: *„Zdravotní stav klienta rozhodným způsobem ovlivňuje jeho sociální situaci.“* Participant 1 dále doplňuje: *„Významně ovlivňuje zdravotní stav sociální situaci klienta.“*

Zdravotní stav také určuje priority v rámci celkové péče, zvláště při hospitalizaci. Participant 4 reflektuje: *„Není asi moc času a rozumím, že to třeba nemusí být ani prioritou.“* Participant 5 dodává: *„Soustředí se na akutní zdravotní stav a rychlou intervenci, což někdy nechává méně prostoru pro hlubší sociální hodnocení.“*

Vliv zdravotního stavu se promítá nejen do potřeb péče, ale i do kvality života a možnosti rozhodování. Participant 2 podotýká: *„Záleží na tom zdravotním stavu, jestli je orientován, jestli vůbec je schopný si uvědomit, co se s ním děje.“* Participant 1 zmiňuje konkrétní důsledky: *„Není schopen třeba zvládnout některé základní činnosti doma.“*

Rozdílný přístup k péči může být způsoben specifiky zdravotního stavu klienta a podmínkami v jednotlivých zařízeních. Participant 2 například říká: *„Protože v těch nemocnicích se stává, že na ty pacienty není až tolik času, je jich tam hodně.“* Participant 4

k tomu dodává: „*Když nás volají na konziliu pacientovi z nějakého chirurgického oddělení, tak je to jiné než u nás.*“ Participant 3 pak hodnotí vlastní zařízení jako výjimku: „*Mnohem důkladnější než kdekoliv jinde*“ (viz Tabulka 5).

Tabulka 5 Faktory ovlivňující péči – determinanty

Selektivní kódování	Axiální kódování	Otevřené kódování
Faktory ovlivňující péči - determinanty	Rodinné vlivy	významný vliv rodiny negativní vliv rodiny vliv rodiny spolupráce rodiny informace od rodiny spolupráce s rodinou
	Sociální situace	dostupnost služeb dostupnost péče potřeba zdravotně sociální péče potřebnost sociální péče potřeba sociální služby rozdíly v péči
	Ekonomická a politická situace	ekonomická zátěž vliv peněz politická situace ekonomické faktory
	Zdravotní stav	zhoršený zdravotní stav změna zdravotního stavu priority péče vliv zdravotního stavu rozdíly v péči

Zdroj: Vlastní zpracování, 2025

3. PROFESIONALITA

Téma profesionality zahrnuje etické aspekty, organizační aspekty, vzdělávání ZSP a péče o ZSP.

Etické aspekty

Pracovníci často narážejí na etické hranice, např. když klienti odmítají péči, nechtějí komunikovat, nebo záměrně zamlčují informace. Participant 4 popisuje: „*Lidi mají právo na špatné rozhodnutí.*“ Participant 5 dodává: „*Někdy pociťují stud něco sdělit... důležitý je citlivý přístup.*“

Organizační aspekty Časová náročnost je jeden z největších problémů. Participant 3 výstižně konstatuje: „*Nemáme čas. Hrozně moc administrativy a chybí systém.*“ Participant 2: „*Čas může být krizový, nebo velkou překážkou.*“

Vzdělávání a péče o ZSP

Participant 1 kladou důraz na potřebu dalšího vzdělávání a sdílení zkušeností. Participant 2: „Online výuky nebo webináře jsou skvělá možnost.“ Participant 5 uvádí: „Profesně nelze ustrnout – účastním se konferencí, workshopů, online školení.“ Také je zmiňována důležitost supervizí a intervizí jako nástroje reflexe a péče o duševní zdraví pracovníků (Tabulka 6).

Tabulka 6 Profesionalita

Selektivní kódování	Axiální kódování	Otevřené kódování
Profesionalita	Etické aspekty	etické dilema komunikace motivace klienta
	Organizační aspekty	pracovní tempo pracovní vytížení čas
	Vzdělávání ZSP	webináře školení vzdělávací kurzy
	Péče o ZSP	informace sdílení intervize supervize

Zdroj: Vlastní zpracování, 2025

Hlavní výzkumná otázka:

Jak zdravotně-sociální pracovníci vyhodnocují sociální situaci klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních?

