

# Potřeby a bariéry profesního růstu u sociálních pracovníků ve službě sociální rehabilitace

Bc. Lucie Klementová, DiS.

---

Diplomová práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Lucie Klementová, DiS.
Osobní číslo:	H22841
Studijní program:	N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Potřeby a bariéry profesního růstu u sociálních pracovníků ve službě sociální rehabilitace

## Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti kompetencí sociálních pracovníků, sociálních služeb a vzdělávání sociálních pracovníků.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- ELIHOVÁ, Markéta, 2017. Sociální práce: Aktuální otázky. Praha: Grada. ISBN 978-80-0080-4.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
- KING, Robert, Chris LLOYD and Tom MEEHAN, 2007. Handbook of psychosocial rehabilitation. Oxford: Blackwell Publishing. ISBN 978-14051-3308-1.
- MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2021. Profesionální způsobilost a vzdělávání v sociální práci. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-4904-7.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: 11. prosince 2023

Termín odevzdání diplomové práce: 19. dubna 2024

Mgr. Libor Marek, Ph.D.  
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 11. prosince 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....  
.....

.....  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být sěž nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, o piy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) 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, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) 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, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li zjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiměřeně k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá kontextem mezi potřebami a bariérami vzdělávání, které provází ve výkonu své profese sociální pracovníky sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním. V této souvislosti práce vysvětluje teoretická východiska práce s klientem a specifika jak cílové skupiny, tak služby samotné. Dále je na místě orientovat pozornost na ony potřeby a bariéry ve vzdělávání, které přímo mohou ovlivnit výkon i kvalitu poskytování podpory a pomoci. Empirická část práce se věnuje ověření teoretických východisek. K tomuto je použito dotazníkově šetření, tedy kvantitativní ověřování dat. Cílem práce je upozornit na důležitost dalšího vzdělávání a podpůrných mechanismů práce sociálních pracovníků a tím i zajištění profesionalizovaného výkonu práce a současně ochranu duševního zdraví pracovníků vykonávající pozici sociálního pracovníka. Výzkum toto teoretické nastavení potvrdil a poukázal na významný vliv zaměstnavatele, který podmínky pro další vzdělávání i aplikaci podpůrných mechanismů do jisté míry ovlivňuje.

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, inovativní metody, podpůrné mechanismy, sociální pracovník, sociální rehabilitace, vzdělávání.

## **ABSTRACT**

This thesis is focused on the context of the barriers and educational needs, which social workers have during their profession towards people with mental illness in social rehabilitation. In this context, the thesis explains the theoretical basis of social work with clients and the specifics of both – the target group and the service itself. Furthermore, it is relevant to point attention to those needs and barriers in education that can directly affect the performance and quality of the support and assistance. The empirical part of the thesis verifies theoretical assumptions. For this purpose a questionnaire survey was used to verify the collected data quantitatively. The aim of the thesis is to highlight the importance of further education and support mechanisms for the job of social workers ensuring professional work performance and at the same time guaranteeing the protection of the mental health of social workers. The research confirmed this theoretical premises and highlighted the significant influence of the employers on the conditions for further education and providing of support mechanisms.

Keywords:

Mental illness, innovative, methods, support mechanisms, social worker, social rehabilitation, education.

Poděkování a velkou úctu bych ráda touto cestou projevila vedoucí práce PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, PhD., která mi byla významnou metodickou oporou a zdrojem cenných a profesionálních rad během celého procesu zpracování závěrečné práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ REHABILITACE</b> .....	<b>13</b>
1.1 FORMY SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	13
1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	15
1.3 KLIENT JAKO OSOBA SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	16
1.4 NASTAVENÍ SPOLUPRÁCE VE SLUŽBĚ SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	22
<b>2 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA</b> .....	<b>24</b>
2.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	24
2.2 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	27
2.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	28
<b>3 PODPŮRNÉ A VZDĚLÁVACÍ MECHANISMY V PRÁCI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA</b> .....	<b>32</b>
3.1 POTŘEBY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	32
3.2 BARIÉRY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	34
3.3 INTERVENCE PODPORUJÍCÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ ....	35
3.4 INOVATIVNÍ METODY V PRÁCI S OSOBAMI SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>42</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>43</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	43
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY .....	44
4.3 TECHNIKA SBĚRU DAT .....	45
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	48
4.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	51
<b>5 ANALÝZA DAT</b> .....	<b>52</b>
<b>6 INTERPRETACE DAT</b> .....	<b>68</b>
<b>DISKUZE</b> .....	<b>72</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>74</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>76</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>81</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>82</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>83</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>84</b>

## ÚVOD

Potřeby a bariéry nás jako lidské bytosti provází celý život. Setkáváme se s nimi od narození až po smrt. Rozdílná je však míra uvědomění si jednotlivých potřeb v různých oblastech lidského života i různých věkových etapách. Při výrazném zúžení pozornosti na profesní oblast sociálního pracovníka pracujícího s osobami se zkušeností se závažným duševním onemocněním v sociální službě sociální rehabilitace se budeme zabývat ovlivněním oněmi potřebami a bariérami v jeho profesním růstu.

Podstatné je především vysvětlení ukotvení sociálního pracovníka pracujícího s osobami se zkušeností v jeho profesním světě. Tohoto je možné docílit při vysvětlení pojmů jako je sociální služba sociální rehabilitace a jejích forem, metod a technik sociální rehabilitace. Není možné opomenout klienta jako osobu se zkušeností s duševním onemocněním a nastavení spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klientem při poskytování zmíněné služby. Legislativní ukotvení sociálního pracovníka, včetně jeho kompetencí a role se budou plynule prolínat s dalšími tématy, které v neposlední řadě tvoří potřeby a bariéry v jeho profesním růstu. Z potřeb a bariér, které sociálního pracovníka v jeho profesi provází, vyvstávají podpůrné a vzdělávací mechanismy, které ho na jeho profesní dráze nejen provází, ale také pro něj mohou být významné jako prevence vyhoření či ustrnutí. Podpůrné v kontextu této práce mohou být některé intervence zaměřené na pracovníka, tak i inovativní metody v práci s klientem. Zabývat se komplexním pohledem na specifickou práci této pozice je vnímáno jako neopomenutelné a utváří komplexní rámec základních informací vedoucích k porozumění celé problematice.

Věnovat se tomuto tématu je významné pro celkovou spokojenost sociálních pracovníků, kteří vykonávají jak administrativně, tak z hlediska přímé práce velmi náročnou práci a současně je nutné reagovat na neustále se rozvíjející síť služeb pro zmíněnou cílovou skupinu osob se zkušeností. Duševní onemocnění se může stát součástí života každého jedince a nenahraditelná část je prevence před jejím vznikem, to může platit i pro samotné sociální pracovníky. Prostřednictvím intervencí popsaným v této práci je možné se v profesní oblasti více uvolnit, mít jistotu ve vykonávané práci a možnost náhledu i jiných odborníků. Plní tedy funkci copingové strategie. Nic z toho však nenahradí prevenci na mimopracovní půdě, ta však není předmětem této práce.

Cílem práce je tedy samotné zjištění potřeb a bariér profesního růstu v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků poskytujících podporu a pomoc osobám se zkušeností

s duševním onemocněním a jejich zohledňování v samotném výkonu profese. Tedy se zaměřením na přístup zaměstnavatele, vnitřní i vnější motivaci. To vše bude ověřováno v rámci praktické části práce kvantitativní metodou, kdy výzkumný vzorek budou tvořit oni odborníci z praxe. Praktickému zkoumání však bude předcházet teoretické uvedení do tématu jak v rovině sociální rehabilitace a její vymezení cílové skupiny klientů tak v rovině sociálního pracovníka a v jeho práci podporujících a vzdělávacích mechanismů.

Přínosem práce bude zmapování hlavních bariér bránících v dalším profesním růstu sociálních pracovníků s konkretizovaným zaměřením a efektivita naplňování jejich potřeb. Práce objasní praktický přínos inovativních přístupů v práci s cílovou skupinou osob se zkušeností s duševním onemocněním, kdy jejich zavádění je v souladu s reformou péče o duševní zdraví.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Kapitola s názvem „sociální rehabilitace“ poskytuje nejen její definici, ale také komplexní přehled o konceptu sociální rehabilitace, jejím významu, formách a cílech. Kapitola obsahuje informace pro pochopení jejího významu.

*„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)*

Světová zdravotnická organizace definuje pojem rehabilitace jako souhrn určitých opatření, která jsou potřebná k zařazení jedince do společnosti. Definice nám sděluje, že se jedná o pojem, který má široké spektrum služeb k tomu, aby mohla být rehabilitace naplněna. (Novosad, 2009)

Společně se službou sociální rehabilitace úzce souvisí i pracovní rehabilitace, kdy jedinec může nabýt vědomosti, získat dovednosti a návyky. Současně v širším pojetí sociální rehabilitace zahrnuje také soustavnou péči, která je věnována lidem se zdravotním znevýhodněním a která jim umožní uplatnění na trhu práce, kdy se jedná o obnovení pracovního potencialu. (Matoušek a kol., 2005)

### 1.1 Formy služby sociální rehabilitace

Sociální služby jsou rozmanitým polem poskytování podpory a péče zahrnujícím různé formy služeb, které jsou navrženy tak, aby odpovídaly potřebám a situacím různých klientů.

Služby sociální rehabilitace mohou mít různou formu poskytování. Může to být forma terénní, pobytová nebo ambulantní.

Terénní forma sociální práce je konkrétní forma poskytování sociálních služeb, která se odehrává mimo tradiční kancelářské prostředí. Tato forma práce klade důraz na osobní kontakt a interakci s klienty přímo v jejich životním prostředí. Terénní sociální práce může být klíčovým nástrojem pro poskytování individualizované a efektivní podpory klientům

v různých životních situacích. Její flexibilita a personalizace přístupu jsou často ceněny v oblasti sociálních služeb, mezi které patří sociální rehabilitace.

Pracovník terénní formy služby neboli terénní sociální pracovník vykonává přímou práci s uživatelem, a to v jeho přirozeném prostředí, které si vybral k životu. Sociálnímu pracovníkovi tato práce přináší aktivity, které mu dopomohou s rozvojem sociální služby a současně jsou mu také ku prospěchu při vlastním profesním rozvoji. (Nedělníková, 2005)

Pobytová forma služby sociální rehabilitace je poskytování podpory jednotlivcům v prostředí, které jim umožňuje žít a pracovat na svém rehabilitačním procesu v kontrolovaném a podpůrném prostředí. Tato forma služby poskytuje uživatelům možnost využívat ubytování a účastnit se různých aktivit pod dohledem kvalifikovaného personálu. Pobytová forma služby sociální rehabilitace se často využívá pro lidi s různými druhy duševních poruch, kteří potřebují pomoc s integrováním se do společnosti a získáváním nezávislosti.

*„Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:*

*a) poskytnutí ubytování,*

*b) poskytnutí stravy,*

*c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o poskytování sociálních službách)*

Pobytová forma služby sociální rehabilitace poskytuje klientům stabilní a podpůrné prostředí, ve kterém mohou pracovat na svém zlepšení a integraci do společnosti. Je důležité, aby tato forma služby byla individuálně přizpůsobena potřebám každého jednotlivce a aby byla poskytována s ohledem na jejich důstojnost, autonomii a práva.

Ambulantní forma služby sociální rehabilitace je poskytování podpory a rehabilitačních služeb jednotlivcům, kteří zůstávají v domácím prostředí nebo v komunitě a docházejí na terapeutické a rehabilitační sezení do zařízení, které poskytuje tyto služby. Oproti pobytové formě, která zahrnuje bydlení v určeném zařízení, ambulantní forma umožňuje klientům zůstat ve svém vlastním prostředí a pouze docházet na plánované schůzky a aktivity.

*„Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o poskytování sociálních službách*

## 1.2 Psychosociální rehabilitace

**Psychosociální rehabilitace** je proces, který poskytuje podporu a pomoc jednotlivcům s duševními poruchami, aby dosáhli co nejvyšší míry nezávislosti a kvality života v rámci svých možností. Tento proces se zaměřuje na obnovu a posílení dovedností, schopností a zdrojů, které jsou nezbytné pro úspěšnou integraci jednotlivce do komunity a normálního života.

Hlavním cílem psychosociální rehabilitace je podpora jednotlivce v procesu zotavení a obnovy, a to jak v oblasti fyzického a psychického zdraví, tak v sociálním a pracovním životě.

Psychosociální rehabilitace je často poskytována týmově, přičemž sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, terapeuti a další odborníci spolupracují na poskytování komplexní péče a podpory. Tento přístup může pomoci jednotlivcům dosáhnout co nejlepších výsledků v procesu zotavení a obnovy. (Marková a kol., 2005)

Začátek spolupráce je podmíněn navázáním vztahu, získáním důvěry a spolupráce. Důležitým aspektem pro navázání spolupráce je motivace jedince a **přípravenost** na změnu. Pokud není jeho připravenost na potřebné úrovni, je možné ho podporovat v jejím rozvoji to například formou psychoterapie nebo svépomocné skupiny. Následuje **zmapování** jeho potřeb a stanovení dlouhodobého rehabilitačního cíle a z něj vyplývajících individuálních rehabilitační plán. Do poskytování intervencí vztahujícím se k naplňování plánu může být zapojeno více osob a tím se stává plán týmovou prací. V této **intervenční fázi** dochází k rozvíjení dovedností v chráněném nebo přirozeném prostředí. Důležitým aspektem je i asistence v rozvoji podpory a zdrojů ze strany okolí jedince. (Petr, Marková a kol., 2014)

V praxi se můžeme setkat se třemi přístupy v psychosociální rehabilitace a to jsou:

- **Přístup zaměřený na problém**, kdy je stanovena diagnóza a následně plány péče a intervencí. Klient zde vystupuje v roli pacienta.
- **Vývojově zaměřený přístup** se orientuje na přání a potřeby klienta a nosným tématem je osobnostní růst a učení. Za nevhodný je považován u chronicky duševně nemocných osob z důvodu neschopnosti formulovat osobní cíle. Pokud si neurčí cíl, není možné jej směřovat k jeho vývoji.

- **Přístup orientovaný na prostředí** se zaměřuje na vytvoření nebo udržení příjemného, funkčního a co nejpřirozenějšího životního prostředí. Prostor je vnímáno jako pomůcka zmírňující dopady nemoci a dodává podporu a bezpečí. Současně může být podporován ve vyzkoušení nové aktivity či rozšíření si obzoru mimo bezpečné prostředí. (Marková a kol. 2006)

Komplexní přístup v rehabilitaci však zahrnuje všechny tyto přístupy a považuje je za komplementární. Důležité je najít balanc a optimální kombinaci, která odpovídá klientově současné situaci a současně nabízí východiska do budoucna. V tomto pojetí se jedná o **dynamický model**, který se neustále přizpůsobuje klientově motivaci a jeho možnostem s cílem dosažení co nejvyšší kvality života. Cílem pomoci je tedy vykonávání běžných činností ale také respektování relativně trvalého postižení s možnou potřebou chráněných podmínek. Proces obnovy není konstantní a v jeho průběhu může dojít k zhoršení rehabilitace nebo potřeby medicínské pomoci. „*Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci je směřován k úrovni jedince (triáda klient – rodina – pracovník), střední úrovni jeho prostředí (prostředí kde žije, pracuje, prostředí služeb, kde je mu poskytována péče) a k makroúrovni systému (politika vlády, struktura služeb péče o duševní zdraví).*“ (Marková, Venglářová a kol., 2006, s. 176)

### 1.3 Klient jako osoba se zkušeností s duševním onemocněním

Práce s klienty, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, představuje pro sociální pracovníky specifické výzvy a vyžaduje empatii, porozumění a respekt. Mezi klíčové faktory, které jsou pro tuto práci důležité patří například empatie a porozumění. Tímto by měl být vybaven každý jedinec, který se rozhodne tuto práci dělat. Vybraná duševní onemocnění spadající do cílové skupiny sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním.

*„Cílová skupina osob, kterým je určena služba **sociální rehabilitace (§ 70)**, není zákonem jednoznačně definována. Z charakteru základních činností služby však lze vyvodit, že cílovou skupinu lidí představují zejména osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení.“* (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Když ale hovoříme o psychiatrické péči, je nutné si uvědomit, že mluvíme také o několika desítkách různých diagnóz a duševních poruchách. Udělat si výčet těch, se kterými se setkávají ambulantní psychiatři ve svých ordinacích nelze, ale díky statistickým údajům lze udělat výčet těch, které se u pacientů vyskytují nejčastěji. Informace pro tuto kapitolu byly



také čerpány z organizace Péče o duševní zdraví, která poskytuje statistické údaje a výskyt jednotlivých onemocnění osob, které využili jejich službu.

### Schizofrenie

Schizofrenie je řazena mezi psychotická onemocnění. Chování lidí, kteří trpí touto poruchou, může být pro okolí zvláštní, odlišné, bizarní či nepochopitelné.

*„Schizofrenní onemocnění začíná většinou v časně dospělosti. Typicky po dvacátém roce života. V období, kdy se má mladý člověk běžně osamostatňovat, odpoutávat od rodičů. Zde často jak ze strany rodičů, tak ze strany dítěte vznikají ambivalentní, vzájemně protichůdné tendence. Na jednu stranu se chci jako mladý člověk osamostatnit, na druhou stranu z toho má velké obavy.“ (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 28)*

Ve většině případů vzniká schizofrenie jako chorobná reakce na nějakou zátěž a její zpracování. Vágnerová (2004) uvádí, že schizofrenie postihuje zhruba 1% populace. Nejčastěji se objevuje mezi 15–25 rokem života. (Vágnerová, 2004)

Toto onemocnění probíhá většinou v tzv. atakách či epizodách, kdy jedinci vymizí halucinace a bludy a nastane období remise neboli úzdravy, které může mít různě dlouhou dobu a závisí také na účinnosti léčby. Příznaky, které doprovází tuto nemoc se dělí na pozitivní a negativní a ve většině případů se objevují společně. (Kačmárová, Kitzlerová, 2021)

Příčina vzniku tohoto onemocnění není dosud známá a předpokládá se, že na vzniku se může podílet více faktorů nejen biologických (dědičnost), ale také psychosociálních (vliv společnosti, prostředí). Dle nových výzkumů a informací, jde o onemocnění mozku, které vzniká již při nitroděložním vývoji a které se projeví zpravidla kolem 20 roku života jedince. (Skopová, 2016)

Duševní onemocnění také může mít řadu různých spouštěčů, které mohou být biologické, psychologické nebo sociální povahy. Mezi faktory ovlivňující vznik tohoto onemocnění můžeme řadit například: genetiku, stres, trauma, problémy dětství či užívání léků, alkoholu nebo jiných návykových látek. Je také důležité si uvědomit, že vznik tohoto onemocnění může mít za následek kombinace všech těchto faktorů.

Skopová (2016) uvedla, že rozlišujeme tři hlavní skupiny příznaků, které ovlivňují projev nemoci a to, pozitivní, negativní a kognitivní. Do **pozitivních** příznaků nemoci spadá porucha vnímání, falešné smyslové vjemy, které označujeme jako halucinace. Mezi nejčastější halucinace patří sluchové, kdy postižený jedinec slyší různé zvuky a hlasy, které pro něj mohou být nebezpečné. Kontakt s realitou je narušen. Dále sem patří také zrakové

halucinace, kdy postižený vidí barvy, předměty, osoby. V neposlední řadě sem spadají také čichové a chuťové halucinace, které se vyskytují současně s bludy. Jedinec cítí pálení, svědění, zápach atd. Mezi ne moc časté patří halucinace intrapsychické, kdy má jedinec pocit, že mu někdo odebírá či vkládá do hlavy různé myšlenky.

**Negativní příznaky** jsou v pořadí další, které ovlivňují zmíněnou nemoc. Ty připomínají depresi a projevují se například oslabenou vůlí či poklesem nálady. Postižený jedinec se uzavírá sám do sebe a je málo komunikativní a odtážený od společnosti. Odlišit depresi od negativních příznaků schizofrenie je velmi důležité, jelikož deprese, která provází schizofrenii, je jedním z významných rizikových faktorů sebevražedného jednání. (Skopová, 2016)

Posledním definovaným příznakem nemoci jsou **kognitivní příznaky**, které jsou často spojovány s negativními, jelikož jde o narušenou pozornost, paměť a také slovní zásobu a plynulost. Jedinec také není schopen plánovat do budoucna. Příznaky se vyskytují v různých kombinacích. (Skopová, 2016)

Skopová (2016, s. 10-12) uvedla ve své knize nejčastější mýty o schizofrenii:

- *Nemocní schizofrenií mají nevypočitatelné, nepředvídatelné a nebezpečné chování, které přichází bez varování.*
- *Schizofrenie je špatně léčitelná nemoc.*
- *Nemocní schizofrenií jsou líní, vyhýbají se práci.*
- *Schizofrenií onemocní jen lidé s nižší inteligencí nebo v důsledku onemocnění zhloupnou.*
- *Lidé se schizofrenií nejsou schopni normálního života.*
- *Léky mění nemocné.*

## **Psychóza**

Jde o označení skupiny patologických jevů, u kterých je charakteristická porucha kontaktu s realitou. Pojem psychóza není jasně definován Mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10, ale je běžně používán a chápán jako stav charakterizovaný přítomností halucinací, bludů a nápadných poruch chování. V praxi je doporučováno používat termín „psychotický syndrom“. Jeho pojetí je chápáno jako reakce nervového systému na různé typy poškození. Vyskytnout se může v jakémkoliv věku, z různých příčin a specifická porucha chování může nastat na různých úrovních. (Bartůšková, 2021)

*„Psychóza je syndrom, nikoliv samostatná nozologická jednotka. Může se vyskytovat jako charakteristická součást primárních psychiatrických poruch (schizofrenie, schizoafektivní poruchy) anebo je sekundární syndrom v důsledku intoxikace odvykacího stavu, podávání jiných farmak, přímého postižení centrálního nervového systému či celkového somatického onemocnění.“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 43)*

## **Deprese**

*Praško (2003, s. 7) uvádí „Deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení.“*

Slovo deprese je z latinského slovesa septimo, deprimero, depresi či depressus, což znamená stisknout či stlačit nebo deprimovat. Slovo deprimovaný může značit jedince, který je postižený krizí či něčemu propadlý. Samotná deprese a její význam pak znamená pokles, sklíčenost, otupělost či lhostejnost. Významů má však více. Z cizích termínů se ve většině případů užívají termíny jako – melancholie, letargie, apatie, indolence, malaise či dysthymie. (Křivohlavý, 2003)

*Deprese může být chápána také jako „kolísání nálady v rozmezí od neštěstí a nespokojenosti až po extrémní pocity smutku, beznaděje a zoufalství.“ (Vandenbos, 2013, s. 115)*

Dle Skopové (2011) je velmi důležité při diagnostikování deprese kontaktovat lékaře, jelikož neléčená deprese má velký vliv na kvalitu života ve všech oblastech a současně také na zdravotní stav. Jedná se o onemocnění celého organismu a je proto velmi důležité rozhodnutí lékaře o dalších krocích a léčbě.

Skopová (2011) také definovala typické příznaky deprese, mezi které patří například:

- velký úbytek energie, únava,
- posmutnělá až úzkostná nálada,
- spavost nebo naopak poruchy spánku,
- nesoustředěnost,
- ztráta smyslu života, pocity viny.

S tím jsou spojené také tělesné příznaky, které doprovází toto onemocnění. Mezi ně patří:

- bolest hlavy,
- bolest a tlak na hrudi,

- bolesti svalů,
- špatné trávení či zácpa,
- nadměrné pocení, bušení srdce. (Skopalová, 2011)

Deprese nedoprovází pouze tělesné příznaky, jde také o nepříznivý vliv na myšlení, vnímání a pozornost postiženého jedince a je tak doporučeno v této fázi nedělat žádná významná rozhodnutí, která by mohla život jedince závažně ovlivnit. (Skopalová, 2011)

Příčinou pro vznik deprese může být spousta faktorů. Existují případy, kdy se deprese objeví bez zjevných důvodů, existují ale také případy, kdy je deprese doprovázena řadou zřejmých důvodů. Šimek (2018) uvádí, že mezi příčiny může patřit například:

- *Těžká životní událost* – Úmrtí blízkého, ztráta zaměstnání nebo sexuální zneužití.
- *Samota* – Je-li jedinec osamělý, má větší náchylnost k depresím.
- *Tělesné onemocnění* – Toto onemocnění může mít vliv na mozkovou činnost a vyvolat tak u jedince depresi.
- *Alkohol* – Konzumace většího množství alkoholu přispívá k prožití deprese či sebevražednému chování.
- *Pohlaví* – Procentuálně jsou ženy dvakrát více náchylné k onemocnění než muži a jedním z důvodů může být společenský nátlak.
- *Dědičnost* – Trpí-li rodiče tímto onemocněním je pravděpodobnost, že potomek bude nemocný až osminásobná.

Šimek (2018) ve své knize uvádí, že je možné zmírnit příznaky deprese tím, že jedinec půjde přirozenou cestou a zmírní vnitřní napětí. Jednou z možností, jak přivést mysl na jiné myšlenky je pohyb. Ten doprovází mnoho kladných věcí jako lepší spánek, fyzickou kondici, správné fungování organismu. S tím se pojí také zdravá strava a pestrý jídelníček, který může obohatit a zlepšit psychický stav člověka. Nepít alkohol a nebrat žádné drogy patří mezi další krok, který přispěje ke zmírnění onemocnění. Nejdůležitějším faktorem je spánek, během něhož jedinec nabírá energii a odpočívá.

### **Úzkost**

Úzkost je přirozená emoce, kterou prožívá většina populace, kterou reaguje tělo na stres nebo vnímané nebezpečí, které může být spojeno s různými situacemi, a to od každodenních výzev až po vážné životní události.

Při diagnostikování této nemoci je nutné si uvědomit individualitu každého jedince a možnost odlišných způsobů zvládnutí této nemoci. Při zhoršeném stavu je nutná konzultace s odborníkem, který může poskytnout individuální podporu a strategii pro jeho zvládnutí.

Praško a kol. (2006) popsali ve své knize Úzkost a obavy tuto nemoc jako psychické napětí a očekávání něčeho negativního. Člověk ovšem není schopen definovat, co konkrétního očekává. Definuje úzkost jako strach, který nemá předmět.

Úzkost dostává jedince nejen do napětí a neklidu, současně jim také ale snižuje soudnost a tvůrčí schopnosti. *Vymětal (2004, s. 54)* uvádí, že „nejvíce bývá úzkostí a strachem potlačena kreativita, tj. vytváření nových hodnot, nalézání nových, doposud neznámých vztahů apod.“

Pro jedince, který je postižený úzkostí je typické vyhýbání se různým situacím, které jej přivádí do nepříjemností a současně které vnímá pro svou osobu jako nebezpečné či ohrožující. Obavu neztratí, jelikož není schopen přesvědčit se o tom, že situace není riziková a že nemusí mít obavu z toho, čelit své úzkosti vhodnějším způsobem. Mezi situace, kterým se tyto osoby vyhýbají, patří široká řada různých aktivit, které bývají spojené s kontaktem s cizími lidmi. (Praško a kol., 2006)

### **Rizika spojená s vybranými duševními nemocemi**

Práce s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním může být náročná, zároveň však velmi obohacující. Je důležité si být vědom rizik a výzev, které jsou spojené s touto prací a být tak připraven na specifické potřeby a situace, které mohou vzniknout. Jedním z rizik, které nás při této práci mohou potkat je emoční náročnost.

Prvním důsledkem, který je vhodné v tomto kontextu vymezit, je **stigma**. Matoušek (2010) označuje stigma jako určitý stereotyp nebo předsudek veřejnosti, která nemá dostatečné informace a o cílové skupině si myslí, že duševně nemocní nejsou žádoucí skupinou ve společnosti a bát se jich je na místě, jelikož jsou skupinou nebezpečnou, a tak je potřeba se jim vyhýbat. Jejich stigmatizace a současně s ní spojená také diskriminace probíhá nejen v rovině celé společnosti, ale také ve vztazích místní komunity a mezi jednotlivci.

Druhým důsledkem rizik spojených s osobami se zkušeností s duševním onemocněním, uvádí Marková a Venglářová (2006), je **odebrání způsobilosti k právním úkonům**. Tyto osoby byly totiž omezeny ve svéprávnosti a nemají tak například možnost volebního a rodičovského práva či oprávnění k řízení motorových vozidel atd. Tyto osoby mají tak opatrovníka neboli pověřenou osobu, která je stanovena soudem.

Osoby se zkušeností s duševním onemocněním pojí také **nedobrovolná hospitalizace**. Postižený jedinec nemá reálný náhled na situaci, ke které je nutné přistupovat zodpovědně, jelikož dekompenzaci může doprovázet agrese, sebevražedné sklony či život ohrožující situace. (Malá & Pavlovský, 2010)

#### 1.4 Nastavení spolupráce ve službě sociální rehabilitace

Podle Francové (2014) dochází prostřednictvím sociální rehabilitace k určité podpoře fungování člověka v běžných situacích, které jej v životě provází. Mezi něž patří také nácvik činností pro pohyb v přirozeném prostředí, posilování sociálního začlenění, zajištění asistenčních služeb v domácnosti aj.

*„Cílem sociální rehabilitace je existenční, resp. materiální zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb.“ (Matoušek, Koláčková, Kodýmová, 2005, s. 93)*

Prvokontakt se zájemcem o službu je klíčovým momentem v poskytování sociálních služeb. Během něj můžeme stanovit tón celého dalšího vztahu a procesu poskytování podpory. Klíčovými kroky jsou přívětivé a respektující chování vůči zájemci, jelikož je důležité nastavení pozitivní atmosféry. Naslouchání, empatie a také správné kladení otevřených otázek, což pracovníkovi umožní získat více informací o potřebách zájemce a jeho situace. Důležitým krokem je také správné představení služby, její nastavení a jakým způsobem může zájemce službu využít.

Proces individuálního plánování (dále jen IP) je jedním z důležitých bodů pro kvalitní nastavení spolupráce. IP se obvykle vztahuje k procesu, během kterého jednotlivec stanovuje své cíle, strategie a kroky, které povedou k dosažení těchto cílů. Může se týkat různých oblastí života jako je, osobní rozvoj, kariérní postup, vzdělávání nebo zlepšení dovedností. Dopomáhá jednotlivcům efektivněji směřovat své úsilí k dosažení žádoucích výsledků.

Individuální plán je písemný zápis uživatele služby, který vychází z problémových oblastí a směřují k plnohodnotnému naplňování a integraci do společnosti. (Kolektiv autorů, 2008)

IP by také mělo odpovídat nastavení a charakteru sociální služby, kterou uživatel využívá. Jeho nastavení IP a osobní cíle, se kterými přichází by měly být základním činitelem pro rozvoj organizace. (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Sociální rehabilitace obvykle končí, když jednatelce dosáhne stanovených cílů ve svém IP a znovu získá potřebné dovednosti a schopnosti pro samostatnější a plnohodnotnější fungování v životě. K ukončení sociální rehabilitace může dojít v následujících situacích, kdy může uživatel služby dosažení či nedosažení cílů, porušení pravidel nebo si najde samostatné bydlení.

Obnova kompetencí a ukončení sociální rehabilitace jsou důležitými milníky v procesu podpory a obnovy jednatelce, ale je také důležité, aby se tento proces sledoval a podporoval i nadále, aby se minimalizovala možnost zpětného pádu nebo opětovné potřeby intenzivnější podpory. Potřebnou podporu může poskytnout terénní forma služby sociální rehabilitace či vytvořená síť dalších sociálních služeb a podpůrných prvků.

## 2 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Legislativní rámec pro sociální práci se liší podle zemí a právních systémů. Každá země má své vlastní zákony, předpisy a normy, které upravují sociální oblast a kompetence sociálního pracovníka. Nutné ovšem je, aby sociální pracovníci dobře rozuměli místnímu právnímu rámci, ve kterém pracují a dodržovali odbornou etiku a zákonné povinnosti.

Těmto tématům se také věnuje druhá kapitola, ve které nalezneme legislativní ukotvení profese sociálního pracovníka. Dále zde také najdeme vydefinované kompetence a roli sociálního pracovníka, jejichž rozhraní je opravdu velké.

### 2.1 Legislativní ukotvení profese sociálního pracovníka

Legislativní ukotvení sociálního pracovníka se může lišit v závislosti na zemi, regionu nebo právním systému, ve kterém pracuje. Mezi obecné aspekty legislativy, které mohou ovlivňovat práci sociálních pracovníků bychom mohli zařadit například **právní rámec**, který je důležitý pro úpravu povinností, práv a odpovědnosti sociálních pracovníků. Určují také profesní standardy, postupy a další aspekty práce sociálního pracovníka. Dále bychom zde mohli zařadit **akreditaci**, kdy je pro některé organizace velmi důležité, aby sociální pracovníci získali a udrželi určitou formu akreditace pro vykonávání své profese. Problematika akreditace či získání licence pro výkon pozice sociálního pracovníka se netýká České republiky. Tato opatření mohou zahrnovat absolvování určitého vzdělání nebo splnění určitých standardů. Současně bychom zde mohli zařadit také **práva klientu**, kdy legislativa často uznává práva klientů na důstojnost, respekt, soukromí a rovnost. Sociální pracovníci jsou povinni respektovat tato práva a poskytovat služby a podporu v souladu s těmito principy. Jako poslední bychom mohli zařadit **právní odpovědnost**, kdy zákony mohou stanovit odpovědnost sociálních pracovníků za jejich jednání a rozhodnutí v rámci poskytování služeb. To může zahrnovat povinnost dodržovat etické normy, poskytovat adekvátní péči a podporu, a zajišťovat bezpečnost a blaho klientů.

Pro výkon povolání sociálního pracovníka a předpoklady pro tuto práci jsou ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Náplň práce pro sociálního pracovníka specifikuje §109 – „*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.“*

Je důležité, aby sociální pracovníci měli dobrý přehled o právním rámci, ve kterém pracují a dodržovali platné zákony, předpisy a etické normy ve své práci. Vzdělávání a pravidelná aktualizace znalostí o právních předpisech jsou proto důležité součásti profesního rozvoje sociálních pracovníků.

Základní tematické okruhy v oblasti vzdělávání sociální práce vymezuje tzv. Minimální standard vzdělávání v sociální práci, který je závazný pro členské školy Asociace vzdělavatelů v sociální práci v oblasti vzdělávání. Jedná se o ojedinělý dokument, protože sjednocuje představu o náplni studia terciárního vzdělávání realizovaného vyššími odbornými a vysokými školami. Tvoří závaznou normu a současně metodický nástroj. Definiuje rámcové obsahy výuky a kompetence potřebné k utváření profesní identity, tedy pro výkon profese sociálního pracovníka, které jsou rozčleněny do dvanácti tematických oblastí.

Ukončením formálního vzdělávání a nástupem do zaměstnání se adept stává sociálním pracovníkem podle legislativy. Získání kvality profesionála v oblasti sociální práce je však mnohem delší proces, který nemá žádný předpověditelný konečný stav. Profesionalitu je nutné soustavně udržovat. Přímý vliv na ni má vedle pokračujícího dalšího vzdělávání i zpětná vazba od klientů, kolegů a pracovníků spolupracujících profesí. Neopomenutelnou roli v procesu profesionalizace sociálního pracovníka hraje kontakt s vrstevníky, stínování zkušenějších pracovníků, sdílení příběhu klienta i informace o zpětné vazbě na práci kolegů. Další významnou kompetencí v práci sociálního pracovníka je umění využívat svou osobnost ve prospěch klienta se současným využitím schopnosti neutralizace stresu. Tyto procesy jsou rozvíjeny v procesech intervize a supervize. Intervize i supervize jsou v sociální práci významnými nástroji kvalifikační socializace. (Matoušek, 2021)

*Navrátil (2001, s. 25) popsal profesionalitu sociálního pracovníka jako využívání nabytých znalostí a aplikaci teorie při zařazení určitých změn do spolupráce. "Je velmi rozdílné, zda se jeho intervence uskutečňuje na základě domněnek, pocitů, intuice, nebo na základě kompaktního teoretického rámce. Snaha pomáhat lidem bez přesného porozumění jejich obtížím a bez znalosti metodických postupů může být nebezpečná. Může ohrožovat klienty, v případě dlouhotrvajících projektů i celou společnost. "*

Přímý kontakt vzdělavatele s praxí sociálních pracovníků je základní předpoklad pro dobrou přípravu k výkonu této profese. (Matoušek, 2021)

Členství v profesní komunitě je v České republice možné v rámci několika profesních organizací, kterými jsou:

- Profesní komora sociálních pracovníků, z. s. jedná se o dobrovolnou organizaci sdružující sociální pracovníky, ale i jiné odborníky ze sociální sféry. Hlavní cíle jsou zvyšování profesní identity, vytváření prostoru pro profesní diskuzi k aktuálním tématům, zapojení do diskuze k připravování novel a zákonů a další vzdělávání sociálních pracovníků.
- Společnost sociálních pracovníků České republiky je jedna z nejstarších organizací u nás. Tato odborná organizace sdružuje členy podílející se aktivně na rozvoji sociální práce a zvyšování odborné úrovně sociální práce v praxi. V roce 2006 formulovala Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR, který je dosud vnímám jako etický kodex sociálních pracovníků.
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky v rámci ní působí Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách.
- Rada pro rozvoj sociální práce.
- Asociace občanských poraden, z. s.
- Asociace vzdělavatelů v sociální práci.
- Česká asociace streetwork.
- Síť aktérů pro domov, z. s.
- Institut zdravotních a sociálních věd, z. ú.