Na základě provedené kvalitativní analýzy rozhovorů s pěti zdravotně-sociálními pracovníky lze konstatovat, že vyhodnocování sociální situace klientů ve zdravotnických zařízeních probíhá prostřednictvím integrovaného a individuálně přizpůsobeného přístupu, který kombinuje několik klíčových metod.

Nejčastěji využívaným nástrojem je osobní rozhovor, doplněný o pozorování klienta, kontakt s rodinou a spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Pracovníci kladou důraz na zachování důvěrného a bezpečného prostředí a přizpůsobují své hodnocení zdravotnímu stavu, kognitivním schopnostem i komunikačním možnostem klienta. Informace z dokumentace a telefonická komunikace s blízkými jsou běžnou součástí komplexního sběru dat.

Sociální situace klienta je posuzována v širších souvislostech, a to s důrazem na rodinné zázemí, ekonomické možnosti, dostupnost služeb, a především na vliv zdravotního stavu. Hodnocení není mechanické, ale zahrnuje hlubší porozumění klientově životní situaci a perspektivě.

Vyhodnocování probíhá tedy holisticky, s cílem zachytit nejen potřeby klienta, ale i jeho možnosti, přání a sociální vazby, a to vždy v rámci možností konkrétního zařízení a dostupných služeb.

DVO 1: Jaké metody a nástroje zdravotně-sociální pracovníci používají k hodnocení sociální situace klientů?

Zdravotně-sociální pracovníci nejčastěji využívají kvalitativní přístup, jehož základem je individuální rozhovor s klientem. Všech pět účastníků výzkumu shodně uvedlo rozhovor jako základní nástroj. Participant 1: „*Samozřejmě rozhovor je mezi čtyřma očima a v klidném prostředí.*“ Takový přístup pracovníci vnímají jako nejpřirozenější způsob zjišťování důležitých informací. Rozhovor se obvykle odehrává u lůžka klienta (Participant 4 a 5), případně v prostředí, které respektuje soukromí a umožňuje bezpečnou a důvěrnou atmosféru.

Kromě rozhovoru je důležité pozorování klienta a jeho interakcí s okolím. Participant 2 říká: „*Vlastně i pozorování,*“ a Participant 4 potvrzuje: „*Mě i pozorování hodně pomáhá.*“ Tento nástroj pomáhá lépe rozpoznat neverbální signály, které klient nemusí nebo neumí slovně vyjádřit.

Telefonické zjišťování informací od rodiny nebo kontaktování blízkých osob se rovněž objevuje napříč rozhovory. Participant 3 uvádí: „*Si voláme rodinným příslušníkům, abychom zjistili informace, které klient nemůže sdělit.*“ Rodina je často klíčem k pochopení širší sociální reality klienta, a to zejména u osob s poruchami komunikace nebo kognitivními obtížemi.

Dotazníky a standardizované formuláře nejsou pracovníky preferovány. Více participantů (např. Participant 1, 3 a 5) uvedlo, že informace získávají neformálně během rozhovoru: „*Dotazníky nepoužívám, protože z rozhovoru zjistím to samé a ještě víc.*“ Význam má i dokumentace, která poskytuje základní přehled o klientovi, např. údaje o rodinných kontaktech, alergiích, profesi nebo duchovní orientaci (Participant 2).

Napříč rozhovory byl zdůrazněn přínos multidisciplinární spolupráce. Všichni participantů se shodují, že zdravotně-sociální pracovník není na vyhodnocení situace klienta sám. Participant 2: *„Spolupracujeme velmi úzce se všemi – lékaři, sestrami, duchovními, dobrovolníky.“*

DVO 2: Jaké faktory nejčastěji ovlivňují sociální situaci klientů ve zdravotnických zařízeních?