Podílení se na aktivní činnosti a rozvoji profesní komunity může mít také podobu účasti na odborných akcích jako jsou například konference a workshopy nebo publikováním příspěvků v odborných časopisech (Sociální práce, Listy sociální práce, Sociální revue, Fórum sociální práce apod.). Dalšími možnostmi jsou podílení se na tvorbě a inovaci regionální i národních sociálně-politických opatření, projektování, výzkumné činnosti, spolupráce se sociální prací při jejich odborné praxi apod. (Mátel, 2019)

## 2.2 Kompetence sociálního pracovníka

Sociální pracovníci mají široké spektrum kompetencí, které jim umožňují úspěšně pracovat s různými jednotlivci, skupinami či komunitami a současně v rozmanitých sociálních kontextech. Tyto kompetence mimo jiné zahrnují také: empatii, komunikaci, schopnost efektivně plánovat a hodnotit, rozhodovat a mít kritické myšlení, sebereflexi a stresovou odolnost. Zmíněné kompetence tvoří určitý základ pro dobrou praxi sociálních pracovníků a pomáhají jim poskytovat podporu a pomoc klientům při jejich individuálních potřebách a situacích.

Podle Pitnerové (2008, s. 8) *“je kompetence soubor povinností a oprávnění zaměstnance, týmu a příslušné sociální organizace“*.

Hartl a Matoušek (2013) ve své knize popisují obecné předpoklady a dovednosti, kterými by měl být vybaven každý sociální pracovník. Mezi tyto obecné předpoklady a dovednosti můžeme řadit – fyzickou zdatnost, inteligenci, důvěryhodnost a komunikační dovednosti.

*„Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řadu zdravotních a sociálních zařízení, ve kterém pracovník pracuje.“ (Matoušek a kol., 2005, s. 136)*

Sociální pracovník by měl být nejen dobrým kompetentním praktikem, ale také odborníkem, který bude uvažovat nad svou prací, využívat kritického myšlení a reflektovat všechny své praktické zkušenosti s cílem zvyšovat kvalitu poskytované služby. (Matoušek, 2008)

K výše uvedeným specifickým pojmu kompetence doplňuje Matoušek (2021) pojmy znalost a dovednost, které považuje za další formy kompetence. Znalosti jsou popsány jako teoretické a/nebo faktické a jsou výsledky přizpůsobení informací nabytých prostřednictvím procesu učení. Dovednosti jsou schopnosti aplikovat nabyté znalosti a odbornost k dokončení úkolů a vyřešení problémů.

Na základě realizovaných fokusních skupin Matoušek (2021) vyspecifikovat hlavní požadavky na sociální pracovníky podle cílových skupin. Pro sociální pracovníky pracující s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním vyspecifikoval následující:

- Znalosti psychiatrického minima (znalost nemocí, duální diagnózy, léčebných postupů), znalosti zdravotní a sociální legislativy (včetně opatrovnictví

- a dávkového systému), znalosti místní sítě zdravotních, sociálních a školských služeb, znalost fungování městského úřadu, policie a soudu.
- Dovednosti v oblasti komunikace s osobou psychickým onemocněním i blízkými osobami, dovednosti hodnotit potřeby klienta a možnosti formulace jeho potřeb, včetně hodnocení potřeb klienta, který nyní své potřeby formulovat nedokáže. Dovednost nabízet možnosti a podporování k jejich využívání k možné tvorbě podpůrné sítě klienta. Dovednost navázat, rozvíjet, ale i končit spolupráci s klientem.
  - Širšími kompetencemi jsou pak kooperace mezi jednotlivými odbornostmi, týmová spolupráce, komunikační dovednosti, dovednosti vyjednávat.
  - Teorie a přístupy, které by měl ovládat jsou přístup založený na silných stránkách, systematický přístup, kognitivně behaviorální terapie, CARE (Comprehensive approach of rehabilitation), FACT (Flexible assertive community treatment model, IPS (Individual placement and support), teorie komunikace poradenství, recovery (přístup zaměřený na zotavení člověka), koncepce psychosociální rehabilitace.

Jistá aktualizace praktických sociálních kompetencí probíhá do určité míry při samotném výkonu profesní činnosti sociálních schopností a jejich opakování tak, aby došlo k jejich ukotvení a staly se přirozenou součástí sociálního pracovníka jako člověka, a nejen při výkonu povolání. Mátel (2019) dále uvádí, že mimo praxi jsou tyto kompetence rozvíjeny prostřednictvím dalšího profesního růstu při dalším vzdělávání, supervizi apod. Zdůraznil také etické kompetence, které může chápat jako schopnosti jednat v souladu s etickými hodnotami a principy profese.

### 2.3 Role sociálního pracovníka

Sociální role je očekávané chování, které se váže k jistému sociálnímu statusu. V rámci profese mohou být rozlišovány specifické sociální role, kterou jsou zastávány profesionály při výkonu svého povolání. Sociální pracovník v procesu sociální intervencí plní hned několik navzájem se doplňujících rolí. Sociální intervence je multidimenzionální konstrukt v rámci, kterého využívá sociální pracovník několik způsobů poskytování pomoci. Mátel (2019) uvádí výčet profesionálních rolí sociálního pracovníka:

**Podporovatel** je role, kdy sociální pracovník pomáhá klientovi zvládat zátěžové a stresové situace v životě. Zaměřuje se na rozpoznávání a rozvoj silných stránek, analýzu problému

na části a stanovení si dosažitelných cílů se současným podpůrným působením. Tato role je využívána především v případové práci a sociálním poradenství.

Do role **poradce** se staví každý, kdo provádí poradenství na jakékoli úrovni. Podstatou je proces pomoci s využitím stávajících zdrojů a možností osobnosti vypořádat se s aktuálními problémy. Informační pomoc a pomoc při rozhodování jsou těžišti poradenství se sociální prací jako pomáhající profesí. Poradce podporuje růst, rozvoj, znalost a lepší uplatnění klienta ve světě.

**Pečovatel** je role obecně používaná u všech, kteří poskytují praktickou péči a emocionální podporu druhým a napomáhají klientům v každodenních aktivitách, které vlivem nemoci či postižení nezvládnou vykonávat, a proto jsou závislí na pomoci ostatních. Tato role se pozice sociálního pracovníka týká spíše okrajově a více se váže k pozici pracovníka v sociálních službách.

**Mediátor** neboli zprostředkovatel zahrnuje pomoc při řešení sporů nebo konfliktů na různých úrovních a role mediátora je nestranná.

**Vyjednavač** je role sociálního pracovníka, který reprezentuje nějakou organizaci, skupinu nebo jedince, kteří se pokouší něco získat od jiné skupiny nebo systému. Jeho cíle, podobně jako u mediace, je nalezení střední cesty. Role vyjednavače je jasným spojencem strany, kterou zastupuje.

**Facilitátor** nebo také moderátor je charakterizován utvářením klimatu nedirektivní způsobem, akceptování skupiny i jednotlivce a vyhýbání se plánování. Důležité je pracovat s pocity členů skupiny, používat konfrontaci, zpětnou vazbu a empatické porozumění. Tato specifická role je spíše uplatňována v práci se skupinou.

Role **terapeuta** je poměrně častá v psychosociální intervenci, kdy cílem sociálního pracovníka je pomoc jedinci překonávat nebo zmírňovat onemocnění, postižení nebo problémy. Základem pro tuto roli je absolvování terapeutického výcviku ve vybrané terapii, ale i různé podpůrné činnosti terapie, jako jsou například arteterapie, ergoterapie, dramaterapie, aj.).

**Vzdělavatel**, tedy poskytovatel informací a nácviku sociálních schopností klienta. Prostřednictvím sociálních schopností učí sociální pracovník klienta zvládat náročné životní situace a současně působí preventivně proti možným krizím v životě. Aby mohl sociální pracovník být v roli vzdělavatele, musí být sám vzdělaný a trénovaný.

Předpokladem pro výkon role **manažera** je jistá úroveň administrativní odpovědnosti za sociální organizaci a jiné instituce. Její podstatou je stanovení, organizování a koordinace aktivit při dosahování organizačních cílů, získávání a přidělování prostředků, realizování programů, monitorování, vyhodnocování či podporování efektivity.

**Analytik** a **evaluátor** může na základě širších znalostí fungování různých systémů analyzovat a hodnotit efektivitu práce široké palety systémů a programů. Jednou z činností je také vyhodnocování své vlastní intervence. Uplatnění této role najdeme především v komunitní práci, případové práci či práci v terénu.

Sociální pracovník v roli **koordinátora** napomáhá při rozdílných způsobech spolupráce různorodých činností ve prospěch klienta, a to v rámci profese, instituce a zařízení sociálních služeb. S touto rolí úzce souvisí role případové manažera (více známého pod pojmem case manager), který koordinuje intervence v rámci sociálního případu nebo specificky při tvorbě a koordinaci rozvojového plánu. Cílem je efektivní sladění sítě pomocných služeb v zájmu předem stanoveného cíle.

Role **zprostředkovatele** pomáhá spojovat klienty s komunitními zdroji a službami. Předpokladem je dobrá znalost komunitních služeb i senzitivnost klientových potřeb. Role také vyžaduje dobré organizační schopnosti, potřebné poznatky, důslednost a vytrvalost.

**Advokát** v sociální práci se vztahuje k přímému zastupování jednotlivců, skupin nebo komunit a jeho cílem je dosažení nebo udržení sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci obhajují práva a důstojnost klientů. Roli nelze zaměňovat s právním pojetím povolání advokáta.

**Manažerem změn** je sociální pracovník, jehož cílem je napomáhat pokroku a zlepšování sociálního fungování. Angažují se při identifikaci a řešení širších společenských problémů.

S výkonem především státní správy je spojena i role **administrativního pracovníka**, který je zatížen nadměrnou správní činností. (Mátel, 2019)

*„Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní.“ (Matoušek, 2003a, s. 44–45)*

Od pracovníka v pomáhající profesi se očekává, že bude vyčnívat řadou předpokladů a dovedností a jeho přístup k uživatelům bude vždy na vysoké úrovni. Jelikož je pole

sociálních služeb velice rozsáhlé, je možné se v praxi setkat s různými přístupy a rolemi sociálních pracovníků ve vztahu ke klientům. Bansková (2001) definovala hned čtyři různé typy, které se ale vzájemně prolínají. Prvním typem je **Angažovaný sociální pracovník**, což je typ pracovníka, který bere klienta či uživatele jako sobě rovného. Pracovníkovo jednání je empatické a s respektem. Při práci uplatňuje morální hodnoty. Hlavním úskalím v tomto vztahu bývá syndrom vyhoření nebo vytvoření si osobního vztahu ke klientovi.

Druhým typem, o kterém mluví Bansková (2001) je **Radikální sociální pracovník**, jehož role stejně jako u angažovaného sociálního pracovníka se zaměřuje na vkládání osobních hodnot do praxe. Zde jde spíše o oblast sociální politiky a politické ideologie.

**Byrokratický sociální pracovník** je třetím typem, který si zde definujeme. Sociální pracovník vytváří iluze určitého zájmu o klienta. Záměrem ovšem je manipulace s lidmi v zájmu jejich změny.

Posledním typem, který definovala Bansková (2001) je **Profesionální sociální pracovník**. Prioritou tohoto pracovníka je zájem a hájení práv klienta či uživatele. Tento typ pracovníka se řídí etickým kodexem a je pro něj důležitý individuální vztah s klientem, který bere jako aktivní spolupráci. Vztah mezi sociálním pracovníkem a uživatelem služby je upevňován respektem práv.

Je nutné si uvědomit, že sociální pracovníci během výkonu svého povolání vykonávají mnoho rolí, které se vzájemně prolínají a jsou ovlivňovány mnoha faktory, mezi které mimo jiné patří také náplň práce, charakter zařízení nebo cílová skupina, se kterou sociální pracovník pracuje. Každá z rolí, které sociální pracovník vykonává pak naplňuje potřeby uživatelů dané služby.

### 3 **PODPŮRNÉ A VZDĚLÁVACÍ MECHANISMY V PRÁCI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA**

Ve výkonu práce jsou klíčové podpůrné a vzdělávací mechanismy, které pomáhají sociálním pracovníkům efektivně plnit své sociální úkoly, zvyšovat své dovednosti a zvládat emocionální nároky práce. Tyto mechanismy jsou často implementovány k podpoře a obohacení práce sociálních pracovníků.

Ve třetí kapitole si představíme popis potřeb sociálního pracovníka, jeho bariéry v sociální práci, definice a rozdělení intervence podporující sociálního pracovníka při výkonu povolání a současně zde také najdeme rozdělení inovativní metody v práci s osobami se zkušeností s duševním onemocněním.

#### 3.1 **Potřeby sociálního pracovníka**

Potřeby sociálních pracovníků mohou být velmi rozmanité v závislosti na kontextu konkrétní pracovní náplně a oblasti působnosti. K obecným potřebám se může řadit podpora a supervize. Tyto potřeby mohou posloužit při zvládání emocionálně náročné situace a vyrovnat se tak s pracovními výzvami. Pravidelná zpětná vazba a možnost konzultace s kolegy jsou pro sociální pracovníky taktéž klíčové.

*„Nemá-li pracovník v dlouhodobém měřítku nástroje, jak o sebe dobře pečovat a jeho psychická odolnost je opakovaně vystavována nejrůznějším tlakům, dochází k postupnému vyhasínání jeho energie, až k syndromu vyhoření.“ (Tomšů, 2021)*

Matoušek (2016) vydefinoval potřebu jako určitý „motiv k jednání“. V případě, kdy jedinec neuspokojuje své potřeby, může dojít k deprivaci a strádání. Matoušek rozděluje potřeby na: potřeby tělesné pohody, potřeby psychické a potřebu bezpečí, potřeby související se vztahem k blízkým lidem, potřeby společenského uplatnění a uznání a potřeby spirituální.

Pro sociálního pracovníka je velmi důležitá péče o své potřeby, jelikož tím zkvalitňuje i péči o své klienti či uživatele. V případě, kdy sociální pracovník o své potřeby nepečuje, může tak dojít k ovlivnění sociálního fungování každého jedince. Při své práci je velmi důležité myslet především na to, že je sociální pracovník vystaven rizikům, mezi které se řadí také syndrom vyhoření. (Matoušek a kolektiv, 2013)

Potřeby sociálních pracovníků nesouvisí pouze se vztahem ke klientovi, ale také se vztahem s pracovním týmem, kolegy a s vedením služby a organizace, ve které sociální



pracovník pracuje. Z důvodu zlepšení kvality sociálních služeb a vytvoření příjemné atmosféry na pracovišti by měla služba a organizace brát potřeby sociálních pracovníků na zřetel. V případě zanedbání potřeb sociálního pracovníka, bude to mít rapidní dopad na kvalitu poskytované sociální péče a psychickou pohodu sociálního pracovníka (Matoušek a kolektiv, 2013).

Současně se mezi potřeby sociálních pracovníků, které by mohli ovlivnit jejich sociální práci a osobní pohodu, mohou řadit např.: **Možnost učení a rozvoje**, kdy je důležité, aby sociální pracovníci měli přístup k vzdělávacím a profesním rozvojovým programům, které jim umožní neustále se zdokonalovat a udržovat aktuální znalosti a dovednosti. **Spravedlivé ohodnocení**, které je důležité pro pocit uznání a motivace sociálních pracovníků, kteří často pracují v náročných podmínkách s omezenými zdroji. Jednou z potřeb může být také možnost vyhrazovat hranice, kdy sociální pracovníci potřebují mít možnost stanovovat hranice ve své práci, aby chránili svou vlastní emocionální stabilitu a zachovali profesionální vztahy se svými klienty.

*Janebová (2014, s. 25) ve své knize uvádí, že: „Nástrojem pekaře je pec, kterou musí dobře znát, čistit ji a opravovat. Pokud by tak nečinil a svoji pec neudržel, přestala by péct dobrý chléb a nakonec by se v ní nedalo upéct nic, protože by přestala hřát. Sociální pracovník v práci s klienty používá jako pracovní nástroj sám sebe. Proto by měl dobře rozumět vlastní osobnosti, pečovat o sebe a v případě problému či potřeby nalézt vhodné uspokojení. Sociální pracovník, který se o sebe nestará a nedbá na své potřeby, nebude schopen kvalitního profesionálního vztahu s klienty.“*

Celoživotní nebo také další vzdělávání upravuje zákon č. 179/2006 Sb., o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání. Další vzdělávání můžeme definovat jako jakékoliv vzdělávání, které již není tím primárním. Další vzdělávání sociálních pracovníků je ukotveno v zákoně o sociálních službách. Zaměstnavatel povinen sociálnímu pracovníkovi zabezpečit minimálně 24 hodin dalšího vzdělávání, kterým si pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje svoji kvalifikaci. Formy takové vzdělávání jsou podle zmíněného zákona specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami, vyššími odbornými školami v oboru sociální práce, ale i účast na odborné stáži, školící akce, konference a kurzy s akreditovaným programem. Maximálním rozsahem je 8 hodin. Největší oblibu mezi zaměstnavateli mají akreditované vzdělávací akce. Příslušné ministerstvo takových kurzů nabízí velké množství, je však obtížné předem odhadnout jejich přínos a kvalitu. Často bývá zaměřené kurzů spíše povrchní, na základní úrovni

znalostí a dovedností. Vzdělávací politika zaměstnavatelů se velmi různí. Někteří zaměstnavatelé preferují spíše zákonné splnění povinnosti vzdělávání pracovníků s co nejnižšími náklady nad reálnou potřebností konkrétního tématu vzdělávání a jeho kvalitou. Dlouhodobé výcviky v určitém terapeutickém směru jsou náročné na čas i finance, a tak je zaměstnavatelé nepodporují. (Matoušek, 2021)

### 3.2 Bariéry sociálního pracovníka

*„Neexistují žádné důkazy vycházející z výzkumu, že vždy existuje nějaký silný a pozitivní vztah mezi spokojeností s prací a výkonem. Spokojený pracovník není nutně vysoce výkonným pracovníkem a vysoce výkonný pracovník není nutně spokojeným pracovníkem. Spokojenost může vést k dobrému výkonu, ale dobrý výkon může právě tak být příčinou spokojenosti. Ten vztah může být vzájemný.“ (Armstrong 2009, s. 117)*

Sociální pracovníci hrají klíčovou roli v poskytování podpory a pomoci v rámci služeb jednotlivcům a komunitám v různých životních situacích. Při plnění své role mohou čelit různým bariérám. Níže jsou uvedeny některé z hlavních bariér, se kterými se sociální pracovníci mohou setkat.

Bariéry ze strany zaměstnavatele mohou bránit sociálním pracovníkům v jejich práci a ovlivňovat jejich schopnost efektivně poskytovat služby. Bariéry, které mohou plynout ze strany zaměstnavatele mohou být např.: nedostatek finančních zdrojů, které mohou omezovat dostupnost a rozsah poskytování služby. Personální nedostatek, který může vést k přetížení sociálních pracovníků a tím snížení jejich efektivity. Také zde můžeme zahrnout nedostatečnou podporu a vzdělávání, kdy zaměstnavatel dostatečně nezajistí finance na vzdělávání či školení, které následně může vést k nedostatku znalostí v důležitých oblastech.

Sociální pracovníci také mohou být motivováni různými faktory, které lze rozdělit na vnitřní a vnější motivaci. Vnitřní motivace může být pro sociálního pracovníka příklad – zájem o pomoc druhým, kdy může jedince naplňovat osobní uspokojení z práce. Osobní růst a rozvoj, kterým může být možnost účasti na školeních nebo rozvoj dovedností či kariérní postup. Vnější motivací mohou být finanční odměny, oceňování a uznání nebo podpora kolegů na pracovišti.

### 3.3 Intervence podporující sociálního pracovníka při výkonu povolání

Intervence podporující sociálního pracovníka při výkonu povolání jsou klíčové pro udržení jeho duševního zdraví, profesní spokojenosti a efektivního plnění pracovních povinností. Současně v této části práce se s ohledem na nosné téma těmto intervencím věnujeme pouze okrajově.

#### Porady týmu

Proces porad týmu je důležitým prvkem efektivního týmového řízení. Během těchto porad týmu se členové setkávají, sdílejí informace, řeší problémy, plánují akce a posilují týmovou spolupráci. Klíčové prvky pro úspěšné porady týmu jsou například – pravidelnost nebo důvěra mezi jednotlivými kolegy.

Termín „porada týmu“ definuje skupinu osob, kteří spolupracují i mimo poradu ve stejné organizaci. Porady týmu jsou konané pravidelně a zazní na nich vždy čerstvé informace. (Jay, Templat, 2004)

Podstatou a základem pracovního setkání je správná a efektivní komunikace, u níž je důležité začít u sebe samých. (Kaňáková, 2008)

#### Supervize

Slovo supervize bylo do českého jazyka přeloženo z anglického výrazu supervision. Tento výraz se pojil původně s každou situací, kde zkušenější osoba dohlížela na jinou osobu či skupinu při plnění nějakého úkolu. Pojem supervize a jeho chápání se v průběhu let v pomáhajících profesích začala měnit, a to spolu s profesní kulturou sociální práce. (Havrdová, Hajný, 2008)

Baštecká (2005) ve své knize uvádí, že je supervize určitá metoda, která umožňuje pracovníkům v pomáhajících profesích pochopit, co může být problémem v komunikaci mezi klientem a jimi samotnými. Baštecká (2005) zároveň uvádí, že je supervize metoda, která má za úkol vytvořit bezpečné prostředí pro možnost vyjádření a současně také plní složku podpory a kontroly, která je zaměřena na problém, průběh a vztahy. Cílem supervize je podle Tomšů (2021) získání zpětné vazby, zažití respektu, podpory, prostoru pro vyslechnutí a sdílení a zároveň péče o své hranice.

Hawkinse a Shoheta (2004) definovali tři hlavní funkce supervize a i přesto, že jsou tyto rozdělené funkce rozdílné, navzájem se překrývají a doplňují.

Funkce **vzdělávací** neboli formativní konkrétně rozvíjí porozumění a schopnosti supervidovaného, jemuž je umožněno lépe porozumět a pochopit klienta a uvědomit si své reakce na jeho osobu či situaci s ním řešenou. Tato funkce umožňuje také možnost zjištění. Druhou funkcí, kterou autoři definovali, je funkce **podpůrná**, kterou lze nazvat také jako restorativní. Podpůrná funkce omezuje emoční přetížení pomáhajícího a zároveň umožňuje supervidovanému popsat a porozumět svým emocím a současně poskytuje podporu v náročných situacích.

Funkce **řídící** neboli normativní je třetí v pořadí, která plní funkci kontroly a dohledu nad kvalitou provedení supervize, jelikož supervidující nesou ve velké většině případů zodpovědnost za řádný výkon své práce.

Existuje také několik forem supervize, které může sociální pracovník využít a její výběr závisí na dohodě všech zúčastněných.

První, kterou zde uvedeme je **autosupervize**, kterou vydefinoval Hawkins a Shohet (2004). Je to určitý způsob sebereflexe sociálního pracovníka, který se ptá sám sebe a následně na otázky hledá možné odpovědi. Při této formě supervize je důležitý dostatečný časový prostor. Současně je také důležité přiznat své vlastní chyby a dovolit si pochybovat o svých vlastních způsobech práce.

Druhou formu, kterou si zde představíme je **supervize individuální**, což je dle Matouška a kol. (2003) určitý strukturovaný kontakt mezi supervizorem a supervidovaným. Jejím úkolem je reflektovat a podpořit fungování sociálního pracovníka a jeho další možný rozvoj ať už osobní, tak profesní.

Hawkins a Shoteta (2004) uvádí, že výhodou individuální supervize je úplná pozornost a soustředěnost supervizora pouze na jednoho supervidovaného, jeho problém a jeho řešení.

**Supervize skupinová** je dle Matouška a kol. (2013) strukturovaný proces, závisící na počtu supervidovaných, který jim umožňuje diskuzi o své práci, svých pocitech a má podobu plánovaných, časově vymezených setkáních.

Čtvrtou formou supervize je **týmová**. Týmové supervize se dle Mahrové (2008) účastní všichni členové pracovního kolektivu, a to bez ohledu na jejich pracovní pozici. Tato supervize se zajímá především o efektivitu, dynamiku a kulturu celého týmu.

*„Účastní se všichni členové týmu, je zaměřena na spolupráci v týmu, zlepšení efektivitu práce a komunikaci jednotlivých členů týmu. Je nutné předem ošetřit přítomnost vedení. Doporučujeme zástupce vedení přizvat pouze v konkrétních případech a se souhlasem všech členů týmu.“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 16)*

**Peer supervize** neboli také intervize je dle Bärtlové (2007) setkání všech kolegů bez supervizora, kdy při této formě zastávají roli supervizora všichni zúčastnění. Tato forma supervize zastává funkci podpůrnou a také vzdělávací.

Poslední formou supervize je **tandem**. Dle Hawkinse a Shoheta (2004) je tato forma supervize konzultace mezi dvěma kolegy, kteří mají podobné zkušenosti z praxe. Jedná se o méně formální podobu. Tato forma také poskytuje nadhled nad určitým problémem a pomáhá najít řešení a emoční kontrolu. Také často nazýváno jako intervize, což je proces supervize a podpory zaměstnanců, který se často používá v různých profesních oblastech, včetně sociální práce, psychoterapie, vzdělávání a dalších. Termín „intervize“ se často používá v kontextu sociální práce a psychoterapie, kde označuje specifický typ supervizního procesu, který je zaměřen na podporu profesionálního rozvoje a kvality práce.

### **Interdisciplinární a multidisciplinární spolupráce**

Nastavení spolupráce s více službami může být ovlivněno mnoha různými aspekty. Příručka praxe sociální práce definuje konkrétní aspekty, které jsou sociálními pracovníky považovány za klíčové. Mezi ty patří: pravidelná informovanost o aktualitách, pravidelná komunikace, intervize, týmová spolupráce, důvěra na pracovišti, podpora mezilidských vztahů, komunikace, otevřenost, zpětná vazba od vedoucího, podpora a motivace sociálních pracovníků, prostor pro sdílení či nápady. (Koláčková, 2021)

Interdisciplinární spolupráci nelze dle Vévody (2013) jednoznačně vydefinovat. Dle autora jde o spolupráci nejméně tří osob. Ty mají mnoho specializací současně ale stejný cíl. Tím se vzájemně doplňují.

Plevová (2012) píše, že v interdisciplinárním týmu jsou na sobě jednotliví odborníci závislí, jednotlivé úspěchy by měly být zahrnuty mezi všechny a výsledek takové spolupráce by měl být společný.

Multidisciplinární spolupráce představuje také synergii různých odborných disciplín nebo profesí, které spolupracují na dosažení společného cíle. Obvykle je tato spolupráce zaměřena ve prospěch uživatele. V kontextu sociální práce je multidisciplinární spolupráce často klíčová pro poskytování komplexní a efektivní podpory jednotlivcům a komunitám.

Multidisciplinární spolupráce přináší vzájemné učení se od zúčastněných členů, komunikaci a koordinaci mezi členy pro úspěšnou spolupráci nebo také individuální plánování, různorodost, či komplexní hodnocení potřeb.

Multidisciplinární spolupráce má mnoho výhod, vyžaduje ale také úsilí a komunikaci mezi různými profesionálními obory. Nicméně efektivní koordinace mezi odborníky může výrazně přispět k úspěchu poskytování sociálních služeb a zlepšení kvality života uživatelů.

S tím je také spojena propojenost mezi zdravotní a sociální oblasti při poskytování péče o duševně nemocné. Propojenost mezi zdravotní a sociální oblastí je klíčová pro poskytování komplexní péče o duševně nemocné jednotlivce. Duševní zdraví je multidimenzionální záležitost, která zahrnuje nejen lékařskou péči, ale také sociální podporu, rehabilitaci a zapojení do společenství. Mezi způsoby, jak tyto oblasti propojit lze zahrnout týmovou spolupráci, efektivní předávání informací, komunitní zapojení, nebo odborná kvalifikace pracovníků.

Při poskytování podpory a pomoci sociální službou je pro uživatele s duševním onemocněním důležitá také komunikace a spolupráce nejen s opatrovníkem, ale možná je také spolupráce s Centrem duševního zdraví (dále CDZ), které poskytuje širokou škálu služeb souvisejících s péčí o duševně nemocné.

### **3.4 Inovativní metody v práci s osobami se zkušeností s duševním onemocněním**

#### **Asertivní komunikace**

Asertivní komunikace je určitý způsob, jak mohou lidé vyjadřovat svůj vlastní názor, své potřeby a pocity tak, aby byly respektovány nejen jejich, ale také názory a potřeby ostatních lidí. Asertivní komunikace se liší od pasivní komunikace, kde se vlastní potřeby a názory často potlačují. Klíčové prvky asertivní komunikace zahrnují jasnost, respekt, otevřenost, sebevědomí, řešení konfliktů a nonverbální komunikaci.

*"V rámci profese sociální práce, můžeme přijít do kontaktu s problémovými klienty či uživateli. Tito jedinci mnohdy reagují velmi negativně ke svým problémům. Často se i my profesionálně divíme, proč jednají právě takovým způsobem. Je velmi důležité si uvědomit, že každý člověk je jedinečný a má ke své prezentaci určité důvody." (Bělohlávek, 2012, s. 13)*

V případech, kdy se setkáme se situací, kdy klient přechází do konfliktu, měli bychom jako profesionálně zachovat taktní jednání a rozhodně se nenechat rozhodit. Jedním z

nejdůležitějších kroků je správná formulace komentářů směrem je klientům tak, aby se agrese či pasivní postoj u klienta neproměnil v nepřátelskou linii vůči nám. (Gruber, 2015) Dle mého názoru může přinést asertivní komunikace mnoho výhod do osobního i profesního života a být nápomocna porozumění a efektivnějšímu řešení konfliktů mezi lidmi.

### **Virtuální týmy**

Jde o pracovní uskupení, kde spolupracuje skupina lidí, kteří pracují na společném cíli, kterého musí společně dosáhnout bez možnosti osobního setkání. Členové virtuálního týmu jsou rozdělení napříč prostorem a časem, kdy jediné jejich spojení je realizována především za pomoci komunikace skrze moderní technologie. (Zofi, 2012)

Od týmů klasických, se virtuální týmy odlišují hned několika aspekty, které mohou působit na jejich funkci nejen pozitivním způsobem. Tyto aspekty jsou: **Časové a geografické rozmístění**, kdy členové virtuálního týmu nesdílejí stejné prostory pro práci. Jejich komunikace proudí z různých koutů světa, kdy tým mohou tvořit členové například z Česka, Německa, nebo Finska. Současně také spolupracují napříč časovými pásmy, z čehož vyplývá, že členové těchto týmu jsou od sebe odděleni nejen vzdáleností, ale také časem. Druhým aspektem je **Kulturní rozdílnost**, kdy členy virtuálního týmu tvoří lidé z různých koutů světa a vznikají tak nejen časové a geografické rozdíly, ale také kulturní, které jsou rozděleny do kategorií: *Národní kultura*, *Firemní kultura*, *Profesní kultura*, *Kultura pozice/role*, *Kultura týmu*. (Dafoulas, Macaulay, 2001)

Přínos virtuálního týmu spočívá především v tom, že není nutná fyzická účast a účastníci tedy nejsou omezeni v možnosti provozovat spolupráci rychle, levně a efektivně. (Rad, Levin, 2003)

### **Metoda CARE**

*„Metoda CARE byla vyvinuta s cílem podporovat osoby s dlouhodobými zdravotními potížemi a postiženími při dosahování jejich životních cílů.“ (Hollander, 2019, s. 17)*

*„Metoda CARE byla vyvinuta v 80. letech a byla inspirována rehabilitačními přístupy využívanými ve Velké Británii a Spojených státech zaměřenými na dosahování významných životních cílů a na rovnocennou partnerskou spolupráci mezi klienty, jejich 35 rodinami a pomáhajícími pracovníky.“ (Hollander, 2019, s. 14)*

Autoři Hollander a Wilken (2016) pracovali na výzkumu základních oblastí, které jsou potřebné k práci s klientem. Mezi ně patří:

- Posílení silných stránek a dostatečné vyrovnání se se zranitelností klienta.
- Dosažení stanovených cílů a přání klienta, které je spjato s kvalitou jeho života.
- Zajištění a snaha maximalizovat kvalitu života klienta v životních podmínkách, které si dobrovolně vybral pro život.

### **Recovery**

Foitová a kol. (2014) ve své knize uvádí, že je důležité na metodu recovery nahlížet z více stran. Jednou z těchto stran je také klinické zotavení, které je měřitelné a zahrnuje stav:

- bez medikace,
- bez symptomů,
- zvládnutí samostatného bydlení (bydlení v komunitě),
- jedinec je schopen pracovat,
- jedinec je schopen navazovat sociální vztahy.

Cílem recovery neboli zotavení je dosažení plnohodnotného života a to bez ohledu na symptomy, které s sebou nese duševní onemocnění. Je to hluboce osobní a jedinečný proces změny, na jehož konci jedinec může žít spokojený, nadějeplný a přínosný život i přes omezení, která s sebou nemoc nese. (Psychiatrická společnost ČLS JEP)

*„Základním principem zotavení je, že nezbytně nemusí znamenat klinické uzdravení.*

*Člověk může žít spokojený život, aniž by se nutně musel plně uzdravit ze své nemoci.“*

*(Psychiatrická společnost ČLS JEP)*

### **Krizová intervence**

*„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“ (Vodáčková, 2012, str. 60)*



Baštecká (2005) uvádí, že krizová intervence je jako zásah v krizi. Můžeme ji využít jako techniku a strategii při jednání s člověkem, který prožívá úzkost a další přemáhající pocity ze situace, v níž se nachází. Současně lze také mluvit o jistých „tazích“ při práci s lidmi, které nepostihla nemoc, pouze se ocitli v krizi.

Snahou krizové intervence je umožnit každému jedinci vnitřní kontakt s jeho krizí. Jedinec s ní naváže vztah tak, aby byl schopen její uvědomění a v konečném důsledku si dokázal nejen pomoci sám, ale především uměl využít potenciálu krize pro vlastní růst. (Kastová, 2000)

*„Cílem tedy je, abychom dotyčného jedince přiměli k hovoru a aby vyjádřil své emoce. Úkolem terapeuta je strukturovat a urovnávat získané informace, porozumět jim a objasňovat jejich zdroje. Terapeut by měl především přistupovat k člověku v krizi empaticky, ale i s nezbytnou „vervou“, která je předpokladem odhodlání unést riziko spojené s tím, že se jeden člověku otevře druhému.“ (Kastová, 2000, s. 22-23)*

### **Případové konference**

Případové konference jsou setkání, kde se setkávají odborníci, pracovníci v oblasti zdravotnictví, sociální práce, nebo jiných odvětví a sdílejí, diskutují o konkrétních případech pacientů, klientů či situací.

Tyto konference také slouží ke vzájemnému obohacení znalostí, sdílení zkušeností a hledání těch nejlepších postupů při řešení obtížných nebo komplexních případů. Je to cenný nástroj pro zdokonalení péče a služeb poskytovaných v různých profesních sférách.

*„Případová konference je porada věnovaná diskusi o případu, jíž se účastní členové rodiny, zástupci institucí, které mají s klientovými problémy něco do činění.“ (Matoušek, 2008, s. 161)*

Z uvedených definic případové konference vyplývá, že je nástrojem sociální práce, který je využíván v případech, kdy dochází k ohrožení jedince a je také nástrojem multidisciplinární spolupráce při řešení případu ohroženého jedince, který umožňuje zapojení dalších pomáhajících a zúčastněných subjektů a osob. Cílem případové konference je komunikace mezi odborníky a také jejich konzultace nad případem, výměna informací, zhodnocení situace, hledání řešení a plánování společného postupu, který povede k naplňování potřeb jedince (MPSV, 2011).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce se věnuje kvantitativnímu výzkumu. Dle Chrásky (2016) v kvantitativním výzkumu jde o záměrnou a systematickou činnost, kterou se zkoumají vztahy mezi pedagogickými jevy. V této části se bude práce zaměřovat na objasnění výzkumného problému, výzkumných otázek a cílů. Dále si stanovuje techniku sběru dat, definuje výzkumný soubor. Jako poslední je stanoven způsob, jakým zpracujeme a zanalyzujeme sesbíraná data.