Analýza ukázala čtyři hlavní kategorie faktorů ovlivňujících sociální situaci klientů: rodinné zázemí, zdravotní stav, ekonomické podmínky a dostupnost sociálních služeb.

Rodina je podle všech participantů zásadním stabilizačním prvkem. Participant 1 uvedl: *„Rodinné zázemí klienta má velký vliv na to, jak se zvládá jeho péče i přechod do sociálních služeb.“* Participant 3 dodává: *„Je důležité, aby člověk přicházel už s nějakými pevnými vztahy.“* Tam, kde rodina chybí, je situace komplikovanější a klienti bývají často izolovaní, uzavření nebo smutní (Participant 2).

Zhoršený zdravotní stav ovlivňuje schopnost klienta fungovat v běžném životě, a tím i jeho sociální začlenění. Participant 5 říká: *„Zdravotní stav klienta rozhodným způsobem ovlivňuje jeho sociální situaci.“* Také se ukazuje, že s přibývajícími zdravotními problémy narůstá potřeba podpory nejen zdravotní, ale i sociální.

Finanční zázemí se podle většiny participantů zásadně promítá do možností následné péče. Participant 2 uvádí: *„Nezáleží na tom, jestli pacient platí nebo neplatí – péče mu bude poskytnuta,“* ale zároveň Participant 5 upozorňuje: *„Hrají roli příjmy klienta i stabilita celé rodiny.“* Finanční tísně často ztěžují například přechod do domova pro seniory nebo využití terénních služeb.

Všichni participantů poukazují na omezené kapacity následné péče. Participant 3: *„Jsou lidé, kteří propadávají sítím – nemají nárok na sociální službu, přesto ji potřebují.“* Participant 5 doplňuje: *„Dostupnost v pohraničních oblastech je výrazně horší.“*

DVO 3: Jaké výzvy zdravotně-sociální pracovníci řeší při vyhodnocování sociální situace klientů a jak se s nimi vypořádávají?

Jednou z nejvýraznějších výzev je časová zátěž a pracovní přetížení. Participant 3 konstatuje: „*Nemáme čas, je hodně administrativy a chybí nám systém.*“ Participant 4 připouští: „*Záleží na situaci, ale většinou si ten čas najdu.*“

Další výzvou je etické dilema a omezená spolupráce klientů, například z důvodu studu, zmatenosti nebo nedůvěře. Participant 5 uvádí: „*Je důležitý citlivý přístup. Někteří se bojí něco říct nebo mají špatnou zkušenost.*“

Strategií, jak těmto výzvám čelit, je důraz na osobní přístup, empatii, komunikaci s rodinou a interdisciplinární spolupráci. Pracovníci zdůrazňují význam dalšího vzdělávání, supervizi, sdílení zkušeností a osobní sebereflexe, jak uvádí Participant 5: „*Profesně nelze ustrnout.*“.

4.5 Výsledky výzkumu

Výsledky kvalitativního výzkumu, realizovaného na základě principů zakotvené teorie a selektivního kódování, poskytují hluboký a komplexní vhled do procesu hodnocení sociální situace klientů zdravotně-sociálními pracovníky ve zdravotnických zařízeních. Analýza rozhovorů odhalila tři klíčové tematické oblasti, a to integrovaný přístup, faktory ovlivňující péči a profesionalita, které nejen odrážejí hlavní výzkumnou otázku, ale zároveň poskytují odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

Integrovaný přístup – posouzení životní situace

Zdravotně-sociální pracovníci jednoznačně využívají komplexní a holistický přístup při vyhodnocování klientovy situace. Rozhovor, pozorování, komunikace s rodinou a spolupráce s multidisciplinárním týmem jsou základními pilíři jejich praxe. Výsledky výzkumu potvrzují, že kvalitní posouzení nelze provést izolovaně, ale vyžaduje kombinaci různých metod a zapojení více odborníků. Klíčový důraz je kladen na individuální přístup, respektování soukromí a vytvoření důvěryhodného prostředí, které klientovi umožní otevřenou komunikaci.