### 4.1 Výzkumný problém

Vytyčení výzkumného problému je považováno za klíčovou fázi výzkumu (Hrincová a spol., 2023) a je potřeba se seznámit se současným stavem (Chráska, 2016). Výzkumný problém diplomové práce tvoří potřeby a bariéry profesního růstu u sociálních pracovníků zajišťující podporu a pomoc ve službě sociální rehabilitace, která poskytuje podporu a pomoc osobám se zkušeností s duševním onemocněním. Dle Hroníka (2007) máme všichni stálou potřebu se lépe orientovat ve světě, a právě učení a vzdělávání lze definovat jako rozvoj vedoucí k přetrvávající a efektivní změně v duševní oblasti i konání. Vzdělávací aktivity definuje jako ohraničené, kdy mají svůj začátek a konec, předmětem a výsledkem vzdělávání jsou znalosti. Oproti tomu dovednost je schopnost uplatnit znalosti ve svém chování. Hroník (2007) zmiňuje, že bez nových znalostí a dovedností nejsme schopni dělat nové věci či ty staré dělat jinak. Současně upozorňuje, že i přes jejich nabytí se můžeme setkat s různými překážkami, neboli bariérami. Nároky na učení zaměstnance mohou být spojeny s nejistotou, ohrožením a stresem. Následkem může být negativní dopad na jejich duševní i fyzické zdraví. Riziko negativního dopadu se zvětšuje i zaváděním změn (inovací), které mohou vytvářet nejistotu pracovníka, potřebu dosáhnout výkonu a vynaložení více energie a času. To vše může vyvolávat problémy s motivací k učení. (Benke, Novotný, 2009)

Pro náš výzkum bylo velmi podstatné zvolit vhodné období pro sběr dat, a to především s ohledem na vytíženost pracovníků nejen běžnými pracovními povinnostmi, ale také činnostmi nad jejich rámec. V tomto kontextu je možné se zmínit například o Světovém dnu duševního zdraví, který připadá na 10. října. S tímto datem jsou vázány Týdny duševního zdraví, do nichž se služby, ale i spolky, iniciativy, nebo školy a nemocnice zapojují. S koncem roku je spojeno výkaznictví, uzavírání projektů apod. Potřeby

pracovníků i možné bariéry ve vzdělávání jsou neodmyslitelným aspektem přímo ovlivňujícím pracovní výkon.

## 4.2 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit potřeby a bariéry profesního růstu u sociálních pracovníků zajišťující podporu a pomoc ve službě sociální rehabilitace. Od hlavního výzkumného cíle byly odvozeny cíle dílčí.

### Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem této práce je Zjistit potřeby a bariéry profesního růstu u sociálních pracovníků zajišťující podporu a pomoc ve službě sociální rehabilitace.

Od hlavního výzkumného cíle byly odvozeny následující dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, zda jsou zohledňovány potřeby sociálního pracovníka při výběru dalšího vzdělávání.
2. Objasnit, jak jsou nastaveny podpůrné mechanismy v práci sociálního pracovníka.
3. Popsat, jak sociální pracovník vnímá potřebu využívat inovativních metod při výkonu práce s osobami se zkušeností s duševním onemocněním.
4. Popsat jaké jsou bariéry v prohlubování vzdělávání sociálního pracovníka na straně zaměstnavatele.
5. Objasnit jaké jsou bariéry vnější motivace v dalším vzdělávání sociálního pracovníka.
6. Objasnit jaké jsou bariéry ve vnitřní motivaci v dalším vzdělávání sociálního pracovníka.

### Hlavní výzkumná otázka

Jaké jsou potřeby a bariéry profesního růstu u sociálních pracovníků zajišťující podporu a pomoc ve službě sociální rehabilitace?

### Dílčí výzkumné otázky

1. Jak jsou zohledňovány potřeby sociálního pracovníka při výběru dalšího vzdělávání?
2. Jak jsou nastaveny podpůrné mechanismy v práci sociálního pracovníka?
3. Jak sociální pracovník vnímá potřebu využívat inovativních metod při výkonu práce s osobami se zkušeností s duševním onemocněním?

4. Jaké bariéry v prohlubování vzdělání sociálního pracovníka jsou na straně zaměstnavatele?
5. Jaké jsou bariéry vnější motivace v dalším vzdělávání sociálního pracovníka?
6. Jaké jsou bariéry ve vnitřní motivaci vzdělávání sociálního pracovníka?

### 4.3 Technika sběru dat

Ke sběru dat byl použit dotazník vlastní konstrukce, který se zaměřuje na zjištění potřeb a bariér profesního růstu u sociálních pracovníků zajišťujících podporu a pomoc ve službě sociální rehabilitace. Dle Váňové a Skopala (2017) slouží dotazník pro hromadné získávání informací a jeho přednostmi jsou mimo jiné i možnost oslovení velkého počtu respondentů. Náš dotazník se skládá z celkem 29 položek z toho položky 1, 2, 3, 4 jsou demografické informace (otázky na věk, vzdělání, délku praxe a kraj, ve kterém respondent vykonává práci sociálního pracovníka). Tyto demografické položky nám pomohou respondenty rozčlenit a utvořit si celkový obrázek o výzkumném vzorku. Položky č. 5, 6, 7, 8 a 9 nám pomáhají odpovědět na první výzkumnou otázku – Jak jsou zohledňovány potřeby sociálního pracovníka při výběru dalšího vzdělávání. Druhou výzkumnou otázku nám odpovídají dotazníkové položky 10, 11, 12, 13. Jedná se o uzavřené škálové otázky (Likertova škála). Třetí výzkumná otázka – Jak sociální pracovník vnímá potřebu využívat inovativních metod při výkonu práce s osobami se zkušeností s duševním onemocněním jsou zodpovídaný položkami 14, 15, 16, 17, 18. V tomto případě jde o kombinaci uzavřených odpovědí s otevřenými, kdy respondent mohl volně rozšířit svou odpověď o konkrétní odpovědi. Následné výzkumné otázky se zaměřují na oblast bariér ve vzdělávání. Uzavřené položky č. 25, 26, 27, 28, 29 se zaměřují na bariéry na straně zaměstnavatele. Následné uzavřené položky č. 19, 20, 21, 22, 23, 24 nám odpovídají na poslední výzkumné otázky týkající se vnější a vnitřní motivace sociálních pracovníků.

Rozdělení položek je znázorněno následující tabulkou.

Tabulka 1 Položky

Název oblasti	Počet položek	Číslo položky v dotazníku	Položka
Demografické informace	4	1	Kolik je Vám let?
		2	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
		3	Jaká je délka Vaší praxe?
		4	V jakém kraji pracujete?
Zohledňování potřeb sociálního pracovníka při výběru vzdělávání	5	5	Mapuje zaměstnavatel Vaše potřeby ve vzdělávání v sociální práci?
		6	Jsou pro Vás dosavadní absolvované akce dostačující pro Vaši praxi?
		7	Staráte se o vlastní duševní zdraví?
		8	Čtete publikace, sledujete profily na soc. sítích nebo se účastníte vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku duševního zdraví?
		9	Zvýšil se u Vás zájem o oblast duševního zdraví?
Podpůrné mechanismy	4	10	Probíhají supervize Vašeho týmu?
		11	Máte možnost individuálních supervizí?
		12	Je ve Vaší službě nastavena mezioborová spolupráce?
		13	Probíhají porady týmu pravidelně a efektivně?
Jak pracovník vnímá potřebu využívat inovativních metod	5	14	Naplnily očekávání absolvované odborné stáže ve službě poskytující podporu a pomoc osobám s duševním onemocněním?
		15	Byl/a jste proškolen/a v některých inovativních metodách?
			Pokud ano, v jakých?
16	Využíváte některou z inovativních metod v praxi?		

			Pokud ano, jaké?
		17	Využíváte některé nástroje z inovativních metod bez absolvování odborného proškolení získané na základě samostudia?
			Pokud ano, jaké?
		18	Považujete nějaké inovativní metody za neefektivní?
			Pokud ano, jaké?
Jaké jsou bariéry na straně zaměstnavatele?	5	25	Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?
		26	Podporuje Vás zaměstnavatel ve vzdělávání nad rámec povinného vzdělávání?
		27	Sleduje zaměstnavatel inovativní přístupy v sociální práci?
		28	Seznamuje Vás zaměstnavatel s inovativními přístupy?
		29	Jsou u Vás inovativní přístupy zaváděny do praxe sociálního pracovníka?
Jaké jsou bariéry vnější motivace v dalším vzdělávání?	4	20	Brání Vám časová bariéra v možnosti dalším vzdělávání?
		22	Jsou pro Vás nabízené akce akceptovatelné z hlediska dojezdové vzdálenosti?
		23	Jsou pro Vás nabízené akce finančně dostupné v případě, že je nehradí zaměstnavatel?
		21	Je dostatečná nabídka vzdělávacích akcí?
Jaké jsou bariéry ve vnitřní motivaci	3	19	Je podle Vás důležité celoživotní vzdělávání?
		21	Je dostatečná nabídka vzdělávacích akcí?
		24	Jaké další bariéry se objevily v dalším vzdělávání?

Dotazník byl rozeslán elektronicky pomocí Google Forms, emailem. Pro zjištění kontaktních údajů (emailových adres) byl použit online Registr poskytovatelů služeb, který je dostupný na internetových stránkách [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz). Elektronické rozesílání dotazníků je dle Gavory (2010) považováno za ekonomičtější a více dostupné pro respondenty. Vzor dotazníku je v příloze č. 1.

### **Předvýzkum**

Před realizací vlastního výzkumu byl uskutečněn předvýzkum, který proběhl v měsíci říjnu a listopadu 2023. Do předvýzkumu se zapojilo 10 respondentů, kteří splňovali podmínky výzkumného souboru. Na základě sesbíraných dat a zpětné vazbě došlo k úpravě a drobné reformulaci vybraných otázek.

## **4.4 Výzkumný soubor**

Jako výzkumný soubor pro potřeby diplomové práce byli zvoleni pracovníci působící v sociální službě sociální rehabilitace napříč Českou republikou bez ohledu na formu služby, tedy bez konkretizace ambulantní, terénní, či pobytové formy služby.

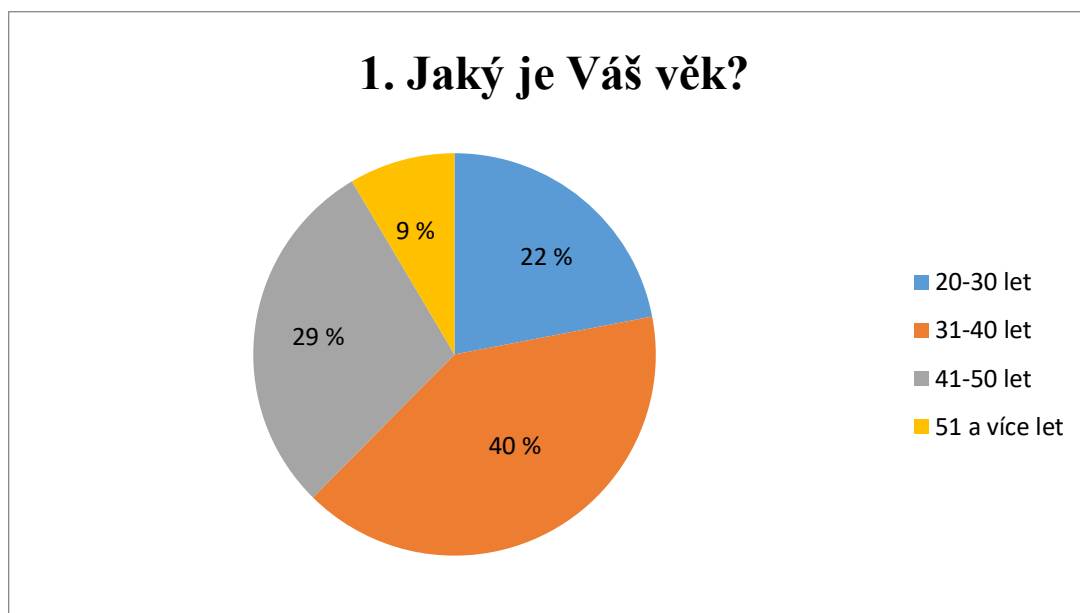
Kritéria pro volbu výzkumného souboru však byla zvolena následující:

- Zaměstnání na pozici sociální pracovník.
- Zaměstnání v sociální službě sociální rehabilitace.
- Cílovou skupinou služby sociální rehabilitace jsou osoby se zkušeností s duševním onemocněním.

Výzkumný soubor byl vybrán exhaustivním výběrem, který se dle Chrásky (2016) používá v případě malých základních souborů a byl realizován elektronickým dotazníkovým šetřením. Údaje poskytovatelů byly zjištěny na internetových stránkách [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) v Registru poskytovatelů služeb. Na základě dotazníkového šetření bylo získáno celkem 141 odpovědí. Respondenty jsme na základě odpovědí na demografické položky z našeho dotazníku rozdělili dle věku (viz Graf 1), vzdělání (viz Graf 2), délky praxe (viz Graf 3) a dle kraje, kde pracují (viz Graf 4). Grafické znázornění poskytuje lepší přehlednost o výzkumném vzorku.



Graf 1



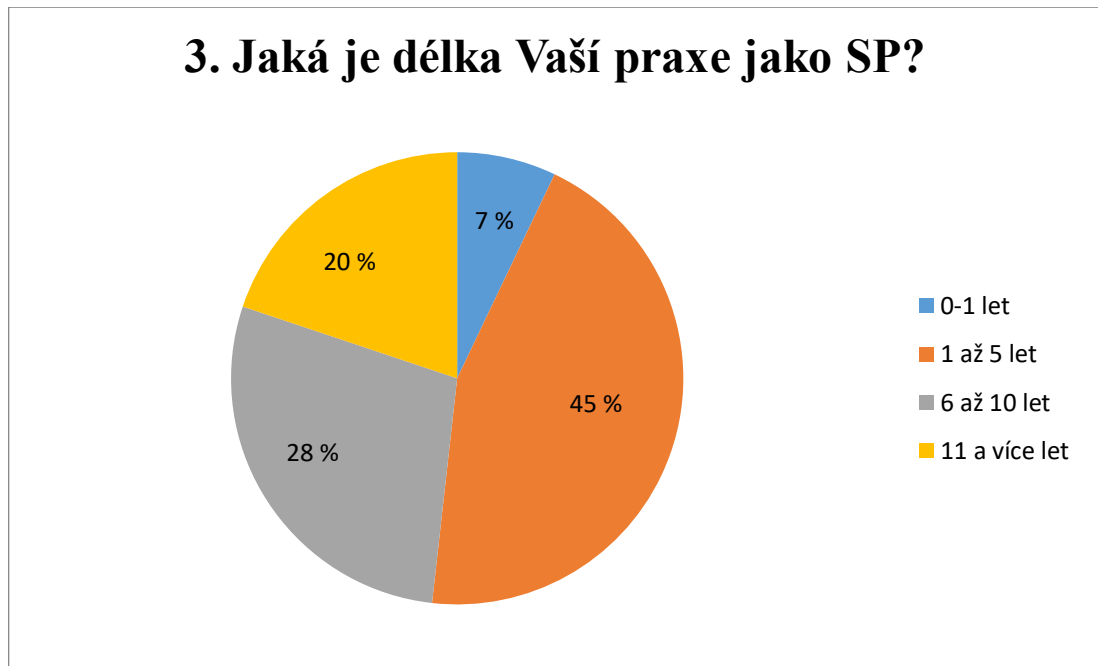
Na základě Grafu 1 můžeme vidět, že nejvíce respondentů je ve věku od 31 let do 40 let (40 %), druhé největší věkové zastoupení je v kategorii 41 let až 50 let, tj. 29 % ze všech respondentů. 22 % respondentů je věku 20–30 let. Nejmenší zastoupení je ve věkové kategorii 51 let a více (9 %).

Graf 2



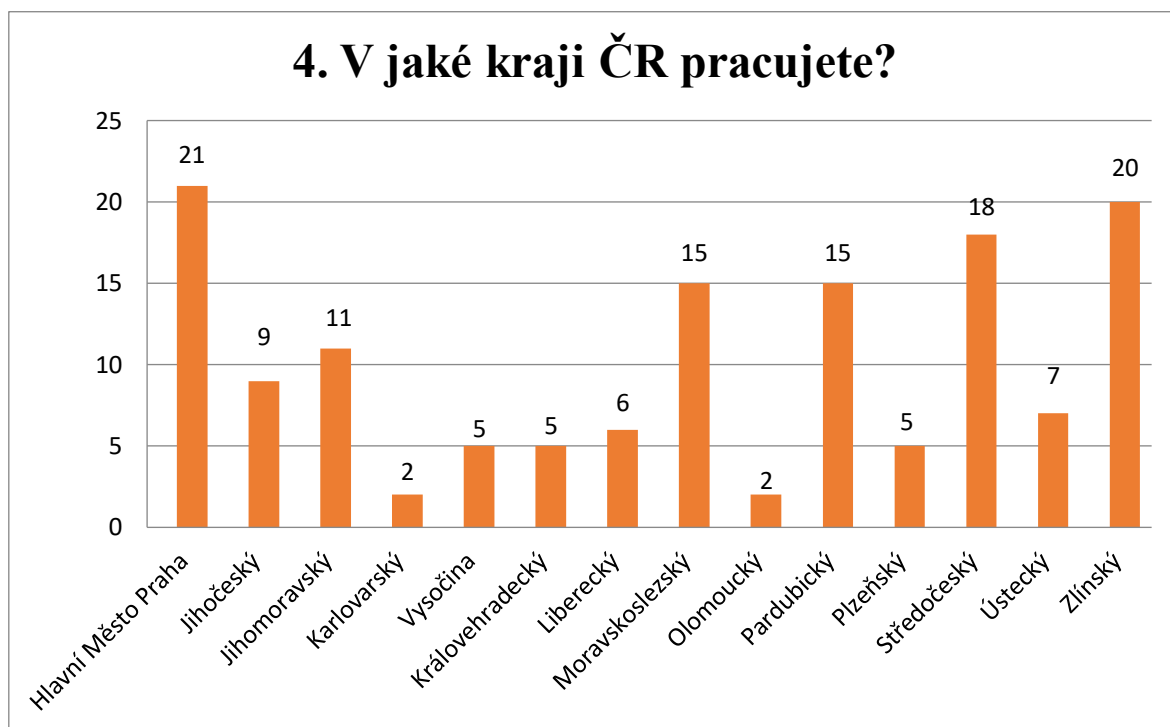
Graf 2 nám ukazuje rozdělení respondentů dle nejvyššího získaného vzdělání. 42 % respondentů má vysokoškolské vzdělání v magisterském programu, 37 % vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu a 21 % respondentů má vyšší odbornou školu.

Graf 3



Graf 3 znázorňuje rozložení respondentů dle délky jejich praxe jako sociálního pracovníka v oboru duševního zdraví. Celých 45 % sociálních pracovníků pracují na této pozici 1 rok až 5 let, 28 % respondentů uvádí jako délku své praxe mezi 6–10 rokem. 20 % respondentů tuto profesi vykonává 11 a více let. Pouze 7 % respondentů pracuje v této oblasti méně než 1 rok.

Graf 4



Graf 4 znázorňuje zastoupení sociálních pracovníků v krajích České republiky. Největší zastoupení respondentů je z Hlavního města Prahy, Zlínského kraje, Středočeského, Pardubického a Moravskoslezského kraje.

#### 4.5 Způsob zpracování dat

Pro způsob zpracování dat jsme zvolili program Microsoft Excel. Za účelem zjištění potřeb a bariér profesního růstu u sociálních pracovníků zajišťující podporu a pomoc ve službě sociální rehabilitace vyhodnotíme tabulkou četností (absolutní a relativní četnosti).

Dle Hricové a kol. (2023) jsou četnostní tabulky základním výstupem statistiky. Absolutní četnost je podíl celkového zastoupení odpovědí, relativní četnost vyjadřujeme procenty.

## 5 ANALÝZA DAT

V předchozích kapitolách jsme si vysvětlili metodu sběru dat a charakterizovali dotazník včetně skladby a způsoby vyhodnocení dat. V této kapitole se budeme dále věnovat analyzováním položek z dotazníku (sesbíraných dat z dotazníkového šetření) a vyhodnocením stanovených výzkumných otázek.

Na otázku, zda zaměstnavatel mapuje potřeby ve vzdělávání směřující k výkonu sociální práce, odpovědělo 69 respondentů ano a 47 respondentů spíše ano. Odpověď nevím zvolilo 5 sociálních pracovníků, 16 odpovědí bylo pro spíše ne a pouze 4 respondenti uvedli, že zaměstnavatel jejich potřeby nemapuje viz tabulka 2.

Tabulka 2 Položka č. 5

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	69	0,489	48,9 %
SPÍŠE ANO	47	0,333	33,3 %
NEVÍM	5	0,035	3,5 %
SPÍŠ NE	16	0,113	11,3 %
NE	4	0,028	2,8 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Jak můžeme vidět v následující tabulce (Tabulka 3) pro 49,6 % všech respondentů byly absolvované vzdělávání spíše dostačující pro praxi. Plně dostačující vzdělávání absolvovalo 39 %. 10,6 % respondentů udalo, že vzdělávání bylo spíše nedostatečné a necelé jedno % (přesněji 0,7 %) uvedlo, že absolvované vzdělávání bylo pro ně do praxe nedostatečné.

Tabulka 3 Položka č. 6

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	55	0,390	39,0 %
SPÍŠE ANO	70	0,496	49,6 %
SPÍŠ NE	15	0,106	10,6 %
NE	1	0,007	0,7 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Respondentů jsme se následně dotazovali, zda se starají o své vlastní duševní zdraví (viz Tabulka 4) a zda čtou publikace, sledují profily na sociálních sítích nebo zda se účastní vzdělávacích akcí zaměřených na duševní zdraví (viz Tabulka 5). U obou těchto položek byly odpovědi podobné. Skoro polovina respondentů odpovědělo ano či spíše ano. Všechny odpovědi jsou zaznačeny v následujících tabulkách.

Tabulka 4 Položka č. 7

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	79	0,560	56,0 %
SPÍŠE ANO	48	0,340	34,0 %
SPÍŠ NE	12	0,085	8,5 %
NE	12	0,014	1,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Tabulka 5 Položka č. 8

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	78	0,553	55,3 %
SPÍŠE ANO	51	0,362	36,2 %
SPÍŠ NE	8	0,057	5,7 %
NE	4	0,028	2,8 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Nadpoloviční většina (65,2 %) respondentů souhlasí s tvrzením, že se u nich zvýšil zájem o oblast duševního zdraví po nástupu na pozici sociálního pracovníka pracujícího s lidmi s duševním onemocněním. 26,2 % respondentů vnímá částečné zvýšení zájmu o tuto oblast. Pouze 6,4 % respondentů spíše nevnímá změnu a 2,1 % respondentů uvedlo rozhodné ne.

Tabulka 6 Položka č. 9

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	92	0,652	65,2 %
SPÍŠE ANO	37	0,262	26,2 %
SPÍŠ NE	9	0,064	6,4 %
NE	3	0,021	2,1 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

V následující položce jsme se zajímali, zda v jejich službě probíhají týmové supervize. V tabulce č. 7 můžete vidět, že 126 respondentů uvedlo, že supervize probíhají. 9 respondentů zvolilo odpověď spíše ano, 3 respondenti spíše ne a taktéž 3 respondenti odmítli tvrzení, že by u nich supervize probíhali.

Tabulka 7 Položka č. 10

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	126	0,894	89,4 %
SPÍŠE ANO	9	0,064	6,4 %
SPÍŠ NE	3	0,021	2,1 %
NE	3	0,021	2,1 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

V navazující otázce jsme se doptávali, zda jsou si respondenti vědomi možnosti mít individuální supervizi. Nadpoloviční většina uvedla, že ano. Třináct respondentů odpověděli spíše ano, čtyři respondenti si nejsou jisti, zda tuto možnost mají. Šest z výzkumného vzorku uvedlo, že tuto možnost spíše nemají a deset tuto možnost odmítá.

Tabulka 8 Položka č. 11

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	108	0,766	76,6 %
SPÍŠE ANO	13	0,092	9,2 %
NEVÍM	4	0,028	2,8 %
SPÍŠ NE	6	0,043	4,3 %
NE	10	0,071	7,1 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Položkou č. 12 jsme se zajímali o to, zda v rámci služby je nastavena mezioborová spolupráce. V rámci dotazníkového šetření se 75 respondentů vyjádřilo, že tento druh spolupráce nastavený mají. Druhý nejvyšší počet respondentů (42) se vyjádřilo s názorem, že mezioborová spolupráce je spíše nastavena, 9 respondentů nedokázali odpovědět a zvolili odpověď neví, 13 udalo odpověď spíše ne a pouze 2 respondenti mezioborovou spoluprací ve své službě zamítli.

Tabulka 9 Položka č. 12

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	75	0,532	53,2 %
SPÍŠE ANO	42	0,298	29,8 %
NEVÍM	9	0,064	6,4 %
SPÍŠ NE	13	0,092	9,2 %
NE	2	0,014	1,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Následující tabulka 10 nám ukazuje rozložení odpovědí na otázku, zda porady týmu probíhají pravidelně a efektivně. Z tabulky můžeme vidět, že nadpoloviční většina dotazovaných (63,1 %) souhlasí, 29,8 % spíše souhlasí, 9 % spíše nesouhlasí a 0,7 % nesouhlasí.

Tabulka 10 Položka č. 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	89	0,631	63,1 %
SPÍŠE ANO	42	0,298	29,8 %
SPÍŠ NE	9	0,064	6,4 %
NE	1	0,007	0,7 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Následující položky se zaměřují na absolvované odborné stáže, proškolení v inovativních metodách a vnímání jejich efektivnosti v praxi.

V tabulce 11 jsme se dotazovali, zda absolvované stáže naplnily jejich očekávání ve službě poskytující podporu a pomoc osobám se zkušeností s duševním onemocněním. V této oblasti udalo souhlasnou odpověď 40 dotazovaných, spíše ano uvedlo 68 dotazovaných. Spíše nesouhlasné stanovisko uvedlo 24 dotazovaných a 9 dalo svou nesouhlasnou odpověď.

Tabulka 11 Položka č. 14

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	40	0,284	28,4 %
SPÍŠE ANO	68	0,482	48,2 %
SPÍŠ NE	24	0,170	17,0 %
NE	9	0,064	6,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

U našeho výzkumného vzorku nás následně zajímalo, zda byli proškoleni v některé z inovativních metod. Jako příklad jsme v položce uvedli metodu CARE, recovery, asertivní komunikace, virtuální týmy, krizové intervence, případové konference. Jak můžeme vidět, tak celých 66 % uvedlo, že byli v inovativních metodách proškoleni. Spíše ano uvedlo 15,6 % dotazovaných, 4,3 % respondentů zvolili odpověď nevím, 8,5 % spíše ne a 5,7 % dotazovaných dle daných reakcí nebyly v těchto metodách proškoleni.



Tabulka 12 Položka č. 15

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	93	0,660	66,0 %
SPÍŠE ANO	22	0,156	15,6 %
NEVÍM	6	0,043	4,3 %
SPÍŠ NE	12	0,085	8,5 %
NE	8	0,057	5,7 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

V návaznosti na položku č. 15 byl dán prostor k volnému vyjádření respondentů v jakých inovativních metodách byli proškoleni. Tyto odpovědi jsou zaznačeny v následující tabulce. V závorce za touto odpovědí je vyznačen počet opakované odpovědi v celém dotazníkovém šetření.

Tabulka 13 Proškolení v inovativních metodách

V jakým inovativních metodách jste byl/a proškolen/a?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krizová intervence (68x).</li> <li>• Care (65x).</li> <li>• Recovery (50x).</li> <li>• Asertivní komunikace (35x).</li> <li>• Případová konference (24x).</li> <li>• Open dialog (10x).</li> <li>• Virtuální týmy (9x).</li> <li>• Motivační rozhovory (4x).</li> <li>• Psychiatrické minimum (2x).</li> <li>• Case management (2x).</li> <li>• IPS (3x).</li> <li>• FACT (3x).</li> <li>• Individuální plánování.</li> <li>• ART (active recovery triad).</li> <li>• Sociální rehabilitace.</li> <li>• Dávkové systémy.</li> <li>• Plánování zaměřené na člověka.</li> <li>• Pozitivní komunikace.</li> <li>• Pokročilé vyjednání.</li> <li>• Arteterapie.</li> <li>• Facilitace skupin.</li> <li>• Slyšení hlasů.</li> <li>• Mindfulness.</li> <li>• Blazniš no a co.</li> </ul>

- Logoterapie.
- Individual placement a support.
- Práce s traumatem např. EMDR, traumainformační přístup v soc. práci.
- Motivační intervence.
- AAK.
- Práce s dětmi s PAS.
- Sociálně terapeutický výcvik.
- Psychosociální rehabilitace.
- Psychoterapie uměním.
- PCA.
- KBT.
- Honos.

Respondentů jsme se následně ptali, zda používají inovativní metody v praxi. Ze sesbíraných dat jsme zjistili, že 47,5 % dotazovaných inovativní metody využívají v praxi, 26,2 % je spíše používá, 10,6 % si není jista, 8,5 % tyto metody spíše nepoužívá a 7,1 % je do praxe nezavedla.

Tabulka 14 Položka č. 16

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	67	0,475	47,5 %
SPÍŠE ANO	37	0,262	26,2 %
NEVÍM	6	0,106	10,6 %
SPÍŠ NE	12	0,085	8,5 %
NE	10	0,071	7,1 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Ti, kteří odpověděli, že využívají inovativní metodu v praxi, jsme požádali o bližší pojmenování inovativní metody, kterou používají, viz Tabulka č. 15. V závorce za touto odpovědí je vyznačen počet opakované odpovědi v celém dotazníkovém šetření.

Tabulka 15 Jaké inovativní metody využívají v praxi

Jakou inovativní metodu používáte v praxi?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care (40 x).</li> <li>• Krizová intervence (32 x).</li> <li>• Recovery (26 x).</li> <li>• Asertivní komunikace (19 x).</li> <li>• Případová konference (9 x).</li> <li>• Open dialog (4 x).</li> <li>• Virtuální týmy (2 x).</li> <li>• FACT (2 x).</li> <li>• ART.</li> <li>• IPS.</li> <li>• Honos.</li> <li>• TKI.</li> <li>• Pokročilé vyjednání.</li> <li>• Motivační rozhovory.</li> <li>• Slyšení hlasů.</li> <li>• Mindfulness.</li> <li>• I-ROC.</li> <li>• Plánování zaměřené na člověka.</li> <li>• Případové porady.</li> <li>• Práce s motivací.</li> </ul>

Položkou č. 17 jsme mapovali, zda respondenti využívají některou z inovativních metod, které získali samostudiem. Odpovědi vyjádřené v absolutní a relativní četnosti můžeme vidět v tabulce č. 16.

Tabulka 16 Položka č. 17

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	19	0,135	13,5 %
SPIŠE ANO	27	0,191	19,1 %
NEVÍM	28	0,199	19,9 %
SPIŠ NE	41	0,291	29,1 %
NE	26	0,184	18,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

V následující tabulce můžeme vidět, jaké konkrétní inovativní metody získali naši respondenti samostudiem. V tabulce jsou vyznačeny odpovědi respondentů. V závorce za touto odpovědí je vyznačen počet opakované odpovědi v celém dotazníkovém šetření.

Tabulka 17 Jaké metody jste získali samostudiem

Jaké inovativní metody jste získali samostudiem?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krizová intervence (7 x).</li> <li>• Recovery (7 x).</li> <li>• Metodu Care (6 x).</li> <li>• Asertivní kontaktování (5 x).</li> <li>• Případové konference (4 x).</li> <li>• Motivační rozhovory (3 x).</li> <li>• DBT (2 x).</li> <li>• Těžko se mi odpovídá, protože se nadále rozvíjím v dalších metodách, například mám psychoterapeutický výcvik.</li> <li>• Cesty k zotavení, silné stránky, mapování potřeb, mapy ....</li> <li>• Zabývám se traumaty z dětství, dále trestné činy.</li> <li>• Psychoterapeutické postupy při setkání s klienty.</li> <li>• Kognitivně behaviorální terapie.</li> <li>• Mediace.</li> <li>• Life coaching.</li> <li>• Otevřený dialog.</li> <li>• Muzikoterapie.</li> <li>• Mindfulness.</li> </ul>

V návaznosti na proškolené a využívané inovativní metody jsme zjišťovali, zda sociální pracovníci považují aplikované metody za neefektivní. Pouze 3 dotazovaní odpověděli ano a 10 dotazovaných spíše ano ve smyslu, že vnímají aplikované metody za neefektivní. Nadpoloviční počet respondentů tj. 84 zvolili odpověď spíše ne a 44 rezolutní ne.

Tabulka 18 Položka č. 18

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	3	0,021	2,1 %
SPÍŠE ANO	10	0,071	7,1 %
SPÍŠ NE	84	0,596	59,6 %
NE	44	0,312	31,2 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Respondenty jsme požádali, aby nám přesně sdělili, jaké inovativní metody považují za neefektivní. Jejich volné odpovědi můžeme vidět v tabulce č. 19.

Tabulka 19 Seznam neefektivních metod

Které aplikované inovativní metody považujete za neefektivní?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care – zbytečně složité, vše existuje v jednodušší formě jinde, nepřináší nic nového, pro lidi s duševním onemocněním komplikované.</li> <li>• Individuální plánování se musí udělat na začátku spolupráce, i když jsem ještě neměla dostatečně možnost klienta poznat.</li> <li>• Lze odpovědět ano i ne, protože mohou být neefektivní, když se nepoužívají ve prospěch daného člověka.</li> <li>• Spíše je to o mém osobnostním nastavení. Některé metody jsou mi bližší než jiné.</li> <li>• Základní 150hodinový kurz pro PSS.</li> <li>• Už si bohužel nepamatuji název.</li> <li>• Je to velice individuální.</li> <li>• Otevřený dialog.</li> </ul>

Na otázku, zda je celoživotní vzdělávání důležité, odpověděla nadpoloviční většina tj. 130 respondentů kladně. 9 z dotazovaných spíše považuje celoživotní vzdělávání za důležité a 2 dotazovaní spíše ne. Žádný z oslovených sociálních pracovníků toto tvrzení neodmítlo.

Tabulka 20 Položka č. 20

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	130	0,922	92,2 %
SPÍŠE ANO	9	0,064	6,4 %
SPÍŠ NE	2	0,014	1,4 %
NE	0	0,000	0,0 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Další oblast dotazníkového šetření byla zaměřena na bariéry ve vzdělávání, které mohou sociální pracovníci vnímat. Jako první jsme mapovali, zda vnímají časovou bariéru, která jim brání v dalším vzdělávání. 35,5 % respondentů vnímá časovou náročnost jako bariéru, 32,6 % ji spíše vnímá, 21,3 % spíše nevnímá a pro 10,6 % respondentů ve vzdělávání nemá časovou bariéru.

Tabulka 21 Položka č. 21

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	50	0,355	35,5 %
SPÍŠE ANO	46	0,326	32,6 %
SPÍŠ NE	30	0,213	21,3 %
NE	15	0,106	10,6 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

32,6 % sociálních pracovníků vnímá nabídku vzdělávacích akcí za dostatečnou, pro 52,5 % je nabídka spíše dostačující. Naopak jako spíše nedostačující ji vnímá 13,5 % sociálních pracovníků a pro 1,4 % je celkově nedostačující.

Tabulka 22 Položka č. 22

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	46	0,326	32,6 %
SPÍŠE ANO	74	0,525	52,5 %
SPÍŠ NE	19	0,135	13,5 %
NE	2	0,014	1,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Sociální pracovníkům jsme položili otázku, o jaké vzdělávací akce by měli zájem. Na tuto otázku mohli odpovídat volně a odpovědi jsou vyznačeny v tabulce níže.

Tabulka 23 Seznam akcí, o které by měli zájem

O jaké vzdělávací akce byste měli zájem?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Většina jednodenních vzdělávání je na úrovni Úvod do problematiky – za 13 let v praxi jsem tato školení absolvovala, potřebovala bych na ně navázat a dostat se hlouběji v tématu. Například – práce s motivací klienta, specifika práce u lidí s duševní nemocí podle diagnózy apod.</li> <li>• Chybí mi kurzy zaměřené na práci se skupinou, skupinovou dynamikou, tvorby programů pro duševně nemocné.</li> <li>• Arteterapeutické kurzy, kurzy asertivity, kurzy o práci s lidmi s PO.</li> <li>• Práce s náctiletými či dětmi potýkající se s psychickými problémy.</li> <li>• Vnitřní nastavení sociálního pracovníka.</li> <li>• Komplexním výcvik v krizové intervenci.</li> <li>• Písemné záznamy a protokoly v SP.</li> </ul>

- Aktivizace pro duševně nemocné.
- EFT (technika emoční svobody).
- Psychoterapeutický výcvik.
- Práce s traumatem, OCD.
- Recovery, open dialog.
- Sociální dávky.
- Je jich mnoho.
- Levnější.

Dále jsme se zabývali akceptovatelností vzdělávacích akcí v rámci dojezdové vzdálenosti. Pro 54 respondentů jsou přijatelné, pro 58 respondentů spíše přijatelné. Spíše neakceptovatelná vzdálenost vzdělávacích akcí je pro 25 a pro 4 respondenty je vzdálenost nepřijatelná.