Faktory ovlivňující péči – determinanty

Z rozhovorů jasně vyplývá, že sociální situace klientů je ovlivňována celou škálou vnějších i vnitřních faktorů, a to od rodinného zázemí, přes zdravotní stav, až po ekonomické podmínky a dostupnost služeb. Zvláštní pozornost je věnována nedostatečné kapacitě navazujících služeb a regionálním nerovnostem, zejména v pohraničních oblastech. Výsledky potvrzují, že úspěšné plánování a realizace péče je úzce provázáno s širším kontextem života klienta, který často přesahuje rámec samotného zdravotnického zařízení.

Profesionalita – výzvy a zvládání zátěže

Třetí tematická oblast se zaměřuje na vnitřní procesy, etiku a profesní výzvy zdravotně-sociálních pracovníků. Byla identifikována řada náročných aspektů této profese, jako např. časová tíseň, administrativní zátěž, etická dilemata a obtížná komunikace s klienty. Zároveň však participanti prokázali vysokou míru profesionality, odolnosti a angažovanosti. Z jejich výpovědí vyplynula důležitost dalšího vzdělávání, supervizí a sebereflexe, které napomáhají zvládat psychickou zátěž a udržovat vysokou úroveň péče.

Výzkum ukazuje, že zdravotně-sociální pracovníci hrají v systému zdravotní péče nezastupitelnou roli. Jejich práce je mnohovýstředná, zahrnuje nejen sběr a analýzu dat, ale i emocionální podporu, mediaci mezi klientem a rodinou či koordinaci péče v rámci týmu. Přes značné systémové bariéry (časová tíseň, nedostatek služeb, ekonomické nerovnosti) vykazují vysokou míru profesionality, lidskosti a adaptability.

Výsledky výzkumu zároveň potvrzují nezbytnost podpory této profese na systémové úrovni, a to zejména prostřednictvím snížení administrativní zátěže, zajištění supervize, zlepšení dostupnosti sociálních služeb a investic do vzdělávání. Jen tak může být udržen standard práce, která je klíčová pro důstojnost, bezpečí a kvalitu života klientů v rámci zdravotnických zařízení.

Z provedené analýzy vyplývá, že vyhodnocování sociální situace klientů zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních je proces komplexní, multidimenzionální a citlivě strukturovaný. Nejedná se o pouhé shromažďování faktů, ale o hluboké porozumění životnímu příběhu klienta, jeho potřebám, možnostem a omezením.

Zdravotně-sociální pracovníci používají zejména rozhovor, pozorování a spolupráci s rodinou a odborníky. Nepoužívají formální dotazníky, ale volí spíše přirozený kontakt

a otevřený dialog. Významným aspektem práce je práce v multidisciplinárním týmu, který zajišťuje komplexní pohled na situaci klienta.

Sociální situaci klientů zásadně ovlivňuje kvalita a přítomnost rodinného zázemí, zdravotní stav, ekonomická stabilita a dostupnost návazných služeb. Pracovníci se při své práci potýkají s časovým tlakem, etickými dilematy a někdy i se systémovými bariérami, ale hledají aktivní řešení skrze spolupráci, profesionalitu a průběžné vzdělávání.

Tato zjištění odpovídají na hlavní i dílčí výzkumné otázky a zároveň podtrhují důležitost mezioborového, citlivého a adaptivního přístupu ke klientům ve zdravotnickém prostředí. Práce zdravotně-sociálních pracovníků není jen výkonem administrativy, ale i citlivou odbornou činností, která propojuje zdravotní, sociální a lidské aspekty života klienta.

5 DISKUZE

Participantů zdůrazňují, že komplexní vyhodnocení klientovy situace vychází z integrovaného přístupu, který kombinuje různé techniky sběru dat. Získávání informací prostřednictvím strukturovaných rozhovorů, přímého pozorování i telefonické komunikace umožňuje vytvořit ucelený obraz o životních podmínkách klienta. „*Rozhovor vytváří most, po němž se k sobě dostávají někdy zcela rozdílné světy zúčastněných*“ (Matoušek, 2010, s. 75). Tento holistický přístup, který reflektuje nejen aktuální zdravotní stav, ale také životní příběh, hodnoty a schopnost sebeobsluhy, se shoduje s teoretickými východisky. „*Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí (sociální šetření), sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta i jiných respondentů, umět pozorovat. Ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi (ústně i písemně). Má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi o klientovi. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšiřovat či vytvářet. Zná systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální politiku, orientuje se v životním stylu a hodnotách různých společenských skupin a je k nim vnímavý*“ (Matoušek, 2010, s. 137).

Analýza faktorů ovlivňujících péči prokázala, že kvalitu poskytované péče formuje řada determinantů. Rodinné vlivy patří mezi ty nejzásadnější, kdy rodina může působit jako klíčový podpůrný prvek. „*V celém procesu musí být respektována především přání pacienta samého, případně jeho rodiny. Úloha sociálního pracovníka je zde nezastupitelná svým přesahem do domácího prostředí pacienta a zahrnutím rodiny i komunity*“ (Matoušek 2010, s. 165). Současně může rodinné prostředí představovat komplikující faktor, pokud jsou rodinné vztahy poznamenány rozpory.

Zdravotní stav klienta je rovněž významným determinantem, přičemž participantů upozorňují, že neschopnost zvládat základní denní činnosti či zdravotní omezení často spouští potřebu zdravotně sociální intervence. Jak uvádí Matoušek (2010), zvýšené nároky na sociální služby se projevují až v mimořádných případech, kdy hrají roli sociální či zdravotní faktory.

Ekonomickou situaci participantů popsali jako klíčovou, přičemž současná politická orientace, zaměřená primárně na podporu růstu ekonomiky, nedostatečně reflektuje potřeby

sociální oblasti. Jak uvádí Mátel (2019) sociálně-ekonomické potíže představují významný faktor, který ovlivňuje klientelu sociální práce. V české společnosti tuto skupinu tvoří zejména osoby bez zaměstnání, lidé bez stálého bydlení, jedinci a rodiny čelící finančním omezením.

Dostupnost služeb je rovněž nutno považovat za determinující, zejména s ohledem na kapacitní omezení a geografické bariéry, kdy participanti upozorňují, že klienti z pohraničních oblastí mají výrazně horší přístup k péči, ať již se jedná o domovy pro seniory nebo jiné podpůrné služby.

Téma profesionality ve zdravotně sociální péči zahrnuje více dimenzí, mezi něž patří etická dilemata, komunikace, pracovní zátěž a potřeba vzdělávání. Z etické stránky participanti poukazují na situace, kdy musí pracovníci čelit obtížným rozhodnutím. *„Zdravotně-sociální pracovník může vidět další souvislosti případu, který řeší. Etický rozměr daného případu může vyžadovat schopnost vytvoření strategie možností zdravotně sociální intervence. Mezi pracovníky v pomáhajících profesích se často setkáváme se zájmem o celkové dobro klienta. Tento mnohdy intuitivně pociťovaný a zároveň eticky reflektovaný přístup akcentuje připravenost pomáhajícího pracovníka k zprostředkování holisticky zaměřené podpory klienta, a to nejen v oblasti zdravotně sociální, ale také materiální, společenské, duchovní a spirituální. Jedná se zejména o podporu klientovy snahy dosáhnout svou vlastní cestou sebeurčení a sebeuplatnění“* (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 11).

Pracovní zátěž a časová náročnost jsou rovněž zásadními aspekty, přičemž participanti opakovaně konstatují, že nedostatek času a přetížení administrativou brání efektivní práci, což vede k dalším problémům v oblasti péče a může být překážkou pro realizaci kvalitních intervencí.

Současně participanti kladou důraz na nutnost kontinuálního vzdělávání a profesního rozvoje, kdy uvádějí, že online výuky, webináře či účast na konferencích a workshopech přispívají k udržení vysoké úrovně odbornosti. Dalším důležitým aspektem je pravidelná supervize a intervize *„Pracovník má mít schopnost identifikovat u sebe i jiných předsudky, které by se mohly negativně promítat do jeho práce a měl by je překonávat. Měl by také umět sdílet s kolegy profesionální nejistoty“* (Matoušek, 2021, s. 23-25), jež umožňují reflexi a podporují duševní zdraví pracovníků. Tato zjištění jsou podpořena odbornou literaturou, která zdůrazňuje, že citlivá a etická komunikace, stejně jako snaha o snižování pracovní

zátěže a systematické vzdělávání, patří k základním podmínkám pro udržení profesní etiky a kvality péče (Matoušek, 2010).

Na základě výše uvedených skutečností si dovolueme uvést možná doporučení pro praxi.

Doporučení pro praxi

- posílit podporu vzdělávání a profesního rozvoje zdravotně sociálních pracovníků,
- zlepšit propojení mezi zdravotní a sociální sférou,
- podpořit mezioborovou spolupráci,
- zvýšit dostupnost následných a sociálních služeb,
- vytvořit jasné standardy hodnocení sociální situace klienta ve zdravotnickém prostředí.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak zdravotně-sociální pracovníci vyhodnocují sociální situaci klientů ve zdravotnických zařízeních. Na základě výsledků kvalitativního výzkumu, s využitím sběru informací pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pěti zdravotně – sociálními pracovníky, bylo možné vytýčený cíl naplnit a získat tak ucelený pohled na praxi v řešené oblasti.

Z odpovědí participantů vyplynulo, že proces vyhodnocení sociální situace je komplexní, individuálně přizpůsobovaný a je vždy silně ovlivněn aktuálním zdravotním stavem klienta, jeho rodinnou a ekonomickou situací, ale také systémovými faktory, jako je dostupnost služeb, kapacita zařízení a úroveň spolupráce mezi jednotlivými složkami zdravotní a sociální péče.

Zdravotně sociální pracovníci využívají při vyhodnocování sociální situace primárně rozhovor, často doplněný pozorováním, kontaktem s rodinou a spoluprací s ostatními odborníky (lékaři, sestrami, psychology, duchovními, aj.). Hodnocení je nejčastěji realizováno u lůžka klienta nebo v prostoru, který zajišťuje soukromí a důvěru, přičemž důraz je kladen na citlivost, respekt k autonomii klienta a jeho schopnost spolupráce. Pracovníci často kombinují vlastní úsudek s informacemi z dokumentace a týmových porad. Dotazníky se využívají minimálně.

Mezi nejčastěji využívané metody patří rozhovor, pozorování a kontakt s rodinou. Dotazníkové nástroje nebyly pracovníky preferovány, neboť často považovali osobní rozhovor za efektivnější. Důležitým nástrojem je také spolupráce s multidisciplinárním týmem, především v rámci kazuistických porad.

Participantů často uváděli rodinné zázemí, zdravotní stav, ekonomické možnosti klienta a dostupnost služeb. Tyto faktory jsou vnímány jako vzájemně propojené. Například zhoršený zdravotní stav klienta často zvyšuje potřebu sociálních služeb, jejichž dostupnost je však limitována (zejména v menších regionech). Také ekonomická situace klientů nebo jejich rodin má zásadní vliv na možnosti následné péče.

Mezi hlavní výzvy pracovníci zařadili časovou zátěž, administrativní náročnost, nedostatek kapacit služeb a složitou spolupráci s rodinami klientů. S těmito výzvami se vyrovnávají prostřednictvím flexibility, spolupráce s kolegy, odborného vzdělávání a často i vnitřní motivace a profesního přesvědčení. Důležitou roli zde hraje empatie a schopnost reflexe, stejně jako potřeba pravidelných supervizií a sdílení dobré praxe.

Z výsledků je zřejmé, že zdravotně-sociální pracovníci se snaží reagovat na širokou škálu potřeb svých klientů, často v podmínkách nedostatečné institucionální a legislativní podpory. Jejich činnost vyžaduje vysokou míru odbornosti, ale i emoční odolnosti. Práce v tomto oboru je vnímána jako smysluplná, zároveň je však zatížena nároky, které často přesahují možnosti jednotlivce.

Zdravotně-sociální pracovníci představují klíčový most mezi zdravotním a sociálním systémem. Jsou to odborníci, kteří dokážou nejen zhodnotit, ale i ovlivnit kvalitu života klienta v době nemoci či krizové životní situace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BURROWS, Daniel, 2020. *Critical Hospital Social Work Practice*. London: Routledge, Taylor & Francis Group. ISBN 978-0-367-20384-9.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Online. 3/2008. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 1966. Zákon č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 1992. Sdělení č. 209/1992 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-209>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 1992. Zákon č. 280/1992 Sb. Zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 1993. Usnesení č. 2/1993 Sb. Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 1994. Zákon č. 140/1994 Sb. Zákon o sociálním zabezpečení (úplné znění, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění). In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1994-140>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2000. Zákon č. 258/2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2006. Zákon č. 110/2006 Sb. Zákon o životním a existenčním minimu. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-110>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2006. Zákon č. 111/2006 Sb. Zákon o pomoci v hmotné nouzi. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-111>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2011. Zákon 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2011. Zákon č. 329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2025-05-21].

ČESKO, 2019. Zákon č. 110/2019 Sb. Zákon o zpracování osobních údajů. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110>. [cit. 2025-05-21].

ČÍPKOVÁ, Iveta, 2017. Překážky a bariéry rozvoje neformální péče v oblasti sociální práce. Online. Sociální práce. Roč. 6. ISSN 1213-6204. Dostupné

z: <https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/prekazky-a-bariery-rozvoje-neformalni-pece-v-oblasti-socialni-prace/>. [cit. 2025-05-21].

DISMAN, Miroslav, 2014. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2619-2.

FERJENČÍK, Ján, 2000. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-367-6.

FRANĚK, Martin, 2019. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici. Online. Sešit sociální práce. Roč. 6. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/sesity-socialni-prace>. [cit. 2025-05-21].

GAVORA, Peter, 2000. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido. ISBN 978-80-85931-79-6.

HAVRDOVÁ, Zuzana, 2018. Reflexe a reflexivita v sociální práci. Online. Sociální práce. Č. 3. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/reflexe-a-reflexivita-v-socialni-praci/>. [cit. 2025-05-21].

HENDL, Jan, 2023. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HOLMEROVÁ, Iva, 2015. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5923-4.

HRICOVÁ, Alena; URBAN, David a ONDRÁŠEK, Stanislav, 2024. Sociální práce: současné trendy. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5131-8.

HUDCOVÁ, Bianka, 2019. Krizová intervence u osob se zdravotním postižením. Online. Sociální práce. Č. 5. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/sesity-socialni-prace>. [cit. 2025-05-21].

JANEBOVÁ, Radka a SMUTEK, Martin (ed.), 2008. Posuzování životní situace v sociální práci: Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 24. až 25. října 2008. Texty k sociální práci. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-419-4. Dostupné z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:131a4ea0-d479-11e4-8565-005056827e52>. [cit. 2025-05-21].

JANEBOVÁ, Renata a MUSIL, Libor, 2007. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. Online. Sociální práce. Roč. 11, č. 1, s. 56-61. ISSN 1213-6204. Dostupné

z: http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika. [cit. 2025-05-21].

KŘÍŽOVÁ, Eva, 2023. Sociální práce v mezioborové perspektivě. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5076-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav, 2011. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7067-3.

MÁTEL, Andrej, 2019. Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2220-2.

MÁTEL, Andrej, 2024. Diagnostikovanie a posudzovanie v sociálnej práci. Online. Sociální práce. Č. 5. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/edicni-plan/6-2025-diagnostikovanie-a-posudzovanie-v-socialnej-praci/>. [cit. 2025-05-21].

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Metody a řízení sociální práce. 3. aktual. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich, 2021. Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4904-7.

MATOUŠEK, Oldřich, 2022. Strategie a postupy v sociální práci. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ Jana, 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MUSIL, Libor, 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu sociální práce. Online. Sociální práce. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/soubory/2008-2-130102145614.pdf>. [cit. 2025-05-21].

MUSIL, Libor, 2010. Typologie pojetí sociální práce. Online. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z <https://is.muni.cz/el/1423/podzim2010/SPR101/um/prispevek.pdf>. [cit. 2025-05-21].

MUSIL, Libor; HAVLÍKOVÁ, Jana; HUBÍKOVÁ, Olga a KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2015. Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN sine.

NAVRÁTIL, Pavel, 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman. ISBN 978-80-903070-0-0.

NAVRÁTIL, Pavel. a kol. 2014. Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7505-4.

NAVRÁTIL, Pavel; JANEBOVÁ, Radka a kol., 2010. Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-038-2.

OLECKÁ, Ivana a IVANOVÁ, Kateřina, 2010. Metodologie vědecko-výzkumné činnosti. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.

PAYNE, Malcolm, 2000. Team Work in Multiprofessional Care. New York: Palgrave. ISBN 978-03-337-2977-9.

PAYNE, Malcolm, 2021. Modern Social Work Theory. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-01-975-6808-8.

REICHEL, Jiří, 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Sociologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘEZNÍČEK, Ivo, 2020. Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-85850-00-1.

STRAUSS, Anselm a CORBIN, Juliet, 1999. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert. ISBN 978-80-85834-60-X.

ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Urban, David, 2019. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici - úvod. Online. Sešit sociální práce. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/sesity-socialni-prace>. [cit. 2025-05-21].

URBAN, David, 2021. Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví. Praha: NLN. ISBN 978-80-7422-785-1.

VÉVODOVÁ, Šárka a IVANOVÁ, Kateřina, 2015. Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

VOTOUPAL, Miloš, 2020. Konceptualizace mentálního handicapu v prostředí sociální práce. Online. Sociální práce. Roč. 5. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2022/09/SP5_2020-web_-1.pdf. [cit. 2025-05-21].

VURM, Vladimír, 2007. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Typologie pojetí sociální práce.....	19
Tabulka 2 Členové multidisciplinárního týmu v nemocnici.....	28
Tabulka 3 Charakteristika participantů.....	41
Tabulka 4 Integrovaný přístup – posouzení životní situace	44
Tabulka 5 Faktory ovlivňující péči – determinanty	47
Tabulka 6 Profesionalita	48

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

§ paragraf

č. číslo

ČAS Česká asociace sester

DO dotazovací otázka

DVO dílčí výzkumná otázka

HVO hlavní výzkumná otázka

kol. kolektiv

MPSV ministerstvo práce a sociálních věcí

odst. odstavec

s. strana

Sb. Sbírky

ZSP zdravotně-sociální pracovník

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: ZÁKON Č. 108/2006 SB. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Příloha P II: ZÁKON Č. 96/2004 SB. O NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH
POVOLÁNÍCH

Příloha P III: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB. O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH
PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ

PŘÍLOHA P I: ZÁKON Č. 108/2006 SB. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (Zákon č.108/2006 Sb., § 109).

(1) Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(2) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí.

(3) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktický lékař pro děti a dorost a u zaměstnanců poskytovatel pracovně lékařských služeb.

(4) Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

(5) Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně-sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

(6) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu. (Zákon č.108/2006 Sb., § 110).

PŘÍLOHA P II: ZÁKON Č. 96/2004 SB. O NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍCH

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním

a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,

b) studia

1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo

2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře,

c) specializačního studia v oboru zdravotně sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

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

PŘÍLOHA P III: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB. O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ

Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může:

a) „Provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,

b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,

c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,

d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,

e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,

f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,

g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,

h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 9).