Tabulka 24 Položka č. 23

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	54	0,383	38,3 %
SPÍŠE ANO	58	0,411	41,1 %
SPÍŠ NE	25	0,177	17,7 %
NE	4	0,028	2,8 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Dle Elichové (2017) organizace nabízejí omezenou nabídku vzdělávání z důvodu nedostatků financí a na tomto základě jsme přímo u pracovníků mapovali, zda jsou pro ně vzdělávací akce finančně dostupné v případě, že je nehradí zaměstnavatel. Oslovení sociální pracovníci zvolili následovně viz tabulka č. 25. Pro 5 % všech zúčastněných jsou vzdělávací akce dostupné, pro 19,9 % spíše dostupné. Jako spíše finančně nedostupné je označilo 34 % a nedostupné 16,3 % respondentů. 24,8 % označilo možnost nevím.

Tabulka 25 Položka č. 24

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	7	0,050	5,0 %
SPÍŠE ANO	28	0,199	19,9 %
NEVÍM	35	0,248	24,8 %
SPÍŠ NE	48	0,340	34,0 %
NE	23	0,163	16,3 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Dotázaným jsme dali prostor k vyjádření, zda vnímají nějaké další bariéry. V závorce za touto odpovědí je vyznačen počet opakované odpovědi v celém dotazníkovém šetření.

Jeich odpovědi jsou vyznačeny v tabulce č. 26.

Tabulka 26 Další bariéry

Vnímáte nějaké další bariéry?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finance (2x).</li> <li>• Vlastní energie.</li> <li>• Nedostatek času.</li> <li>• Stále častěji narážím na nízkou kvalitu školitelů, školení mi nepřináší často nic, co bych už neznala, většinou ani výstup z něj nebývá vhodný pro reálnou praxi s klienty – různé scénky apod., kde hrajeme s "dokonalým" klientem a jde vyřešit vše neodpovídají realitě apod.</li> <li>• Hlavně ty cenové, organizace nemá finance na kvalitní a častější vzdělávání, pro samostatné hrazení jsou drahé s platem sociálního pracovníka.</li> <li>• Ano, z důvodu IP KÚZK je možnost vzdělání max. 24 hodin ročně. Což vylučuje účast na užitečných výcvicích, které mají větší časovou dotaci.</li> <li>• Omezené finanční prostředky od zaměstnavatele na vzdělávání, upřednostňování odborných stáží v jiných službách zaměstnavatele.</li> <li>• Nedostatek časové dotace na vzdělávání v rámci pracovní doby, malý rozpočet na financování vzdělávání v rámci organizace.</li> <li>• Omezené finance, obtížné zastupitelné při mé nepřítomnosti s ohledem na malý tým s málo pracovníky, avšak hodně klientů.</li> <li>• Chtěla bych se pustit do psychologického výcviku, tady je bariér hned několik, a to kvalifikace, finance a čas.</li> <li>• Ráda bych si udělala terapeutický výcvik, ale jeho časová náročnost a cena mi to neumožňují.</li> </ul>



- Otevřený dialog, motivační rozhovory, psychoterapeutické výcviky ....
- Finanční bariéra.
- Ohledně poskytování státní sociální podpory, exekucí, insolvence atd.
- Momentálně mě nic nenapadá. Jako největší bariéru vnímám tu časovou.
- Zaměstnavatel nepodporuje vzdělávání dle volného výběru zaměstnance.
- Nedostatek financí ze strany zaměstnavatele – neziskové organizace.
- Větší finance na vzdělávání (hrazené zaměstnavatelem).
- Finanční podpora terapeutického výcviku.
- Krizová intervence – finanční náročnost.
- Finanční a hodinová dotace pro kurzy.

Další a poslední oblast dotazníkového šetření byl vztah zaměstnavatele ke vzděláváním svých zaměstnanců a podpora v zavádění inovativních metod. Na otázku, zda zaměstnavatel podporuje pracovníky v dalším vzdělávání, odpovědělo souhlasně 70,2 %, spíše s tímto výrokem souhlasí 27,7 %, spíše nesouhlasí 2,1 % respondentů.

Tabulka 27 Položka č. 25

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	99	0,702	70,2 %
SPÍŠE ANO	39	0,277	27,7 %
SPÍŠ NE	3	0,021	2,1 %
NE	0	0,000	0 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

S výrokem, zda zaměstnavatel podporuje v absolvování vzdělávacích akcí nad rámec povinného vzdělávání souhlasí 53 dotazovaných. Spíše souhlasí 50 dotazovaných sociálních pracovníků. 29 dotazovaných spíše nesouhlasí a 9 dotazovaných sociálních pracovníků uvádí, že zaměstnavatel je v tomto nepodporuje.

Tabulka 28 Položka č. 26

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	53	0,376	37,6 %
SPÍŠE ANO	50	0,355	35,5 %
SPÍŠ NE	29	0,206	20,6 %
NE	9	0,064	6,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Respondentů jsme se ptali, zda jejich zaměstnavatel sleduje inovativní přístupy v sociální práci a 41,1 % uvedla rozhodné ano, 36,2 % spíše ano, 14,9 % zvolilo odpověď nevím, 5,7 % dalo odpověď spíše ne a rozhodné ne uvedlo 2,1 %.

Tabulka 29 Položka č. 27

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	58	0,411	41,1 %
SPÍŠE ANO	51	0,363	36,2 %
NEVÍM	21	0,149	14,9 %
SPÍŠ NE	8	0,057	5,7 %
NE	3	0,021	2,1 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

Následnou položkou č. 28 jsme zjišťovali, zda je zaměstnavatel seznamuje s inovativními přístupy v sociální práci na základě dostupných metodik a kurzů. 33,3 % dotázaných sociálních pracovníků s tímto výrokem souhlasí, 42,6 % spíše souhlasí, spíše nesouhlasí 13,5 % a nesouhlasí 10,6 %.

Tabulka 30 Položka č. 28

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	47	0,333	33,3 %
SPÍŠE ANO	60	0,426	42,6 %
SPÍŠ NE	19	0,135	13,5 %
NE	15	0,106	10,6 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

V poslední položce jsme se ptali, zda jsou inovativní přístupy zaváděny do praxe sociálního pracovníka. U 57 sociálních pracovníků zaváděny do praxe jsou, u 53 jsou částečně zaváděny. V praxi 22 dotazovaných inovativní přístupy zaváděny spíše nejsou a v praxi 9 sociálních pracovníků zaváděny nejsou.

Tabulka 31 Položka č. 29

	Absolutní četnost	Relativní četnost	V procentech
ANO	57	0,404	40,4 %
SPÍŠE ANO	53	0,376	37,6 %
SPÍŠ NE	22	0,156	15,6 %
NE	9	0,064	6,4 %
	$\Sigma$ 141	$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 100 %

## 6 INTERPRETACE DAT

Tato kapitola bude věnována interpretování získaných dat, které byly podrobně analyzovány a popsány v předchozí kapitole. Zodpovězeny budou výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku praktické části této diplomové práce.

Diplomová práce je kvantitativního pojetí, data byla sesbírána pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Pro zajištění správnosti výzkumného nástroje byl realizován předvýzkum a na jeho základě proběhla drobná revize. Následně byl dotazník elektronicky rozeslán e-mailem pomocí Google Forms do sociálních služeb sociální rehabilitace s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním v rámci celé České republiky. Seznam adresátů byl sestaven pomocí portálu MPSV Registru poskytovatelů služeb. Na dotazníkové šetření odpovědělo respondentů v celkovém počtu 141.

V rámci demografických dat se ukázalo rovnoměrné rozvržené respondentů s ohledem na věk, z něhož můžeme usuzovat zájem o zkoumanou problematiku. Věkové rozvrstvení respondentů nám ukazuje provazbu na produktivitu věku, ve kterém dochází k postupnému prohlubování svých vědomostí a zkušeností i s ohledem na zájem o vzdělávací akce.

První stanovený výzkumný cíl práce a z něho plynoucí dílčí výzkumná otázka měly zjistit, **zda jsou zohledňovány potřeby sociálního pracovníka při výběru dalšího vzdělávání.** V souboru položek zaměřených na tuto výzkumnou otázku se většina respondentů vyjádřila kladně. Po nástupu na pozici sociálního pracovníka se u respondentů zvýšil zájem o oblast duševního zdraví. Většinová část respondentů (91,5 %) čte publikace, sleduje profily na sociálních sítích a účastní se vzdělávacích akcí. Také velká část (90 %) respondentů se stará o vlastní duševní zdraví. Sesbíraná data odrážejí spokojenost sociálních pracovníků s dosavadními absolvovanými vzdělávacími akcemi. Data se zrcadlí v pozitivním hodnocení respondentů v přístupu zaměstnavatele k mapování jejich potřeb ve vzdělávání v sociální práci. **Touto provazbou můžeme vyhodnotit, že dochází ke zohledňování potřeb sociálních pracovníků při dalším výběru vzdělávacích akcí.**

Druhá stanovená otázka měla objasnit, **jak jsou nastaveny podpůrné mechanismy v práci sociálního pracovníka.** Duševní zdraví sociálních pracovníků souvisí i s pracovním prostředím a samotným výkonem povolání sociálního pracovníka. Pokud zaměstnavatel poskytuje prostor a podporu k vytváření a ovlivňování podmínek pro vykonávanou práci prostřednictvím nastavených podpůrných mechanismů ovlivňuje bezpečný a efektivní prostředí služby. (Tomšů, 2021) Nastavení vhodných podpůrných

mechanismů může být náročný a silně individualizovaný proces. Možné je zohlednit intervence, které působí směrem k internímu nastavení týmu, které působí více na pracovníka samotného a ty, které působí směrem ke spolupracujícím organizacím. Pravidelné a efektivní nastavení porad týmu, které uvedlo 92,9 % respondentů, je základem pro stanovení témat supervize, a to za předpokladu, že probírané téma na poradě týmu se například nesetkalo s pochopením nebo se vyvstala náročná či těžko uchopitelná nepříznivá sociální situace klienta. Supervize probíhají u 89,4 % respondentů a individuální u 76,6 % z čehož usuzujeme, že potřebnost tohoto podpůrného prvku je významná a jak uvádí Baštecká (2005) je jejím úkolem zajištění bezpečnosti prostředí pro vlastní vyjádření za přítomnosti kontroly a podpory. Nastavení mezioborové spolupráce je ve většině služeb nastaveno a z tohoto můžeme usuzovat, že podpůrné mechanismy jsou nastaveny nejen směrem dovnitř služby, ale i mimo ni. Je patrné, že **podpůrné mechanismy jsou v práci sociálních pracovníků nastaveny efektivně a cíleně reflektují jejich potřeby.**

Třetí výzkumnou otázkou práce bylo popsat, **jak sociální pracovník vnímá potřebu využívat inovativních metod při výkonu práce s osobami se zkušeností s duševním onemocněním.** Využívání inovativních metod v práci sociálního pracovníka se může lišit s ohledem na nastavení služby sociální rehabilitace i s ohledem na osobnostní nastavení samotného pracovníka. Jak však uvádí Navrátil (2001) podložení porozumění obtížím klienta zastřešené teoretickým rámcem je velmi důležité a bez něj může dojít k poškození klienta či při dlouhotrvajícím působení i významnému vlivu na společnost. Tohle potvrzují i vyjádření respondentů, kteří byli ve většinovém zastoupení proškolení v některé z inovativních metod sociální práce. Převažujícími vzdělávacími akcemi byly od nejvyššího zastoupení metoda krizové intervence, CARE, recovery, asertivní komunikace, případové konference a další v minimálním počtu zastoupení. Obdobné zastoupení je patrné i v prakticky využívaných inovativních metodách v praxi sociálních pracovníků. To jasně dokládá, že proškolení a zajištění vzdělávacího rámce je základní stavební kámen pro rozšíření nové kompetence v práci s klientem. Využívání těchto postupů v práci na základě samostudia je rozložené mezi respondenty rovnoměrněji. To si můžeme vysvětlit obavou z nesprávné aplikace metody v praxi, ale současně i potřebou po posunu v práci sociálního pracovníka, která není reflektována zaměstnavatelem. Může se jednat o respondenty, kteří se v rámci šetření vyjádřili negativně v oblasti dostatečného vzdělání pro jejich praxi a mapování potřeb ze strany zaměstnavatele. Osobnostní nastavení se projevuje ve vnímání

efektivnosti inovativních nástrojů v práci s osobou se zkušeností s duševním onemocněním, kdy v necelých 10 % se respondenti vyjádřili negativně. Volné odpovědi poskytly možnost k upřesnění vnímané problematiky. Z uvedeného nám vyplývá, že **potřeba využívání inovativních metod v práci sociálních pracovníků při výkonu práce s osobami s duševním onemocněním je vnímána jako nedílná součást práce a rozvíjení se v rámci dalšího vzdělávání je pro práci významné.**

Čtvrtou otázkou práce bylo zjistit **jaké bariéry v prohlubování vzdělávání sociálního pracovníka jsou na straně zaměstnavatele.** S ohledem na to, že zaměstnavatel v nadpoloviční většině podporuje sociální pracovníky v dalším vzdělávání, můžeme předpokládat, že se bude zajímat i o inovativní metody v sociální práci. Pouze 41,1 % respondentů však uvedlo sledování oněch metod v sociální práci ze strany zaměstnavatele, a ještě méně při vzdělávání nad rámec povinného vzdělávání. Z toho vyplývá a jasně koliduje i nízké procento seznamování sociálních pracovníků s inovativními metodami a jejich zaváděním do praxe. **Pokud tedy zaměstnavatel nesleduje inovativní metody v sociální práci, není ani možné je zavádět do praxe a ani se v nich orientovat.** Tuto kombinaci můžeme považovat jako bariéru ze strany zaměstnavatele.

Pátou výzkumnou otázkou bylo objasnit **jaké jsou bariéry vnější motivace v dalším vzdělávání sociálního pracovníka.** S ohledem na blízkost k šesté otázce práce, která nám objasňuje, **jaké jsou vnitřní bariéry motivace v dalším vzdělávání sociálního pracovníka** byla interpretace spojena a tímto dochází k zastřešení tématu vztahující se k motivaci sociálního pracovníka obecně. Při zodpovídání položky v dotazníku č. 20 se vyjádřilo pouze 35,5 % respondentů kladně k vnímání časové bariéry v dalším vzdělávání. Současně v položce č. 24, kde bylo možné využít volné odpovědi se respondenti vyjadřovali především k vnímání časové a finanční bariéry jako limitující. Možným vysvětlením může být například hlubší zamyšlení při možnosti volné odpovědi a významnější rekapitulace překážek v další vzdělávání a profesním rozvoji. Finanční bariéra byla nejčastěji zmiňovaným aspektem. V této souvislosti je možné usuzovat, že v případě vzdělávání v oblasti inovativních metod je v komplexním pojetí vzdělávací akce několikadenní a tím je i úhrada a časová náročnost vyšší. Pokud tedy není zaměstnavatel otevřený tuto částku sociálnímu pracovníkovi uhradit, stává se pro něj jeho absolvování často nedosažitelné. Další vyjádřené bariéry byla nízká kvalita školitelů a špatně řešitelná zastupitelnost při nepřítomnosti sociálního pracovníka. Kvalita školitelů je nezanedbatelný aspekt, a to i z důvodu možného přenosu teorie do praxe a také současnému zohlednění

oné finanční náročnosti vzdělávacích akcí, které jak bylo uvedeno výše, je mnohdy limitujícím aspektem. Pokud tedy zaměstnavatel nebo sám sociální pracovník vynaloží nemalý obnos za vzdělávací akci, požaduje adekvátní kvalitu. Jak uvádí Elichová (2017) nabídku vzdělávacích akcí můžeme považovat spíše za dostatečnou, což potvrzuje i výzkum této práce. K tématu financování vzdělávacích akcí se vyjadřuje i z pohledu rozdílnosti sociálních pracovníků z neziskového sektoru a ze státní sféry. To však není předmětem této práce a nebudeme se hlouběji tímto tématem zabývat. Dojezdová vzdálenost je spíše limitující pro 41,1 % respondentů. Důležitost celoživotního vzdělávání je respondenty v 92,2 % považována za nedílnou součást práce sociálního pracovníka. Z pohledu motivace je možné na celoživotní vzdělávání pohlížet z úhlu vnější motivace, která je dána i povinností celoživotního vzdělávání daného zákonem nebo z pohledu vnitřní motivace, která vychází z osobnostního nastavení. Souhrnně můžeme konstatovat, že **vnitřní bariéry jsou dány nedostatkem vlastní energie sociálního pracovníka. Vnější bariéry v dalším vzdělávání sociálních pracovníků jsou především finanční a časová náročnost vzdělávacích akcí.**

## DISKUZE

Rozvoj kompetencí, dovedností a získávání nových znalostí v oblasti péče o duševní zdraví i nemoci je základním předpokladem pro profesionální přístup k práci sociálního pracovníka pracujícího s osobou se zkušeností s duševním onemocněním. Na toto poukazuje i Matoušek (2021), který zdůrazňuje mj. důležitost profesionalizace prostřednictvím stínování zkušenějších kolegů, což probíhat na půdě pracoviště zaměstnavatel nebo formou stáží v obdobných sociálních službách. Důležitost přenosu inovativních metod do praxe sociálního pracovníka se potvrzuje i v praktické části této práce, a to konkrétně vyjádřením sociálních pracovníků k potřebě využívání inovativních metod při výkonu práce s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Rozvoj profesionality v rámci dalšího vzdělávání je tedy podstatný a nezpochybnitelný.

Profesionalizace a zkvalitňování poskytované podpory a pomoci není jedinou cestou, kterou se sociální pracovník při výkonu své profese ubírá. Soulad důležitosti péče o sebe prostřednictvím dobře nastavených podpůrných mechanismů potvrzují respondenti v praktické části i Tomšů (2021), která vysvětluje dlouhodobý vliv nezajištěných mechanismů a vystavování se tlakům v profesním i osobním životě na vyhasínání energie vedoucí až k možnému syndromu vyhoření. Toto tvrzení by mělo být významné pro zaměstnavatele, jejichž cílem je mít stabilní a vysoce profesionalizovaný tým pracovníků.

V rovině podpůrných mechanismů jsou sociální pracovníci ošetřeni ve většině případů velmi dobře. V rovině profesionalizace, tedy v podpoře dalšího vzdělávání je podle vyjádření respondentů přístup zaměstnavatelů laxní. Zaměstnavatelé sice sociální pracovníky podporují, ale příliš se nevěnují sledování inovativních metod v sociální práci s osobami s duševním onemocněním ani jejich zaváděním do praxe. Možná souvislost může být v širokém spektru povinností a nároků na zaměstnavatele, a to i s ohledem na časté zřizování sociálních služeb pro různé cílové skupiny klientů. V tomto případě je zcela pochopitelné, že zaměstnavatel nemá kapacitu mít přehled o inovativních metodách v práci sociálního pracovníka pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Sociální pracovníky vyhledávání, vyhodnocení možného přínosu v praxi a vzdělávání samotné pak stojí velké množství energie. To se může zpětně odrazit v kvalitě poskytované pomoci a podpory a také vyššími nároky na čerpání podpůrných mechanismů prostřednictvím individuálních supervizí aj.



Kulantní řešení by mohlo být ve vyčlenění prostoru např. v rámci supervizního setkání týmu, kterého se bude účastnit i kompetentní zástupce zaměstnavatele. V chráněném prostředí dojde k výměně informací o potřebě pracovníků či celého týmu směrem k výkonu profese a současně o možnostech jejich podpory ze strany zaměstnavatele. Zaměstnavatel bude vtažen do aktuálních trendů v práci s osobami se zkušeností s duševním onemocněním, tímto dojde k aktivnímu působení ze strany sociálních pracovníků či celého týmu a zvýšením jeho motivace zaměstnavatele k zvyšování profesionalizace tohoto týmu. Vzájemné působení a kooperace mezi zaměstnancem, tedy v tomto kontextu sociálním pracovníkem, či jeho zástupcem a zaměstnavatelem je důležitá v naplňování potřeb a minimalizace bariér sociálních pracovníků ve výkonu jejich profese a současně naplňováním požadavků zaměstnavatele v poskytování vysoce profesionalizované pomoci.

## ZÁVĚR

Práce se průřezově zabývala souvislostmi mezi teoretickým a praktickým ukotvením tématu potřeb a bariér v profesním růstu sociálních pracovníků poskytujících podporu a pomoc osobám se zkušeností s duševním onemocněním. K možnému teoretickému ukotvení byla popsána sociální služba sociální rehabilitace pro tuto cílovou skupinu osob, a to z pohledu jejích forem a psychosociální rehabilitace, tak i se zacílením na klienta této sociální služby a možné spolupráce s ním. Ústředním tématem práce je však osoba sociálního pracovníka. V této souvislosti bylo představeno legislativní pojetí pozice, které nám ujasňuje jeho kompetence a roli. Při poskytování podpory a pomoci osobám se zkušeností s duševním onemocněním je velmi důležité mít nastavené podpůrné mechanismy, které ošetří sociálního pracovníka, případně celý tým. Inovativní metody sociální práce ho posouvají dál a zvyšují jeho úroveň práce. K praktickému ukotvení tématu byl vybrán vzorek sociálních pracovníků pracujících ve službě sociální rehabilitace s cílovou skupinou osob se zkušeností s duševním onemocněním v rámci celé České republiky. Prostřednictvím elektronického dotazníku, vytvořeného pomocí Google Forms, byl rozeslán odkaz do konkrétních sociálních služeb. E-mailové adresy byly získány z Registru poskytovatelů služeb zveřejněným na portále MPSV.

Objasnit hlavní cíl práce se nám podařilo díky stanoveným dílčím výzkumným cílům a otázkám. První výzkumný cíl zjistil, že potřeby sociálních pracovníků ve výběru vzdělávání jsou zohledňovány. Podpůrné mechanismy v práci sociálních pracovníků byly pro tuto práci vybrány supervize, individuální supervize a mezioborová spolupráce, kdy všechny tyto prvky byly vyhodnoceny jako efektivní a reflektující potřeby oněch pracovníků ve službě sociální rehabilitace. Výběr inovativních metody sociální práce byl v teoretické části práce taktéž zúžen na výběr v praxi nejvyužívanějších, což kolidovalo i s vyjádřením oslovených respondentů. Jejich využívání považují sociální pracovníci jako nedílnou součást práce a rozvíjení se v rámci dalšího vzdělávání je pro jejich práci významné. Hlavní bariérou na straně zaměstnavatele je situace, kdy nesledováním inovativních metod v sociální práci není možné se v nich orientovat a ani je zavádět do praxe sociálních pracovníků pracujících s osobami se zkušeností s duševním onemocněním. Tématem motivace jsme se zabývali v rámci posledního výzkumného cíle práce a faktory vnější motivace uváděli respondenti nejčastěji finanční a časovou náročnost vzdělávacích akcí. Faktory vnitřní motivace pak nedostatek vlastní energie sociálních pracovníků. Odpovědí na hlavní výzkumný cíl, kterým bylo zjistit potřeby a bariéry

profesního růstu u sociálních pracovníků ve službě sociální rehabilitace, je potřebnost mít nastavené podpůrné mechanismy a využívání inovativních metod s ohledem na výběr podle potřeb daného pracovníka. Tímto dochází k profesionálnímu a efektivnímu výkonu sociální práce sociálních pracovníků. Při výběru je však nutné pracovat s časovými možnostmi, které se odvíjejí od množství pracovních povinností, a to pro případ uvolnění zaměstnavatele na vzdělávání v rámci pracovního fondu, a tedy i efektivní nastavení zastupitelnosti pracovníků při jejich nepřítomnosti. Finanční náročnost vzdělávacích akcí je možné zmírnit dotačními tituly. Jejich zajištění a podání žádosti však leží na bedrech spíše zaměstnavatele. Jeho proaktivní přístup má tedy významný vliv nejen na chod konkrétní služby, ale i na odbornost a kvalifikaci samotného sociálního pracovníka. Při zajištění podmínek pro další profesní vzdělávání jsou sociální pracovníci otevřeni profesionalizaci a zvyšování si odborných zkušeností, které následně mohou využít k efektivnější pomoci a podpoře osob se zkušeností s duševním onemocněním.

Zabývání se touto problematikou shledáváme jako stěžejní a významnou pro rozvoj sociální práce s cílovou skupinou osob se zkušeností s duševním onemocněním. Údaje o počtech osob se zkušeností s duševním onemocněním jsou na vzestupu a není možné toto přehlížet a nereagovat na ně. Tlak, který sebou přináší dnešní doba je výrazný a vede k neustálému posouvání hranic. Reakcí je nárůst duševních onemocnění a reakcí sociálních pracovníků a jejich zaměstnavatelů by mělo být na tyto znepokojivé změny reagovat dalším profesním rozvojem, a tedy zvyšováním profesionalizace, ale i péčí o sebe samé.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ARMSTRONG, Michael, 2009. *Odměňování pracovníků*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2890-2.
2. BÄRTLOVÁ, Eva, 2007. *Supervize v sociální práci*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Fakulta sociálně ekonomická, UJEP, Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7044-952-3.
3. BANKS, Sarah, 2001. *Ethics and Values in Social Work*. 2 end ed. New York: Palgrave. ISBN 0-333-94798-3.
4. BARTŮŠKOVÁ, Ludmila, 2021. *Psychóza a spiritualita. Vybrané aspekty vzájemného vztahu*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5078-4.
5. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2005. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0708-X.
6. BENKE, Magdolna a NOVOTNÝ, Petr (ed.), 2009. *Pracoviště jako prostor k učení*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4918-5.  
BĚLOHLÁVEK, František, 2012. *20 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4323-3.
7. [https://clanky.rvp.cz/wpcontent/upload/prilohy/2710/typy\\_porad\\_a\\_jejich\\_priprava.pdf](https://clanky.rvp.cz/wpcontent/upload/prilohy/2710/typy_porad_a_jejich_priprava.pdf)
8. DAFOULAS, Georgios a MACAULAY, Linda, 2001. *Investigating cultural differences in virtual software teams*. The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries [online]. [cit. 2023-02-10]. vol. 7, no. 4, s. 1-14. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=97440af8e4ddc092fd4ac67b9e4447784ef27017>.
9. ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.
10. FOITOVÁ, Zuzana a kol., 2014. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví: Manuál*. Wwww.cmhcd.cz [online]. [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual\\_ZP\\_K\\_web.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZP_K_web.pdf).

11. FRANCOVÁ, Hana, 2014. *Sociální rehabilitace*. In: PFEIFFER, Jan. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, s. 1-48. ISBN 978-80-7394-461-2
12. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
13. GRUBER, David, 2015. *Zlatá kniha komunikace: jemně doladěné vydání bestselleru No. 6*. Ostrava: Gruber – TDP. ISBN 978-80-85624-97-7.
14. GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.
15. HARTL, Pavel a MATOUŠEK, Oldřich., 2013. *Nároky sociální práce a syndrom vyhoření*. In: MATOUŠEK, Oldřich. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, s. 49-58. ISBN 978-80-262-0213-4.
16. HAVRDOVÁ, Zuzana a HAJNÝ, Martin, 2008. *Praktická supervize*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-532-1.
17. HAWKINS, Peter a SHOHET, Robin, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.
18. HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre, 2019. *Podpora zotavení a začlenění – Úvod do metodiky CARE*. Dotisk 1. vydání. Praha: Astron studio. ISBN 978-80-907318-4-4.
19. HOLLANDER, Dirk den a WILKEN Jean Pierre, 2016. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
20. HRONÍK, František, 2007. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků. Vedení lidí v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1457-8.
21. HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David, 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3636-0.
22. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vyd. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
23. JANEBOVÁ, Radka, 2014. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-374-1.

24. JOY, Ros a TEMPLAR, Richard, 2006. *Velká kniha manažerských dovedností*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1279-2.
25. KAČMÁŘOVÁ, Kateřina a Eva KITZLEROVÁ, 2021. *Moderní trendy v léčbě schizofrenie nepotními antipsychotiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-511-5.
26. KASTOVÁ, Verena, 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-365-X.
27. KOLÁČKOVÁ, Jana, 2021. *Příručka praxe sociální práce*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN: 978-80-7421-240-6.
28. KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: MPSV. Dostupné z: <https://iva.k.utb.cz/wp-content/uploads/harvardsky-system.pdf>.
29. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Jak zvládat depresi – 2. rozšířené vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0575-3.
30. MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
31. MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel, 2010. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0247-9.
32. MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I: Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2825-9.
33. MATOUŠEK, Oldřich, 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
34. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
35. MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana, et al., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 807367002x.
36. MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana, 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
37. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*, 2003a. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

38. MATOUŠEK, Oldřich. a kol, 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
39. MATOUŠEK, Oldřich a kol, 2021. *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4904-7.
40. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
41. MLČÁK, Zdeněk, 2005. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 80-7368-129-3.
42. KAŇÁKOVÁ, Eva, 2008. *Jak efektivně vést porady*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6281-1.
43. KOLETIV AUTORŮ, 2011. *Manuál k případovým konferencím*. Praha: MPSV. 1. vyd. ISBN 978-80-7421-038-9. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/13087/manual.pdf>.
44. NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
45. NEDĚLNÍKOVÁ, Dana, © 2005. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostravská univerzita v Ostravě, [online]. [cit. 2023-12-5]. Dostupné z: [https://projekty.osu.cz/metakor/dok/met\\_prirucka\\_tsp.pdf](https://projekty.osu.cz/metakor/dok/met_prirucka_tsp.pdf).
46. NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
47. OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3.
48. PETR, Tomáš; MARKOVÁ Eva a kol, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
49. PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
50. PRAŠKO, Ján et al., 2003. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-809-0.

51. PRAŠKO, Ján; VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKOVÁ, Jana, 2006. *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-7986-6.
52. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČSL JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén. ISBN neuvedeno.
53. RAD, Parvis F.; LEVIN, Ginger, 2003. *Achieving project management success using virtual teams*. Boca Raton, Florida: J. Ross Publishing, ISBN 19-321-5903-7.
54. SKOPOVÁ, Jaroslava, 2011. *Informace pro pacienty a jejich blízké*. 4. vyd. Praha: Nakladatelství Jalna. ISBN neuvedeno.
55. SKOPOVÁ, Jaroslava, 2016. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění. Informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-232-9.
56. ŠIMEK, Jakub, 2018. *Co potřebujete vědět o depresi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-385-2.
57. TOMŠŮ, Lena, 2021. *Zdroje podpory sociálních pracovníků*. 10. číslo. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-248-2.
58. VÁŇOVÁ, Hana a SKOPAL, Jiří, 2017. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 3. aktualizované vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3621-4.
59. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-802-3.
60. VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
61. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2012. *Krizová intervence*. Praha, Portál. ISBN 968-80-262-0212-7.
62. VYMĚTAL, Jan, 2004. *Úzkost a strach u dětí. Jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-830-9.
63. ZOFI, Yael, 2012. *A manager's guide to virtual teams*. 1st printing. New York: American Management Association. ISBN 08-144-1659-4.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj. a jiné

apod. a podobně

č. číslo

ČR Česká republika

kol. kolektiv

mj. mimo jiné

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

SP sociální pracovník

s. strana

tj. to je

tzv. tak zvaně

z.s. zapsaný spolek

z.ú. zapsaný ústav

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1.....	49
Graf 2.....	49
Graf 3.....	49
Graf 4.....	50

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Položky.....	46
Tabulka 2 Položka č. 5 .....	52
Tabulka 3 Položka č. 6 .....	52
Tabulka 4 Položka č. 7 .....	53
Tabulka 5 Položka č. 8 .....	53
Tabulka 6 Položka č. 9 .....	54
Tabulka 7 Položka č. 10 .....	54
Tabulka 8 Položka č. 11 .....	55
Tabulka 9 Položka č. 12 .....	55
Tabulka 10 Položka č. 13 .....	56
Tabulka 11 Položka č. 14 .....	56
Tabulka 12 Položka č. 15 .....	57
Tabulka 13 Proškolení v inovativních metodách.....	57
Tabulka 14 Položka č. 16 .....	58
Tabulka 15 Jaké inovativní metody využívají v praxi .....	59
Tabulka 16 Položka č. 17 .....	59
Tabulka 17 Jaké metody jste získali samostudiem .....	60
Tabulka 18 Položka č. 18 .....	60
Tabulka 19 Seznam neefektivních metod.....	61
Tabulka 20 Položka č. 20 .....	61
Tabulka 21 Položka č. 21 .....	62
Tabulka 22 Položka č. 22 .....	62
Tabulka 23 Seznam akcí, o které by měli zájem.....	62
Tabulka 24 Položka č. 23 .....	63
Tabulka 25 Položka č. 24 .....	64
Tabulka 26 Další bariéry .....	64
Tabulka 27 Položka č. 25 .....	65
Tabulka 28 Položka č. 26 .....	66
Tabulka 29 Položka č. 27 .....	66
Tabulka 30 Položka č. 28 .....	67
Tabulka 31 Položka č. 29 .....	67

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Klementová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati, oboru Sociální pedagogika. V rámci mé diplomové práce, zabývající se potřebami a bariérami profesního růstu u sociálních pracovníků ve službě sociální rehabilitace, Vás chci požádat o vyplnění dotazníku.

Tento dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze k vypracování mé diplomové práce. Děkuji za váš čas.

1. Jaký je Váš věk?  
a) 20–30 let      b) 31–40 let      c) 41–50 let      d) 51– více let
  
2. Jaké je Vaše dosavadní dosažené vzdělání?  
a) Vyšší odborné      b) Bakalářské      c) Magisterské
  
3. Jaká je Vaše délka praxe na pozici sociálního pracovníka pracujícího s osobami se zkušeností s duševním onemocněním?  
a) Méně než 1 rok      b) 1–5 let      c) 6–10 let      d) 11 a více
  
4. V jakém kraji ČR pracujete?  
a) Hlavní město Praha      b) Středočeský kraj      c) Jihočeský kraj      d) Plzeňský kraj  
e) Karlovarský kraj      f) Ústecký kraj      g) Liberecký kraj  
h) Královéhradecký kraj      ch) Pardubický kraj      i) kraj Vysočina  
j) Jihomoravský kraj      k) Olomoucký kraj      l) Moravskoslezský kraj  
m) Zlínský kraj
  
5. Mapuje zaměstnavatel Vaše potřeby směřující k výkonu sociální práce?  
a) Ano  
b) Spíše ano  
c) Nevím  
d) Spíše ne  
e) Ne
  
6. Jsou pro Vás dosavadní absolvované vzdělávací akce dostačující pro Vaši praxi?  
a) Ano  
b) Spíše ano  
c) Spíše ne  
d) Ne
  
7. Staráte se o vlastní duševní zdraví?  
a) Ano  
b) Spíše ano  
c) Spíše ne  
d) Ne

8. Čtete publikace, sledujete profily na sociálních sítích nebo se účastníte vzdělávacích aktivit zaměřených na problematiku duševního zdraví a nemoci?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
9. Zvýšil se u Vás zájem o oblast duševního zdraví a nemoci po nástupu na pozici sociálního pracovníka ve službě pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
10. Probíhají supervize Vašeho týmu?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
11. Máte možnost využít individuální supervizi?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Nevím
  - d) Spíše ne
  - e) Ne
12. Je ve Vaší službě nastavena mezioborová spolupráce?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Nevím
  - d) Spíše ne
  - e) Ne
13. Probíhají porady týmu pravidelně a efektivně?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
14. Naplnily očekávání absolvované odborné stáže ve službě poskytující podporu a pomoc osobám se zkušeností s duševním onemocněním?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne

15. Byl/a jste proškolen/a v některé z inovativních metod práce? (recovery, CARE, asertivní komunikace, virtuální týmy, krizové intervence, případové konference aj.)
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Nevím
  - d) Spíše ne
  - e) Ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, uveďte jakou/jaké

16. Využíváte některou z inovativních metod v praxi?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Nevím
  - d) Spíše ne
  - e) Ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, uveďte jaké

17. Využíváte některé nástroje z inovativních metod bez absolvování odborného proškolení získané na základě samostudia?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Nevím
  - d) Spíše ne
  - e) Ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, uveďte jaké

18. Považujete některé aplikované metody a nástroje soc. práce, ve kterých jste byl/a odborně proškolen/a, za neefektivní (nevhodné pro práci s cílovou skupinou osob se zkušeností s duševním onemocněním)?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, uveďte jaké

19. Je podle Vás důležité celoživotní vzdělávání?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne

20. Vnímáte časovou bariéru jako jeden z faktorů, které Vám brání v dalším vzdělávání?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne

d) Ne

21. Je dostatečná nabídka vzdělávacích akcí, o které se zajímáte?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ne, uveďte, o jaké byste měl/a zájem

22. Jsou nabízené vzdělávací akce pro Vás přijatelné z hlediska dojezdové vzdálenosti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

23. Jsou nabízené vzdělávací akce pro Vás finančně dostupné v případě, že je nehradí zaměstnavatel?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

24. Objevily se ve Vaší praxi bariéry v dalším vzdělávání, které nebyly uvedeny? (vepište jaké)

25. Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

26. Podporuje Vás zaměstnavatel absolvování vzdělávacích aktivit nad rámec povinného vzdělávání?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

27. Sleduje Vás zaměstnavatel inovativní přístupy v sociální práci?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

28. Seznamuje Vás zaměstnavatel na základě dostupných metodik a kurzů s inovativními přístupy v sociální práci?

- a) Ano



- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

29. Jsou ve Vašem zaměstnání inovativní přístupy zaváděny do praxe sociálního pracovníka?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne