

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra sociální práce

**Sociální práce s dětmi s duševním
onemocněním v ústavní péči na Vysočině**

bakalářská práce

Autor práce: Bc. Andrea Kadrnožková

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Jihlava 2020

Vložený papír se zadáním

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Andrea Kadrnožková
Studijní program:	Sociální práce
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Název práce:	Sociální práce s dětmi s duševním onemocněním v ústavní péči na Vysočině
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je popsat sociální práci s dětmi s duševním onemocněním v ústavní péči na Vysočině.

PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

Mgr. Markéta Dubnová, PhD.
vedoucí katedry
Katedra sociální práce

Abstrakt

Náplní bakalářské práce je průzkum sociální práce ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy s důrazem na péči o osoby s duševním onemocněním z pohledu sociálních pracovníků. Hlavním cílem je popsat roli sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu se zaměřením na děti s duševním onemocněním a shrnout jejich činnosti ve školských zařízeních Kraje Vysočina.

První tři části práce obsahují teoretická východiska, opírající se o informace z odborné literatury a vědeckých studií. Čtvrtá část je věnována výzkumnému šetření. Zahrnuje dva typy výzkumných strategií, tedy smíšený výzkum. Výsledky dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů jsou prezentovány v závěru výzkumné části práce.

Klíčová slova

Sociální práce; děti s duševním onemocněním; sociální pracovník; ústavní výchova; Kraj Vysočina.

Abstract

The bachelor's thesis deals with the topic of social work in school facilities for institutional or protective education, emphasising the care of people with mental health problems from the perspective of social workers. The main goal is to describe – find out – analyse the role of social workers in a multidisciplinary team focusing on children with mental health problems and summarise their competencies in school facilities in the Vysočina Region.

The first three parts of the thesis contain theoretical background based on academic literature and research studies. The fourth part is devoted to research. It includes two types of research strategies therefore blended research. The results of the questionnaire survey and semi-structured interviews are presented at the end of the research part of the thesis.

Key words

Social work; mental health problems; social worker; institutional care; Vysočina Region.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 15. května 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastě Řezníkové, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad a podporu, doplněnou laskavým přístupem. Děkuji také svým dcerám za jejich víru, naději a lásku.

Obsah

Úvod	11
Motivace	14
Cíl práce	14
1 Sociální práce.....	15
1.1 Definice a pojmy sociální práce.....	15
1.2 Metody sociální práce	16
1.3 Klient v sociální práci.....	17
1.4 Sociální pracovník.....	18
1.4.1 Charakteristika sociálního pracovníka	18
1.4.2 Dovednosti a kompetence sociálního pracovníka	19
1.4.3 Činnosti sociálního pracovníka.....	20
1.4.4 Role sociálního pracovníka.....	21
1.5 Legislativní ukotvení sociální práce.....	22
1.6 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	22
2 Ústavní výchova.....	27
2.1 Nařízení ústavní výchovy.....	27
2.2 Legislativní rámec ústavní výchovy	28
2.3 Zařízení pro výkon ústavní výchovy	29
2.4 Multidisciplinární tým ve školských zařízeních	31
2.4.1 Sociální pracovník.....	32
2.4.2 Vychovatel.....	33
2.4.3 Etoped	34
2.4.4 Psycholog	34
3 Duševní onemocnění.....	36
3.1 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59).....	37
3.2 Mentální retardace (F70-F79)	37
3.3 Poruchy psychického vývoje (F80-F89)	38
3.4 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90-F98) ...	38
4 Výzkumná část (praktická část)	43
4.1 Metodika výzkumu.....	43
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	45

4.3	Organizace kvantitativního šetření pomocí dotazníků	47
4.4	Organizace kvalitativního šetření pomocí rozhovorů	48
4.5	Analýza a interpretace získaných dat.....	49
4.6	Závěry výzkumného šetření	71
5	Diskuze	75
	Závěr.....	80
	Seznam použitých zdrojů	84
	Přílohy	90

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Specifika sociální práce s duševně nemocnými.....	25
Tabulka 2 - Výkonové ukazatele (sociální pracovníci a počet zařízení).....	35
Tabulka 3 - Výkonové ukazatele (lůžková kapacita a počet zařízení)	35
Tabulka 4 - Zdravotní postižení ve školských zařízeních ústavní péče Kraje Vysočina	36
Tabulka 5 - Pedopsychiatrická péče v ČR	42
Tabulka 6 - Zařízení výzkumného souboru v kvantitativním výzkumu	45
Tabulka 7 - Informace o počtu pracovníků v zařízení	46
Tabulka 8 - Respondenti kvalitativního výzkumu	47
Tabulka 9 - Dotazník otázka č. 4.....	50
Tabulka 10 - Dotazník otázka č. 7.....	51
Tabulka 11 - Dotazník odpověď č. 7	51
Tabulka 12 - Dotazník otázka č. 11.....	52
Tabulka 13 - Dotazník otázka č. 19.....	52
Tabulka 14 - Dotazník otázka č. 6.....	54
Tabulka 15 - Dotazník otázka č. 12.....	55
Tabulka 16 - Dotazník odpověď č. 12	55
Tabulka 17 - Dotazník otázka č. 13.....	56
Tabulka 18 - Dotazník odpověď č. 13	57
Tabulka 19 - Dotazník otázka č. 15.....	57
Tabulka 20 - aktuální četnosti otázky č. 15	57
Tabulka 21 - Teoretické četnosti otázky č. 18	58
Tabulka 22 - Dotazník odpověď č. 17	58
Tabulka 23 - Dotazník otázka č. 18.....	59
Tabulka 24 - Dotazník odpověď č. 18.....	60
Tabulka 25 - Charakteristiky polohy k otázce č. 18.....	60
Tabulka 26 - Charakteristiky variability k otázce č. 18	60
Tabulka 27 - Dotazník otázka č. 22.....	60
Tabulka 28 - Dotazník otázka č. 2.....	61
Tabulka 29 - Dotazník otázka č. 5.....	62
Tabulka 30 - Dotazník odpověď č. 9.....	63
Tabulka 31 - Dotazník otázka č. 9.....	63
Tabulka 32 - Charakteristiky polohy k otázce č. 9	64
Tabulka 33 - Charakteristiky variability k otázce č. 9	64
Tabulka 34 - Dotazník otázka č. 10.....	64
Tabulka 35 - Dotazník otázka č. 16.....	65
Tabulka 36 - Dotazník otázka č. 20.....	66
Tabulka 37 - Dotazník otázka č. 21.....	66
Tabulka 38 - Otázka č. 1	68
Tabulka 39 - Dotazník otázka č. 3.....	68
Tabulka 40 - Dotazník odpověď č. 3.....	69
Tabulka 41 - Dotazník otázka č. 8.....	69
Tabulka 42 - Dotazník otázka č. 14.....	70

Seznam grafů

Graf 1 - Počet umístěných uchazečů v Kraji Vysočina.....	26
Graf 2 - Dotazník výsledky otázky č. 4.....	50
Graf 3 - Dotazník výsledky otázky č. 19.....	53
Graf 4 - Dotazník výsledky otázky č. 13.....	56
Graf 5 – Dotazník výsledky otázky č. 17	59
Graf 6 - Dotazník výsledky otázky č. 5.....	63
Graf 7 - Dotazník výsledky otázky č. 16.....	65

Seznam použitých zkratk

DD	Dětský domov
DDŠ	Dětský domov se školou
IFSW	Mezinárodní federace sociálních pracovníků
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
NÚV	Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání
SP	Sociální pracovník
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
ÚV	Ústavní výchova
VÚ	Výchovný ústav

Úvod

„Neštěstí mne naučilo poskytnout pomoc nešťastným.“ Publius Vergilius Maro

Sociální práci ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy považuji za velmi důležitou, ale v praxi jsem se setkala s tím, že výkon profese sociálního pracovníka se v jednotlivých zařízeních velmi lišil, role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu nebyla rovnocenná dalším profesím a převládala administrativní činnost nad kontaktem s dětmi. Proto jsem si položila otázky. Jak vnímají sociální pracovníci svoji profesi ve školských zařízeních? Co patří mezi jejich kompetence? Jaká je jejich role v multidisciplinárním týmu? Kdo v tomto týmu zaujímá nejvyšší pozici? Je péče o děti s duševním onemocněním v ústavních zařízeních ze strany sociálních pracovníků dostatečná? A která duševní onemocnění se v zařízeních pro výkon ústavní výchovy vyskytují nejčastěji?

Na tyto a další otázky se pokusí odpovědět bakalářská práce s názvem „Sociální práce s dětmi s duševním onemocněním v ústavní péči na Vysočině“, která si klade za cíl popsat roli sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu se zaměřením na děti s duševním onemocněním a shrnout činnosti sociálních pracovníků ve školských zařízeních Kraje Vysočina.

Dle mezinárodní definice sociální práce upoutává a formuje lidi k řešení náročných životních výzev. Mezi její zásadní principy patří sociální spravedlnost, lidská práva, kolektivní zodpovědnost a obdivování různorodosti (IFSW, 2019). Vyspělé sociální státy chápou důležitost sociální práce, a proto své investiční záměry do podpory této profese řadí na přední příčku. V České republice začíná mít sociální práce viditelné výsledky, které je problematické obhájit. „*To je výzva pro současnou i nastupující generaci sociálních pracovníků*“, říká Petr Vojtíšek (2020, s. 2). Pro sociální pracovníky je poněkud složité plnit rozsáhlé povinnosti a úkoly, protože sociální práce zaujímá velmi široké spektrum aktivit. Vývoj oboru jde stále kupředu a s tím souvisí nové požadavky kladené na profesionální sociální pracovníky (Šámalová, Tomeš, 2018).

Dovoluji si tvrdit, že od samého počátku lidstva, člověk touží patřit do nějakého společenství, kde mu je poskytnuta nejen ochrana, ale také kde se může stát rovnoprávným členem nebo naopak může pomáhat slabším jedincům. Samozřejmě připouštím skutečnost, že existovali a existují jednotlivci, kteří nechtějí patřit nikam. V dnešní době bych nazvala onu touhu někam patřit jednoslovným označením „domov“. Domov neznamená jen místo, kde právě pobýváme, ale místo, kam se můžeme vrátit za všech okolností, jelikož tam, najdeme bezpečí a klid. Během

životních etap se pro každého z nás smysl tohoto označení mění. Domovem nemusí být pouze místo, jež nám vytvořili naši rodiče, ale také místo, které nám přidělil stát.

Ústavní péče spolu s náhradní rodinnou péčí patří do systému náhradní péče. Přichází na řadu v době, kdy z různých důvodů selhává nebo dokonce chybí vlastní rodina a není možné využít žádnou z forem náhradní rodinné péče. Zainteresovaní profesionálové se přitom snaží ústavní výchovu přiblížit podobě výchovy v rodině, aby se dítě mohlo bez potíží vrátit do vlastní rodiny, pokud se podaří napravit původní problémy, dokázalo se adaptovat na novou rodinu, pokud by došlo k osvojení nebo pěstounské péči, nebo aby zvládlo přejít do samostatného dospělého života (Novotný, 2015).

Zpráva o stavu lidských práv v České republice informuje, že zařízení pro výkon ústavní výchovy jsou kritizována za velký počet dětí na pokojích. Proto byl vysloven cíl přiblížit fungování ústavních zařízení rodinném prostředí z hlediska zachování určité míry soukromí (Usnesení rady pro lidská práva, 2001). Jedním z cílů transformačních koncepcí v oblasti péče o ohrožené děti bylo snižování počtu zařízení pro dlouhodobý pobyt dětí (Rámcová koncepce MŠMT, 2009). Proces transformace systému náhradní výchovné péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy probíhá v České republice od začátku 21. století (Pacnerová, Myšková, 2016).

Analýza mediálního obrazu ústavní výchovy v českých médiích, ústavní péče je ze strany veřejnosti neustále kritizována. Tématem kritiky je především fungování zařízení ústavní výchovy. Analýza se zaměřuje na výchovné ústavy a dětské domovy. V případě dětských domovů články v médiích poukazují na nedostatek kompetencí mladistvých po odchodu ze zařízení, kdy mají problémy se zapojit do běžného života ve společnosti. Dále je dětským domovým vytýkán příjem charitativní pomoci. Výchovné ústavy jsou negativně medializovány zejména z důvodu bezpečnosti. Dvě veřejně známé kauzy, z nedávné minulosti, o brutálním napadení vychovatelů nebo mladistvém násilníkovi, který téměř zabil 12letého chlapce (Kňapová, Petrenko, 2016).

Ústavní výchova má klíčový vliv na socioemoční vývoj dítěte. Jsou narušeny vztahy s biologickými rodiči, nejsou vytvořeny bližší vazby v ústavním prostředí, a to vše je potřeba, aby se dítě vyvinulo v psychicky zdravého jedince (Pacnerová, Myšková, 2016). Sociální pracovník v rámci své odborné činnosti hájí oprávněné zájmy klienta, případně jej v této věci zastupuje. Zároveň kloubí různorodé zájmy ostatních účastníků multidisciplinárního týmu nebo poskytovatelů sociálních služeb. V komplikované oblasti zájmů a vztahů má velmi neutrální postavení, který v součinnosti s jeho odbornou způsobilostí posiluje samotný vztah mezi ním a klientem (Šámalová, Tomeš, 2018).

Proč je náročné pečovat o osoby s duševním onemocněním a proč v oblasti sociální práce patří tato cílová skupina mezi jednu z nejnáročnějších? Povědomí o duševním onemocnění je mezi laickou veřejností na nízké úrovni, a vůči pacientům dochází často k předsudkům, stigmatizaci či diskriminaci. Naštěstí je pryč doba, kdy duševně nemocní byli pokládáni za posedlé ďáblem a tvrdilo se, že vlastním přičiněním přišli do svého podivného stavu (Roubíček in Česká a slovenská psychiatrie, 2007).

Sociální pracovníci a všichni profesionálové, zabývající se osudy ohrožených dětí, tak mají v rukou jeden z unikátních klíčů k budoucnosti světa. Starost o ohrožené děti a zhodnocení jejich potřeb je správnou cestou ke dveřím budoucnosti, která se před námi neuzavírá, nýbrž je pro nás i naše děti otevřená (Matoušek, 2013).

Ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné péče je klientská sociální práce velmi náročná a sociální pracovníci, kteří patří do provozního úseku zařízení, využívají ke své práci především případových studií. Visí však nad ní mnoho otazníků.

Bakalářská práce je členěná do čtyř kapitol. První tři kapitoly obsahují teoretická východiska sociální práce, ústavní výchovy a duševních onemocnění, vycházející z analýzy odborné literatury, výzkumných studií a statistických údajů. Ve výzkumné části byla použita metoda kvantitativní s technikou dotazníku a kvalitativní s technikou polostrukturovaných rozhovorů.

Motivace

Se sociální prací jsem se setkala během studentských praxí v různých právních subjektech. Ve zdravotnickém zařízení, ve službě sociální prevence, ve službě sociální péče, ve školském zařízení. Pochopitelně funkce sociálního pracovníka byla všude rozdílná podle individuálních požadavků klientů. Ze své vlastní 13leté praxe vím, že se v ústavní výchově často vyskytují děti s duševním onemocněním. Řada odborných zdrojů upozorňuje na potřebu aktivního a specifického přístupu k této cílové skupině, ale z mé zkušenosti, se v praxi tak neděje. Nerada bych přisuzovala své zkušenosti o podružné pozici sociálních pracovníků i ostatním školským zařízením, proto se role a činnosti sociálních pracovníků v zařízeních pro výkon ústavní výchovy, staly jasnou volbou pro výzkumnou práci. Mou bakalářskou prací chci přispět k posílení postavení sociálního pracovníka a zdůraznění jeho role v ústavní výchově.

Cíl práce

Bakalářská práce si klade za cíl popsat roli sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu se zaměřením na děti s duševním onemocněním a shrnout jejich činnosti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy v Kraji Vysočina.

Pro komplexní pohled na postavení sociálních pracovníků v rámci mezioborové spolupráce ve školských zařízeních Kraje Vysočina bylo nutné zvolit následující dílčí cíle:

1. Dát možnost sociálním pracovníkům ve školských zařízeních vyjádřit svůj pohled na jejich profesi včetně pozitiv i negativ.
2. Zmapovat pozici sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu školských zařízení.
3. Zmapovat přístup sociálních pracovníků k dětem s duševním onemocněním v ústavních zařízeních.
4. Zjistit nejčastější duševní poruchy, které mívají děti v zařízeních ústavní výchovy.

1 Sociální práce

Sociální práce se orientuje na různorodé vztahy mezi lidmi a jejich prostředím, kdy jejím cílem je prohloubení nebo zachování soběstačnosti, rozšíření životních možností a v konečném důsledku zamezení selhání všech lidí. Její odbornost spočívá v překonávání překážek a vyvolání změny. Dále se orientuje na společenské bariéry, odlišnosti a nespravedlnosti. Řeší krizové i každodenní problémové situace s využitím dovedností, postupů a činností vztahující se k individualitě člověka a jeho okolí (Sveřepa, 2005 in Novotná 2014).

Každá věda má svá teoretická východiska, své metody a postupy včetně legislativního ukotvení. Sociální práce je založena na vzájemném vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. V následujících podkapitolách tyto všechny instance objasňuji.

1.1 Definice a pojmy sociální práce

Podle českého překladu mezinárodní definice, schválené roku 2014, je sociální práce profesí, jež je založena na praxi a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, posílení a osvobození lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a obdivování různorodosti. Opírá se o teorie sociální práce, sociálních věd, humanitních věd a o vlastní znalosti. Sociální práce upoutává lidi a formuje je k řešení náročných životních výzev a zvyšování vlastní pohody. Tato definice může být rozšířena na národní a/nebo regionální úrovni (IFSW, 2021).

Z výše uvedeného pravděpodobně vychází i Matoušek, když vymezuje sociální práci jako nejen společenskovední disciplínu, ale také praktickou činnost, jejímž úkolem je „*odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*“, jako například finanční nouze, znevýhodňování menšin, trestná činnost mládeže, nezaměstnanost (Matoušek, 2016, s. 287).

Sociální práce je akademický obor i profese, zaujímající velmi široké spektrum aktivit, což je relativně složité pro sociální pracovníky z důvodu poměrně rozsáhlých povinností a úkolů. Toto si vyžaduje disponovat specifickými osobnostními vlastnostmi a značným množstvím dovedností z rozličných oborů (Šámalová, Tomeš, 2018). Podle Havrdové (1999) na sociální práci působí převážně kultura a vize konkrétní země. Dále záleží na modelu sociálního státu, který určuje rozsah jeho role. V případě liberálního modelu je úloha státu malá, v případě konzervativního modelu střední a v případě sociálně-demokratického modelu je úloha státu největší. „*Sociální práce zprostředkovává a odráží převažující ideály ve společnosti. Její identita se vyvíjí v napětí mezi společenskou situací, situací sociálních klientů a situací v profesi*“ (Havrdová, 1999, s. 9).

V sociální práci se setkáváme s několika pojmy, jejichž význam si laická veřejnost často zaměňuje, proto jsou v následujících řádcích vysvětleny.

Teorie – termín popisuje logické vysvětlení vzájemných vztahů určité skupiny faktů, které byly ověřeny teoretickou analýzou nebo takové ověření umožňují. Teorie je formována procesem, v jehož průběhu se fakta skládají do smysluplného, systémového vztahu a pátrá se po vzájemných vztazích. Znalost teorií je důležitá především pro praktické využití (Mašát, 2012).

Metoda – je to promyšlený postup nebo způsob používaný k naplnění stanoveného cíle nebo získávání konkrétních výsledků. Je označován za způsob účelného jednání. Metoda vychází z příslušné teorie, je v ní racionálně uspořádána. Metoda díky teorii disponuje zákonným oprávněním (Mašát, 2012).

Technika – je konkrétní nástroj metody jehož prostřednictvím může být dosaženo cíle a je podřazeným pojmem termínu metoda (Mašát, 2012).

1.2 Metody sociální práce

Podle Matouška (2016, s. 100) jsou metody sociální práce „*specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou.*“ Cílem může být pomoc ve formě materiální, finanční, poradenské, doprovod k lékaři nebo na úřad. Cílovou skupinou jsou jednotlivci, rodiny, skupiny, komunity, věkové skupiny nebo veřejnost. Metody sociální práce můžeme členit do tří úrovní – mikropraxe, mezopraxe, makropraxe (Matoušek, 2016).

Metody sociální práce představují různé styly a podoby práce, které mohou přispět k hodnotnějšímu vztahu s klientem a kvalitě výsledku zakázky. Většina odborníků je nazývají postupy, které se vážou na cílový subjekt. Při výběru vhodné metody je důležité „*se zaměřit na klientovu životní situaci, ve které se nachází*“ (Matoušek, 2012, s. 13).

Zásadní podmínkou ve vztahu sociálního pracovníka a klienta je vzájemná důvěra a motivace k aktivní spolupráci. Jelikož každý klient je individuální osobnost a disponuje jistými životními zkušenostmi, měl by pracovník klienta respektovat. Tímto se vytváří důvěrný vztah, který směřuje ve zlepšení životní situace klienta (Řezníček, 2000).

Také Musil (2004) vidí úspěch sociální intervence nejen v dobře zvolené metodě sociální práce, ale především v přístupu sociálního pracovníka, který přistupuje ke klientovi individuálně a bere ohled na jeho autonomii čili funkční samostatnost. „*Zásadní je však také rozlišovat jinakost jednotlivce*“ (Musil, 2004, s. 17). Teoretická i praktická rovina sociální práce obsahuje „*dotváření*

teorií, aby umožňovaly vnímat člověka jako celistvou bytost zakotvenou v prostředí“ (Mašát, 2012, s. 10).

V sociální práci jsou rozlišovány tři úrovně postupů sociálních pracovníků. Na nejužší úrovni, která je nazývána mikropraxe, probíhá sociální práce s jednotlivcem neboli případová práce. Podpora klientových schopností a vyrovnání se s problémem je hlavní úkol této metody sociální práce. Mezopraxe se odehrává na střední úrovni jako sociální práce se skupinou nebo s rodinou. Skupinovou sociální práci můžeme popsat jako psychosociální vliv na skupinu osob se shodným rysem, jejichž cílem je stát se ucelenou osobností s kompletním zdravým vývojem. Hned tři hlediska (vymezený prostor, okruh lidí mající stejné podmínky, společný problém) jsou nutná pro determinaci komunity. Tento pojem sociální práce se rozprostírá v nejrozměrnější zóně, tzv. makropraxi. Jejím účelem je pomáhat společenství osob v určité teritoriální oblasti s konkrétními životními potížemi (Mašát, 2012).

1.3 Klient v sociální práci

Osobu, využívající služeb sociálního pracovníka, mezi nimiž je ekvivalentní vztah a jehož přání musí být ctěno, nazýváme klient (Mahrová, Venglářová, 2008). Klientelou sociální práce mohou být jednotlivci, rodiny, přirozené skupiny (dětské nebo mládežnické party), uměle vytvořené skupiny (institucionální skupiny lidí), komunity (lidé žijící na jednom místě), organizace (zařízení poskytující sociální služby nebo jako žadatel o supervize) (Matoušek, 2013).

Vybrat si formu pomoci a provést závažná rozhodnutí není však jednoduché pro klienty s duševním onemocněním, kteří rádi přenechávají zodpovědnost za svůj život jiným. Pro příznivý rozvoj takového klienta je prospěšné, aby dominujícím principem poskytování péče byl princip údravy – recovery, který se zaměřuje na zdravý potenciál klienta. Rozšiřování klíčových kompetencí a zvyšování životního blahobytu klienta by mělo probíhat ve spojení s jeho rodinným prostředím (Mahrová, Venglářová, 2008).

Potřeba klienta je dle Matouška (2012) motivem k jednání a pokud nedochází k uspokojení jeho potřeb, dochází k rozvoji deprivace neboli strádání. Dle etického kodexu sociálních pracovníků (2006) má klient právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Má právo na pomoc sociálního pracovníka bez diskriminace s jeho účastí, empatií a péčí.

Ondrušková (2009) dělí klienty podle věku na děti, mládež, dospělé a seniory. Připomíná další dělení podle primárních příznaků a syndromů na klienty se sociální patologií, problémy věku, zdravotními problémy, sociálně-ekonomickými aspekty, zdravotním postižením a sociální

skupiny. Praktické zkušenosti z ústavní výchovy mě přesvědčily, že nejen pro sociálního pracovníka, nýbrž pro celý multidisciplinární tým, je důležité rozdělení klientů podle chování, které zmiňuje Levická. Jedná se o klienty spolupracující, nespolupracující, rizikové, mlčenlivé, manipulativní, agresivní nebo klienty v odporu (Levická, 2004).

1.4 Sociální pracovník

V literatuře existuje pestrá škála definic sociálního pracovníka z pohledu jednotlivých autorů.

Člověk, který se věnuje sociální práci a splňuje zákonem dané předpoklady (zdravotní způsobilost, bezúhonnost, kvalifikační způsobilost) se nazývá sociální pracovník. Jeho úlohou je pomoci cílovým skupinám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Rovněž vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky (Matoušek, 2012).

Kompetentní sociální pracovník znamená, že disponuje odbornými znalostmi, schopnostmi, dovednostmi a osobnostními předpoklady, jež využívá ve své odborné činnosti, patří mezi nejdůležitější činitele, kteří ovlivňují kvalitu sociální práce (Schavel, 2007).

Australská univerzitní profesorka sociální práce Karen Healy (2014) nazírá na sociální pracovníky jako na osoby pracující v široké škále kontextů, s lidmi, kteří zažívají rozmanitost obav a útlaku. Sociální pracovníci mohou také použít analýzu diskurzu k napadení zavedených způsobů přístupu a reagování na potřeby klientů. Nestačí pouze na nesoulad poukazovat, důležité je dominantním zásadám odolat, poté zpochybnit, a nakonec je změnit. Novotná (2014, s. 24) připomíná zásadu sociálního pracovníka, která je klíčová. „*Měním jiné a současně měním sebe pod vlivem ostatních a systému.*“

1.4.1 Charakteristika sociálního pracovníka

Pro výkon kvalitní a profesionální práce sociálního pracovníka jsou podstatné některé charakterové vlastnosti osobnosti v součinnosti s nabytými intelektuálními dovednostmi nebo schopnostmi v oblasti sociální interakce. Sociální pracovník by měl být komunikativní, otevřený, vyrovnaný, empatický, rozhodný, kreativní a především přijímající. Dále by měl umět motivovat své klienty, umět jim vytvořit bezpečné prostředí se zachováním hranic, nebát se pracovat s agresivitou, pasivitou či opakovaným selháním klienta. A v neposlední řadě by měl znát techniky řešení problémů (Urban a kol., 2018).

Podstatnou povahovou vlastností sociálního pracovníka je rys osobnosti, který může být pravidelný, trvalý nebo neměnný (Blatný in Novotná, 2014). Zároveň problematika rysů proniká

do různých teorií lidského temperamentu. Temperament je vrozený souhrn vlastností, určujících reaktivitu a intenzitu emočního prožívání a chování osobnosti vůči podnětům a situacím (Cakirpaloglu in Novotná, 2014).

Podle Novotné (2014, s. 27) by měl sociální pracovník disponovat vlastnostmi a dovednostmi jako jsou: *„vlastnosti zralé osobnosti, vztah k lidem, prosociální chování, emoční inteligence, životní optimismus, přirozená autorita, vlastní životní zkušenosti, respekt, flexibilita, odborné vzdělání, přitažlivost, důvěryhodnost a dodržování etického kodexu.“*

Mezi žádoucí osobnostní charakteristiku bych ještě přidala sebepojetí podle Maroona (2012), který zdůrazňuje, že sociální pracovníci mající pozitivní obraz sebe sama, se lépe vcítí do různorodých situací klientů a uspokojivěji se vyrovnávají s pracovními potížemi.

Pro zajímavost uvádím požadavky na sociálního pracovníka do dětského domova v Keni ve východní Africe, uvedené na internetových stránkách inzerce pracovních míst.

- Musí mít vynikající mezilidské, komunikační a psací schopnosti se znalostí angličtiny;
- Musí to být týmový hráč se schopností spolupracovat s ostatními na dosahování vysokých cílů v rychle se rozvíjícím zařízení a současně při vysokém tlaku prostředí;
- Musí to být pohotový člověk s ambicemi, který dokáže pracovat samostatně;
- Musí mít dobré vyjednávací schopnosti, prezentaci, vedení a inovativní mysl;
- Požadováno je vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, komunitního rozvoje nebo sociálních věd;
- Přednost budou mít kandidáti, mající v sociální práci alespoň roční praxi (CAREER POINT KENYA, 2018).

1.4.2 Dovednosti a kompetence sociálního pracovníka

Havrdová (1999, s. 42) definuje kompetence v sociální práci jako *„funkcionální projev dobře zvládané a profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.“*

Havrdová (1999) vymezila šest základních kompetencí sociálního pracovníka:

- Schopnost rozvíjet účinnou komunikaci;
- Orientovat se a plánovat postup;

- Podporovat klienta a pomáhat mu k soběstačnosti;
- Zasahovat a poskytovat služby;
- Přispívat k organizaci práce;
- Odborně růst.

Slovník cizích slov vysvětluje kompetence jako „*rozsah působnosti nebo činnosti oprávnění a povinností svěřených právní normou určitého orgánu nebo organizace*“. Profesní kompetence představují pro dané povolání „*klíčové znalosti, dovednosti a návyky získané příslušným vzděláním a praktickými zkušenostmi*“ (Slovník cizích slov ABZ, 2015). Rada Evropy vymezuje kompetence jako „*obecnou schopnost založenou na znalostech, hodnotách a dispozicích, již jedinec rozvinul během své činné účasti na vzdělávání*“ (Skalková, 2007, s. 13).

Dle Matouška (2013) by měl sociální pracovník při výkonu sociální práce uplatňovat následující dovednosti a kompetence:

- Fyzická zdatnost a inteligence – soulad se svojí fyzickou schránkou či stav zdraví a pohody je důsledkem schopnosti vykonávat aspekty profese a každodenních činností. Intelekt hraje zásadní roli z důvodu častého a rychlého rozhodování pro co nejvýhodnější řešení klientovy tíživé situace.
- Přitažlivost, ve smyslu náklonnosti – vzájemné sympatie a pozitivní dojem klienta na sociálního pracovníka je významným faktorem pro další jejich spolupráci. Klíčovými prvky jsou například oblékání, vystupování, chování, řeč těla.
- Důvěryhodnost – reference, doporučení čili reputace sociálního pracovníka jsou podstatné atributy pro klienta.
- Komunikační dovednosti – aktivní naslouchání a empatické chování jsou klíčové dovednosti, které přispívají k partnerské sounáležitosti mezi klientem a sociálním pracovníkem (Matoušek, 2013).

1.4.3 Činnosti sociálního pracovníka

Sociální pracovník ovlivňuje život svých klientů, vstupuje jim do soukromí a odhaluje jejich citlivá trápení. Proto je pochopitelné, že rozsah jeho práv a povinností je vymezen legislativními předpisy, interními normami zaměstnavatele nebo profesními standardy. Úřední ukotvení je

zcela zásadní pro výkon sociální profese z důvodu ochrany klienta i sociálního pracovníka (Matoušek, 2013).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je výkon pozice sociálního pracovníka charakterizován následujícími činnostmi:

- provádění sociální prevence, včetně depistáže;
- vykonávání sociálního šetření a jeho analýzy;
- provádění analytické, metodické a koncepční činnosti v sociální oblasti;
- zabezpečení sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče;
- zajištění sociálně-právního poradenství;
- realizace odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence;
- poskytování krizové pomoci;
- sociální poradenství a sociální rehabilitace;
- zjišťování potřeby obyvatel obce a kraje a koordinace poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Dalším právním předpisem, kde jsou představeny činnosti sociálního pracovníka, je Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., jež stanoví zařazení prací ve veřejných službách a správě do platových tříd zaměstnanců. Katalog prací v příloze Nařízení jednotlivé druhy povolání člení do jednotlivých platových tříd podle jejich složitosti, odpovědnosti a namáhavosti. Konkrétně činnosti sociálního pracovníka jsou podrobně rozepsány v desáté až třinácté platové třídě.

1.4.4 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník může působit v mnoha rolích. Každá z nich uspokojuje jiné potřeby klientů a rovněž u každé role je potřeba jiných schopností a dovedností sociálního pracovníka (Smutná, 2014).

Řezníček (2000) i Smutná (2014) shodně do základní klasifikace rolí řadí pozici pečovatele, zprostředkovatele služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce nebo terapeuta, případového manažera, manažera pracovní náplně, personálního manažera, administrátora a činitele sociálních změn.

Musil (2008, s. 64) uvádí tři koncepce sociální práce, k nimž řadí i role sociálního pracovníka. V administrativním pojetí je sociální pracovník úředníkem, v profesionálním pojetí specialistou a v pojetí filantropickém je sociální pracovník člověkem.

Šimková (2014) zdůrazňuje, že role sociálního pracovníka se mohou vrstvit. Profesionální pracovník disponuje schopností pracovat s vrstvami a neupřednostňuje jednu roli. Své role určuje podle konkrétního případu v daném okamžiku. Autorka jmenuje vrstvy rolí, které jsou dle jejího názoru nejvíce viditelné. A to administrativní, poradensko-terapeutická a expertní.

1.5 Legislativní ukotvení sociální práce

Právní úprava sociálních služeb náležející do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí byla právem dlouho označována za „popelku českého práva sociálního zabezpečení“ (Matoušek, 2011, s. 35). Od sametové revoluce uplynulo celých sedmnáct let, než se pracovníci i klienti sociálních služeb dočkali nové právní úpravy.

Přesto, že tvorba nového systému sociální pomoci byla zahájena již v roce 1994, tak až v květnu roku 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, vydaný ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006 Sb. K významné pozitivní transformaci systému sociální péče bylo nutné rovněž přijetí jeho souvisejících právních předpisů: zákon o životním a existenčním minimu č. 110/2006 Sb. a zákon o pomoci v hmotné nouzi č. 111/2006 Sb. (Matoušek, 2011).

Poslední novela zákona č. 108/2006 Sb. je platná od dubna 2019. Cílem změny byla větší přehlednost a jednoduchost sociálního systému včetně širšího rozsahu poskytnuté pomoci s ohledem na potřeby klientů. Další novela zákona se plánuje na rok 2021 (Zákony pro lidi, 2021).

1.6 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

„Klient s duševním onemocněním je především člověk. Nikdy bychom na něj neměli pohlížet jen jako na diagnózu, nebo jako na problém“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 28).

Urban (2018) vyzdvihuje zásady práce sociálního pracovníka a klienta s duševním onemocněním, jež jsou popsány v knize Probstové a Pěče (2014), mezi něž patří důvěra mezi pracovníkem a klientem; klidné a bezpečné místo setkávání; přijetí a respektování klienta; flexibilita, otevřenost a profesionalita pracovníka; zachování hranic a odpovídající míry aktivity pracovníka; schopnost odhalení hranice mezi vnitřním světem a vnějším okolím.

Dle Probstové a Pěče (2014) jsou pro kontakt s osobou s duševním onemocněním klíčové následující dovednosti:

- Znalost Mezinárodní klasifikace nemocí a orientace v symptomech jednotlivých poruch včetně identifikace u klientů;
- Porozumění duševní poruše v souvislosti několika faktorů;
- Získávání a analýza informací;
- Schopnost orientovat se v dokumentaci;
- Schopnost zkoumat způsobilost klienta zvládat aktivity každodenního života;
- Dodržování struktury komplexního vyšetření;
- Použití vhodných zdrojů a metod šetření;
- Jasně a zřetelně formulovat výsledky šetření v podobě závěrečné zprávy.

S ohledem na své praktické zkušenosti s osobami se zdravotním postižením považují za naprosto nezbytné, aby sociální pracovníci byli seznámeni s příznivými i vedlejšími účinky farmakologické léčby svých klientů. Dle Probstové a Pěče (2014) se u klientů často objevují nežádoucí účinky léků, které si klienti nemusí uvědomovat. A sociální pracovníci mohou posílit motivaci klienta v užívání medikace, například rozmluvou o kladech a záporech předepsaných léků.

Nasazení psychofarmak však vyžaduje vyvážený přístup odborníků. Není vhodné atakovat tisíce léky s myšlenkou o schopnosti pacienta zpracovat problémy bez nasazení léků, aby se mohl stát integrovanou osobností. Taktéž je špatná opačná alternativa, kdy je myšlenkou lékařů fakt, že psychofarmaka vyřeší všechny problémy bez přičinění pacienta (Bruch, 2017).

Pro žádoucí průběh léčby duševního onemocnění by měla být péče o klienta komplexní. Kromě farmakologické léčby by měly být aplikovány vhodné druhy terapií. Nejčastěji je praktikována terapie individuální. Používá se rovněž terapie skupinová nebo rodinná (Vágnerová, 2014).

Autoři skvělé knihy *„Psychiatrie pro sociální pracovníky“* náležitě konstatují, že při výkonu sociální práce *„sociální pracovníci neposkytují podporu jen vlastními přímými intervencemi, ale také koordinací a nasměrováním různých zdrojů k pomoci klientovi“* (Probstová, Pěč, 2014, s. 57). Na cestě ke zplnomocnění klienta může výrazně pomoci péče rodiny, podpora přátel nebo zabezpečení sociálními či zdravotními službami (Probstová, Pěč, 2014).

V terapeutické nebo poradenské činnosti je práce se zdroji velmi významným aspektem. Každý člověk má své zdroje. Odborný pracovník by měl zjistit, zda jsou klientovy zdroje přístupné nebo najít ty, o nichž třeba klient ani neví. Poté, co všechny dostupné zdroje najdeme, můžeme je použít nejen ke zlepšení odolnosti klienta ale také k řešení jeho stávajících problémů (Caby a Caby, 2019).

Obzvláště ve víceúčelové psychoterapeutické léčbě dětí nebo dospívajících má aktivace zdrojů zásadní roli z důvodu původu, rozsahu a druhu motivace. Činitelé podněcující a regulující jednání nezletilých většinou přichází zvenčí, jsou dostačující a zahrnují celou strukturu jedince (Dopfner, 2008 in Caby a Caby, 2019).

Mezi nejčastěji používané intervenční a terapeutické metody v léčebném režimu patří psychoterapie a socioterapie. Socioterapie je ceněna pro své zaměření na integraci klienta do společenského života včetně školy nebo zaměstnání a na překonání všedních sociálních problémů. Co se týká psychoterapie může se jednat o psychoanalýzu, kognitivní terapii, behaviorální terapii, kognitivně behaviorální terapii, rogersovskou terapii a mnoho dalších druhů terapií. Důležitou součástí léčby je rovněž terapeutická práce s rodinou, jejímž cílem je zjistit a odstranit rušivé elementy soužití k uvolnění napětí v rodině a k porozumění úzkostným potížím nemocného (Vágnerová, 2014).

Vzhledem k faktu, že terapie provádí kvalifikovaný terapeut, mající absolvovaný terapeutický výcvik a bakalářská práce se převážně zabývá sociálními pracovníky, nebudu se terapiím dále podrobně věnovat.

Intervence prováděné sociálním pracovníkem představují kontinuální dynamický proces formou cíleného a komplexního šetření probíhající v přirozeném prostředí klienta zahrnující rozhovor s klientem včetně mapování jeho úzkého i širšího sociálního prostředí (Probstová, Pěč, 2014).

Autoři Probstová a Pěč (2014) mezi formy komunitních služeb řadí denní stacionáře, krizové služby, případové vedení, a psychiatrická rehabilitace v oblasti práce (chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání), psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení (podporované bydlení, chráněné bydlení) nebo psychiatrická rehabilitace v oblasti volného času (centra denních aktivit a uživatelské kluby) či další specializovaný rehabilitační program (podporované vzdělávání).

O poskytnutí sociální služby je možné požádat buď přímo poskytovatele sociálních služeb nebo je možné obrátit se na obec, kde má klient trvalý či hlášený pobyt a požádat ji o zprostředkování této služby (Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách).

Specifika sociální práce s duševně nemocnými dle autorů Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010) jsem zpracovala do přehledné **tabulky č. 1**.

Tabulka 1 - Specifika sociální práce s duševně nemocnými

Východiska péče o duševní zdraví	Politika péče o duševní zdraví Podpora deinstitucionalizace Komunitní péče Prevence stigmatizace
Komplexní metody práce	Moderní psychiatrická rehabilitace Případové vedení Týmové vedení Práce s rodinou
Specifické potřeby duševně nemocných	Práce Bydlení Volný čas

Zdroj: Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 133-150 (vlastní zpracování)

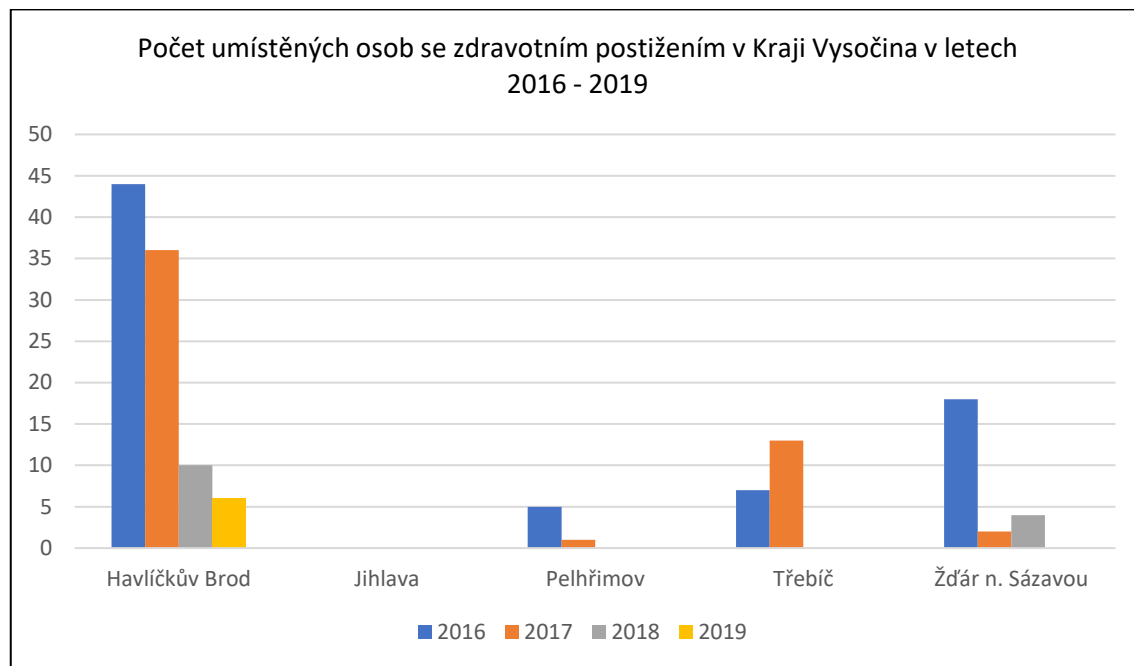
Specifika sociální práce, jak je uvedeno v tabulce č. 1, spočívají také v problematice zaměstnanosti osob s duševním onemocněním. Navzdory tomu statistické údaje MPSV (2020) dokládají snižující se počet uchazečů se zdravotním postižením o zaměstnání. Bohužel data samostatně pro osoby s duševním onemocněním nejsou zjišťována, proto nelze usuzovat, zda se snižuje počet uchazečů i mezi lidmi s psychiatrickou diagnózou. Přesto lze říci, že pracovní rehabilitace v České republice před pandemickou krizí byla na dobré úrovni.

Mezi další specifika potřeb osob s duševním onemocněním patří oblast bydlení. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je možné v péči o duševní zdraví využít osobní asistenci, podporu samostatného bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení nebo sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Graf č. 1 znázorňuje největší aktivitu města Havlíčkův Brod v počtu umístěných osob se zdravotním postižením na chráněné pracovní pozice v kraji Vysočina za uvedené čtyřleté období. Toto prvenství lze přisuzovat dobře fungujícího systému péče o duševní zdraví ve společnosti Fokus, která sídlí od roku 1992 právě v Havlíčkově Brodě a její spoluprací s psychiatrickou

nemocnicí a chráněnými dílnami tamtéž (Fokus Vysočina, 2021). Mezi kompetence sociálních pracovníků školských zařízení pro výkon ústavní výchovy patří mimo jiné orientace a schopnost plánovat (Havrdová, 1999). Proto přehled o dostupnosti sociálních služeb v kraji je významným atributem pro dítě při ukončení pobytu v ústavním zařízení.

Graf 1 - Počet umístěných uchazečů v Kraji Vysočina



Zdroj: MPSV, 2020 (vlastní zpracování)

2 Ústavní výchova

„Děti se mají vychovávat tak, aby se později nevělekly smutně životem a aby nenechaly všechny poklady a krásy světa shnit jen proto, že k nim nenalezly klíč.“

Antoine de Saint – Exupéry

Výchova spokojeného dítěte je samozřejmě věcí individuální, ale vždy záleží, na jakém místě a ve které době dítě žije. Ačkoli se doba vyvíjí a výchova se jí musí přizpůsobit, měl by se vytvořit kompromis mezi klasickou a současnou výchovou. Výchova v letech minulých měla totiž jisté výhody. Rodina kladla větší důraz na samostatnost, disciplínu, aktivní trávení volného času (Svět kreativity, 2016).

„Rodina je okruh lidí, které si nevybíráme, ale mezi které se rodíme bez možnosti výběru“ (Kadrnožková, 2015, s. 6). Pokud v rodině vzniknou nepříznivé sociální, biologické nebo psychologické podmínky, komplikující dítěti příhodný vývoj, může být orgánem sociálně-právní ochrany dětí navržena ústavní výchova. Ústavní výchova je jednou z forem náhradní péče o dítě (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy).

Vzhledem k tomu, že se bakalářská práce zabývá sociální prací s dětmi v ústavní péči, podmínky pro nařízení ústavní výchovy, její legislativní ukotvení a zařízení, v nichž výkon ústavní výchovy probíhá, jsou obsahem následujících podkapitol.

2.1 Nařízení ústavní výchovy

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, mezi důvody pro nařízení ústavní výchovy patří vážné ohrožení nebo narušení výchovy, duševního, tělesného či rozumového stavu nebo vývoj dítěte nebo rodiče nemohou výchovu dítěte zabezpečit. Za ohrožení výchovy je považována například situace, kdy rodiče o dítě nepečují a zanedbávají jeho výchovu. Potomek absentuje školní docházku, užívá alkohol, drogy, páchá drobnou trestnou činnost. Většinou se jedná o rodiče, požívající návykové látky nebo příliš liberální výchovu. Ústavní výchova zde plní preventivní funkci. K narušení tělesného či duševního stavu dítěte, které je v rozporu se zájmem dítěte, dochází především týráním či jinými fyzickými útoky na dítě. Ústavní výchova plní nápravnou funkci. V případě výkonu trestu odnětí svobody nebo vážných zdravotních důvodů, kdy nemohou rodiče o dítě řádně pečovat, a není jiná fyzická osoba, která by se výchovy dítěte ujala, přichází na řadu ústavní výchova, jež plní funkci výchovnou.

V rozsudku o nařízení ústavní výchovy, soud označí zařízení, do něž dítě svěruje. Při rozhodování dbá na to, aby dítě bylo umístěno co nejbliže bydlišti zákonných zástupců. Ústavní výchova se smí stanovit maximálně na tři roky, ale může se opakovaně prodlužovat, pokud trvají zákonné důvody, kvůli nimž byla ústavní výchova nařízena. Tyto důvody je soud povinen nejméně jednou za šest měsíců přezkoušet tak, že si vyžádá zprávy orgánu sociálně-právní ochrany dětí dle místní i věcné příslušnosti, opatří si vyjádření názoru dítěte, pokud je věkově i mentálně schopno formulovat svůj názor a v neposlední řadě vyzve také rodiče k vyjádření stanoviska. Jakmile je dítě soudem svěreno do ústavní výchovy, dochází ke stanovení vyživovací povinnosti rodičů. Adresátem plateb za výživné se stává zařízení, kam bylo dítě umístěno (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník).

Dle ust. § 971 odst. 3 Občanského zákoníku *„nedostatečné bytové poměry nebo majetkové poměry rodičů dítěte nebo osob, kterým bylo dítě do péče svěreno, nemohou být samy o sobě důvodem pro rozhodnutí soudu o ústavní výchově...“* Co se týče přechodné doby, kdy rodiče nejsou schopni zajistit dítěti řádnou výchovu, lze dítě svěřit do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na dobu přechodnou, a to nejdéle na dobu šesti měsíců.

Je nutné mít na paměti, že ústavní výchova je nejzazší řešení kritické situace, kdy je ohrožena výchova i vývoj dítěte a není možnost svěření dítěte do péče některé fyzické osoby (Hrušáková a kol., 2014). *„Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí nebo péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc“* (Matoušek, 2016, s. 240).

2.2 Legislativní rámec ústavní výchovy

V České republice je ústavní výchova právně upravena zákonem č. 333/2012 Sb., kterým proběhla změna zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Legislativní rámec, kterým se řídí průběh ústavní péče a činnost školských zařízení pro děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou je však daleko širší. Pojem ústavní výchova je zakotven v mnoha zákonech a vyhláškách. V následujících řádcích uvádím z mého pohledu ty nejdůležitější.

- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky;
- Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod;

- Sdělení FMZV č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte;
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí;
- Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon ve znění č. 82/2015 Sb.;
- Vyhláška č. 438/2006 Sb. kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních;
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (nový);
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních;
- Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

2.3 Zařízení pro výkon ústavní výchovy

Posláním školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy (dále jen „zařízení“) je poskytnout nezletilé osobě náhradní výchovnou péči s ohledem na jeho zdravý vývoj, řádnou výchovu a vzdělávání. Zařízení pracují v součinnosti nejen s orgány sociálně-právní ochrany dětí, ale také s rodiči nebo zákonnými zástupci dítěte, aby došlo k co nejrychlejšímu navrácení dítěte do původní rodiny nebo přemístění do náhradní rodinné péče. Do zařízení pro výkon ústavní výchovy mohou být umístěny i děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, s vadami řeči, popřípadě s více vadami, u nichž byla nařízena ústavní výchova, uložena ochranná výchova nebo nařízeno předběžné opatření za předpokladu, že stupeň zdravotního postižení nekoresponduje se zařazením do zařízení sociálních služeb nebo do specializovaného zdravotnického zařízení (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy).

Do zařízení se nepřijímají děti, které jsou pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky a podle vyjádření lékaře potřebují odbornou zdravotní péči, kterou jim nelze poskytnout v rámci pobytu v zařízení, děti s psychiatrickým onemocněním jako například schizofrenie, bipolární porucha, těžké depresivní a úzkostné stavy vyžadující psychiatrickou léčbu nebo děti s přenosnými chorobami (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy).

Ústavní výchova probíhá v zařízeních, které spadají do kompetence tří resortů. Ačkoli se bakalářská práce vztahuje výlučně ke školským zařízením pro výkon ústavní výchovy, jež jsou v kompetenci Ministerstva školství a tělovýchovy, považuji za důležité představit i ostatní zařízení, kde je možný výkon ústavní výchovy.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) spravuje **domovy pro děti do třech let věku**. Jedná se o zdravotnické zařízení, jež pečuje o děti ve věku do tří let a řídí se zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) má ve své kompetenci školská zařízení, mezi něž patří **diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy**, které jsou zakotveny v zákoně o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních č. 109/2002 Sb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) řídí **domovy pro osoby se zdravotním postižením**. Jde o zařízení spadající do služeb sociální péče, tudíž je upraveno v zákoně o sociálních službách. Poskytuje péči osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a potřebují podporu jiné fyzické osoby v podobě odborné pomoci. Nezaopatřené děti obdrží osobní vybavení či předměty běžné osobní potřeby. Posláním zařízení je zaopatřit nejen jedince s nařízenou ústavní výchovou či uloženým předběžným opatřením, ale také jednotlivce z rodin, kde je nutná pomoc při nácviu potřebných dovedností, snižování závislosti na pomoci okolí a zapojení uživatelů do běžného života (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Níže jsou stručně charakterizována jednotlivá školská zařízení dle zákona č. 109/2002 Sb.

Diagnostický ústav

Nezletilí jsou zde umístěni za účelem komplexního vyšetření na dobu zpravidla osmi týdnů a pak na základě diagnostických výsledků a volné kapacity jednotlivých zařízení jsou zařazeni do dětského domova, dětského domova se školou nebo výchovného ústavu.

Dětský domov (dále jen „DD“)

Patří sem děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženým předběžným opatřením ve věku zpravidla od tří do osmnácti let (pokud byla ústavní výchova prodloužena, tak do 19 let) anebo do dvaceti šesti let nezaopatřené osoby z důvodu přípravy na povolání. Děti nemají závažné poruchy chování, navštěvují školy, které nejsou součástí dětského domova. Nezletilé matky se svými dětmi mohou být také umístěny do dětského domova.

Dětský domov se školou (dále jen „DDŠ“)

Probíhá zde péče o děti s nařízenou ústavní výchovou, pokud mají závažné poruchy chování nebo potřebují výchovně léčebnou podporu s ohledem na jejich přechodnou či trvalou duševní poruchu. Dále se věnují dětem s uloženou ochrannou výchovou nebo nezletilým matkám s jejich dětmi. Věkové rozmezí dětí je zpravidla od šesti let do ukončení povinné školní docházky. Děti jsou vzdělávány na základní škole, jež je součástí zařízení. Pokud u dítěte přetrvávají závažné poruchy chování i po ukončení povinné školní docházky, nemůže se vzdělávat na střední škole mimo zařízení či neuzavře-li pracovněprávní vztah, je přeřazeno do výchovného ústavu.

Výchovný ústav (dále jen „VÚ“)

Zařízení zajišťuje péči dětem se závažnými poruchami chování od patnácti do osmnácti let. Jedná se o děti, které mají nařízenou ústavní výchovu nebo uloženou ochrannou výchovu nebo u nich bylo vydáno předběžné opatření. Týká se také nezletilých matek s vlastními dětmi nebo dětí vyžadujících výchovně léčebnou péči. Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší dvanácti let, s uloženou ochrannou výchovou, v jehož chování se projevují velmi závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. S udělenou výjimkou MŠMT lze do zařízení umístit i dítě starší dvanácti let s nařízenou ústavní výchovou.

V náhradní péči o děti hraje významnou roli také **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**, poskytující možnost rychlého umístění dětí v případě nesnází. Takové dítě se ocitne bez veškeré péče nebo je vážně ohrožen jeho život či zdravý vývoj anebo jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Děti jsou umístěny do zařízení na základě rozhodnutí soudu, žádosti obecního úřadu, žádosti zákonného zástupce nebo přímo na žádost dítěte. Tato zařízení nepatří pod žádné ministerstvo a nevztahuje se na ně zákon o ústavní výchově. Legislativně jsou upraveny v zákoně č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. Financování zařízení se řídí systémem dávek státní sociální podpory (Otevřená budoucnost, 2021).

Ve školských zařízeních je pro práci s dětmi základní organizační jednotkou výchovná nebo rodinná skupina. Výchovnou skupinu v diagnostickém ústavu tvoří minimálně čtyři a maximálně osm dětí, ve výchovném ústavu minimálně pět a maximálně osm dětí. Rodinnou skupinu v dětském domově tvoří minimálně šest a maximálně osm dětí, v dětském domově se školou minimálně pět a maximálně osm dětí (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy).

2.4 Multidisciplinární tým ve školských zařízeních

Matoušek (2016) zdůrazňuje nezbytnou znalost souvisejících vědních disciplín u každého sociálního pracovníka. Sféra sociální práce je příliš pestrá a heterogenní, nelze ji sjednotit do jednoho oboru. Dokonce je některými pracovníky na ni občas nahlíženo jako na obor „všehochuti“.

Každá změna je pro dítě/mladého člověka s duševním onemocněním náročná. Odchod z ústavního zařízení je jednou z nich, a proto je nutná individuální příprava jedince. Dítě se vrací zpět do rodiny, odchází do náhradní rodinné péče nebo přechází do sociální služby komunitního typu. Před samotnou realizací změny je třeba zjistit potřeby dítěte a vyhodnotit zdroje či potencionální rizika plánované změny. Také je nutno zohlednit specifika konkrétního

dítěte/mladého člověka, jakými jsou věk, vývoj, diagnóza a způsob komunikace. Během změny prochází dítě obdobím adaptace a vyžaduje „*velmi citlivou a trpělivou podporu ze strany všech, kteří mají za úkol děti podporovat. Situace a její úspěch předpokládá spolupráci všech odborníků s biologickou nebo náhradní rodinou*“ (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012, s. 7).

Proto by měli členové multidisciplinárního týmu znát navzájem své role a kompetence, jelikož je mezioborová spolupráce pro sociální práci zásadní. Z tohoto důvodu by měl být sociální pracovník erudovaný v nabídce návazných služeb a jejich možnostech vzájemné kooperace pro vhodnou podporu klienta (Matoušek, 2011).

Zajímavý pohled postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu vyjadřuje dětský psycholog, speciální pedagog a vysokoškolský učitel docent Jiří Jankovský v Sešitu sociální práce Pavly Kodymové. Zdůrazňuje, že pokud má multidisciplinární tým dosáhnout efektivní a hodnotné spolupráce, měli by jeho členové znát nejen jeho cíl, ale především základní zásady neboli „*jakási ideová východiska*“ (Kodymová, 2015, s. 8). Popisuje svoji zkušenost se začleněním rodičů dětí s postižením do týmové kooperace a jejich nezastupitelnou roli v péči o ně. Zároveň se zmiňuje o odpovědnosti každého člena týmu za svůj okruh práce ve svém oboru a nemožnost se schovávat za celou pracovní skupinu (Kodymová, 2015).

Vzhledem k rozmanitosti a charakteru potíží většiny dětí, umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, je spolupráce multidisciplinárního týmu obzvláště důležitá. Zpravidla členy týmu jsou: ředitel zařízení, sociální pracovník, výchovný poradce, pedagogičtí pracovníci, lékaři, osoby odpovědné za výchovu dítěte, orgán sociálně-právní ochrany dětí a v některých institucích navíc speciální pedagog, psycholog nebo zdravotní sestra.

2.4.1 Sociální pracovník

Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu není v žádném právním předpisu sjednoceno. Nejen v institucích rozdílného zaměření, ale i v identických zařízeních je náplň práce sociálních pracovníků odlišná (Urban a kol., 2018).

Jankovský vysvětluje schémata kruhové podpory, jejichž autorem je Wohlgemuth (2004), jež se touto problematikou zabýval ve své diplomové práci. V prvním jde o rovnocenný vztah mezi odborníky a rodiči dítěte v multidisciplinárním týmu, znázorňující kruhový podstavec jehlanu, na jehož vrcholu je zájem dítěte, který je vlastně nadřazený všem členům týmu. Osobně se ztotožňuji s druhým typem kruhové podpory, vyzdvihující sociálního pracovníka na významnější

pozici vůči odborným pracovníkům a rodičům dítěte v multidisciplinárním týmu. Sociální pracovník stojí v centru péče o dítě, hájí potřeby i názory dítěte a všichni členové týmu zastávají názor, že jeho role je nezastupitelná. Uvedená schémata potvrzují, že vždy existuje reálná možnost, jak dosáhnout kvalitních a fungujících pracovních vztahů vedoucích ke spokojenosti všech zúčastněných stran (Kodymová, 2015).

Pro představu uvádím pracovní náplň sociálního pracovníka školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Jak dokládá níže uvedený seznam, týká se převážně administrativních činností.

- Sociální pracovník zajišťuje komplexní koordinaci a metodické usměrňování spisové služby a předarchivní péči o dokumenty zahrnující informace a údaje chráněné podle příslušných právních předpisů (spisy dětí);
- Zevrubně zajišťuje informace a odborné podklady pro odborný úsek (etoped, psycholog), pro propuštění a přemístění dětí, potřebné doklady k dovolenkám, zpracování záznamů o úrazu dětí i zaměstnanců;
- Zabezpečuje kompletnost a kontinuitu dokladů o dětech, zakládá, vede a poté archivuje osobní spis dětí, zpracovává hlášení o útěku, žádá o přídavky na děti, vymáhá dlužné částky na ošetřovném, zajišťuje vydání a evidenci občanských průkazů a cestovních pasů, eviduje výdej léků a vybavuje domovní i přenosné lékárny;
- Vede evidenci sirotčích důchodů, útekovosti, ošetřovného a zdravotní dokumentaci dětí společně s jejich průkazy pojištěnců;
- Zhotovuje měsíční výkazy pro dětský diagnostický ústav, výměr ošetřovného, příkazy pro rozpočtáře k vratkám příspěvku na úhradu péče za prázdniny a dovolenky.

2.4.2 Vychovatel

Vychovatel plní komplexní výchovnou a vzdělávací činnost ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči zaměřenou na specifické potřeby dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Rozvíjí zájmy, znalosti a tvořivé schopnosti dětí, specificky rozvíjí osobnost dítěte, včetně usměrňování variantních výchovných metod a hodnocení jejich účinnosti. Snaží se vytvořit dětem takové podmínky při pobytu v zařízení, které se svým obsahem přiblíží řádně vedené rodině. Učí je utvářet si správné návyky

společenského chování, návyky při osobní hygieně, při udržování čistoty a pořádku v místnostech a okolí zařízení (Vnitřní řád, 2019).

Do programu výchovné práce zařazuje takové druhy činností, které odpovídají svým rozsahem věku dětí a prohlubuje vědomosti a přípravu k samostatnému životu. Dále začleňuje tělovýchovnou a sportovní činnost dětí, prohlubuje morální vlastnosti, úctu k dětem a zaměstnancům, vštěpuje jim návyky společenského chování. Do plánů zahrnuje činnosti pracovního charakteru, vede děti k estetickému cítění, motivuje děti k novým podnětům při různých činnostech. Při stravování dětí v zařízení provádí pedagogický dozor a vede děti ke kulturnímu stolování, působí při výchově k správným stravovacím návykům. Podle potřeby utváří u dětí správné návyky při osobní hygieně, při dodržování čistoty a pořádku ve svých osobních věcech i na rodinné skupině. Vychovatel vykonává výchovný dohled při zábavách a sportu, při besedách, exkurzích, návštěvách, kulturních akcích, ozdravných pobytech a zodpovídá za bezpečnost dětí při těchto činnostech (Vnitřní řád, 2019).

2.4.3 Etoped

Etoped provádí komplexní diagnostickou a reedukační činnost. Vykonává poradenskou a terapeutickou činnost, řeší s dětmi osobní a aktuální problémy nebo závažné porušení vnitřních předpisů zařízení. Realizuje specializované výchovné programy pro děti. Zhotovuje posudky na děti pro potřeby spolupracujících institucí. V rámci multidisciplinárního týmu participuje na tvorbě individuálního plánu rozvoje osobnosti (Vnitřní řád, 2019).

2.4.4 Psycholog

Psycholog je odborný pracovník, který poskytuje psychosociální péči a zajišťuje pedagogicko-psychologické poradenství. Dále provádí psychodiagnostiku dětí, z níž vypracovává posudky. Poskytuje dětem konzultace v oblasti školního, výchovného nebo profesního zaměření. Navíc řeší individuální problémy a pomáhá v obtížných životních situacích dětí (Vnitřní řád, 2019).

Všechny významnější opatření směrem k dítěti jsou konzultovány s rodiči nebo zákonnými zástupci dítěte prostřednictvím pověřených pracovníků. To znamená, že kariérové poradenství zajišťuje výchovný poradce, přemístění dětí navrhuje etoped a zdravotní záležitosti spravuje sociální pracovníce. Zákonný zástupce může dítě v zařízení kdykoliv navštívit a je mu trvale k dispozici kterýkoliv pedagogický nebo odborný pracovník k osobní konzultaci, týkající se dítěte (Vnitřní řád, 2019).

Na závěr kapitoly o ústavní výchově považuji za přínosné vložit několik důležitých údajů ze statistických ročenek Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Výkonové ukazatele, jako například počty školských zařízení, lůžková kapacita nebo počty zaměstnanců, jsou na těchto webových stránkách dostupné až od školního roku 2005/2006. Podklady pro zpracování dat jsou porovnávány v pětiletých intervalech v rozmezí patnácti let.

V tabulce č. 2 jsou uvedena statistická data o počtu sociálních pracovníků a školských zařízení v Kraji Vysočina podle jednotlivých druhů a celkové součty za Českou republiku. Poukazují na nekorespondující množství sociálních pracovníků a dětských domovů nebo dětských domovů se školou. Výchovné ústavy mají počet sociálních pracovníků dostatečný. Pozitivní je fakt, že dětské domovy postupem času začaly sociální pracovníky zaměstnávat.

Tabulka 2 - Výkonové ukazatele (sociální pracovníci a počet zařízení)

Název zařízení	2005/2006		2009/2010		2014/2015		2019/2020	
	SP	Zařízení	SP	Zařízení	SP	Zařízení	SP	Zařízení
DD	6	10	7	10	9	10	8	9
DDŠ	1	2	1	2	3	2	1	2
VÚ	8	3	7	3	6	3	6	3
Vysočina	15	15	15	15	18	15	15	14
ČR	279	225	292	229	263	214	252	203

Zdroj: MŠMT – Statistická ročenka školství, 2021 (vlastní zpracování)

V tabulce č. 3 je zobrazen přehled, jak se veličiny o počtech dětí měnily v návaznosti na reformu institucionalizace (Rámcová koncepce MŠMT, 2009).

Tabulka 3 - Výkonové ukazatele (lůžková kapacita a počet zařízení)

Název zařízení	2005/2006		2009/2010		2014/2015		2019/2020	
	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet	Kapacita	Počet
DD	309	10	270	10	263	10	263	9
DDŠ	43	2	39	2	45	2	45	2
VÚ	186	3	192	3	196	3	172	3
Vysočina	538	15	504	15	504	15	480	14
ČR	8237	225	8274	229	7853	214	7438	203

Zdroj: MŠMT – Statistická ročenka školství, 2021 (vlastní zpracování)

3 Duševní onemocnění

S ohledem na cílovou skupinu bakalářské práce se v následující kapitole budu zabývat vybranými duševními poruchami, které je možné diagnostikovat již v dětství nebo dospívání. Prezentované duševní poruchy jsem vybrala na základě informací ze statistické ročenky školství a s ohledem na svoji dlouholetou praxi v zařízeních pro výkon ústavní péče. Kompletní seznam duševních a behaviorálních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí je vypsán v **příloze č. 1** bakalářské práce.

Ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy jsou také umísťovány zdravotně postižené děti, což potvrzuje přehledná **tabulka č. 4**, která obsahuje zdravotní onemocnění sledovaná MŠMT. Pětileté intervaly dostatečně ukazují vývoj počtu handicapovaných dětí v institucionální péči školských zařízení. Jelikož hodnoty Kraje Vysočina neukazují velký úbytek počtu dětí se zdravotním postižením během sledovaného období, je vyobrazen celkový počet těchto osob, umístěných ve školských zařízeních pro celou Českou republiku.

Tabulka 4 - Zdravotní postižení ve školských zařízeních ústavní péče Kraje Vysočina

Typ zdravotního postižení	2005/2006	2009/2010	2014/2015	2019/2020
Mentální postižení	20	24	31	53
Sluchové postižení	0	0	1	1
Zrakové postižení	2	4	5	0
Závažné vady řeči	3	5	18	4
Tělesné postižení	1	0	0	0
Postižení více vadami	0	2	11	5
Závažné výv. poruchy učení, chování	149	38	28	68
Poruchy autistického spektra	1	0	3	2
Závažné poruchy chování	x	45	29	62
Extrémní poruchy chování	x	0	5	9
Kraj Vysočina postižení celkem	176	118	131	133
ČR postižení celkem	3905	4069	3187	1823

Zdroj: MŠMT – Statistická ročenka školství, 2021 (vlastní zpracování)

Poznámka k tabulce: V posledním sledovaném období již statistický úřad nezapočítával do celkového součtu závažné a extrémní poruchy chování.

3.1 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)

Nejčastěji se setkáváme s **poruchami příjmu potravy** (F50), jež jsou spojeny s patologickým přístupem k vlastnímu tělu, neadekvátní kritikou tělesné váhy, a z tohoto plynoucí chorobné stanovisko k jídlu i stravování. Onemocnění postihuje především dívky. Etiologie poruch příjmu potravy je multifaktoriální. Na vznik působí biologické, psychické i sociální faktory, v interakci osobnostních predispozic a zátěžových vlivů (Vágnerová, 2012).

Postoj okolí k nemocnému člověku bývá často protichůdný. Sice se mu snaží pomoci, ale zároveň se na něj zlobí, že si takto nesmyslně ubližuje. Tyto poruchy zdraví lidé nepovažují za nemoc, nýbrž za rozmary nebo zlovyk postiženého. Je nutné pochopit, že jde o psychickou poruchu, na níž nepomohou žádné rady, domlouvání, či dokonce vyhrožování. Jediným správným řešením je odborná léčba, zahrnující medicínskou, sociální a psychologickou pomoc (Vágnerová, 2012).

3.2 Mentální retardace (F70-F79)

Mentální retardace je definována jako vrozené „*postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit*“ (Vágnerová, 2012, s. 289). V mezinárodní klasifikaci diagnóz se uvádí, že mentální retardace je „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje*“ který je vyznačován především poškozením dovedností, jakými jsou poznávací, řečové, sociální a motorické předpoklady, vyskytující se během celého vývojového období. K mentálnímu postižení se mohou přidružit další somatická nebo duševní onemocnění (Číselník diagnóz MKN-10).

Onemocnění charakterizuje skutečnost, že není možno nabýt adekvátní úrovně inteligence, která je snížena od raného dětství a ovlivňuje všechny fáze života včetně dospělosti. Za komplikace lze určit nízké emoční ovládání, vysokou touhu přijetí, značnou míru ovlivnitelnosti ostatními lidmi, méně reálné zhodnocení svého potenciálu, sklon k jednotvárnosti, omezená schopnost vzájemné komunikace (MKN-10, 2021).

Původ této duševní choroby můžeme hledat v defektu genetických dispozic i v organickém postižení centrální nervové soustavy, k němuž mohlo dojít „*během nitroděložního vývoje, při porodu nebo v době krátce po narození*“ (Matoušek, 2016, s. 106).

Ve školských zařízeních se u dětí vyskytuje převážně lehká mentální retardace (F70), ale ve sledovaných statistikách mentální retardace rozlišena není.

Retardace je závažné postižení trvalého charakteru, jenž pacienty sociálně stigmatizuje. Majoritní společnost vnímá jejich odlišnosti od běžného standardu, komunikuje s nimi méně empaticky a je pro ni složitým úkolem péče o nemocné. Mentálně postižení se snadno mohou stát objekty sexuálního zneužívání, týrání či zanedbávání a jejich role v osamostatnění od rodiny je velmi náročná. Předpoklad pozitivních léčebných výsledků závisí na příčinách vzniku nemoci a množství kvalitních podnětných stimulantů. Vedle farmakoterapie je uplatňována psychoterapie a socioterapie doplněné o práci s rodinou nebo o speciálně pedagogickou pomoc (Vágnerová, 2012).

Ačkoli je mentální postižení závažnou poruchou, měli bychom mít na paměti, že i lidé s mentálním postižením mají stejná práva a povinnosti jako kdokoli jiný. Naše vnímání a přístup k těmto osobám má vliv na jejich seberefexi a sociální začlenění (Mahrová, Venglářová, 2008).

3.3 Poruchy psychického vývoje (F80-F89)

Charakteristickými symptomy poruch psychického vývoje je triáda příznaků, mezi které patří počátek onemocnění vždy v kojeneckém nebo dětském věku, defektní nebo opožděný funkční vývoj centrální nervové soustavy založeném na biologickém zrání a chronický remitující průběh. Často je narušena řeč, motorická koordinace a prostorová orientace. Porucha nastupuje velmi brzy a současně se dá dobře diagnostikovat. Prognóza nemoci je tudíž příznivá. S pomocí vhodné léčby, obtíže ustupují s narůstajícím věkem dítěte. Mírnější poškození mohou přetrvávat do dospělosti (Číselník diagnóz MKN-10).

V zařízeních pro výkon ústavní výchovy se můžeme setkat prakticky se všemi kategoriemi tohoto onemocnění, jakými jsou **specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (F80)**, **specifické vývojové poruchy školních dovedností (F81)**, **specifická vývojová porucha motorických funkcí (F82)**, **smíšené specifické vývojové poruchy (F83)** nebo **pervazivní vývojové poruchy (F84)**.

3.4 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90-F98)

Hyperkinetické poruchy (F90) je geneticky podmíněné neurovývojové onemocnění, jež nastupuje během časného dětství. Mezi základní typické projevy hyperkinetických poruch patří porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Děti s touto diagnózou se nesoustředí, mají problém s plánováním, trpí nekoordinovaností pohybů, nemají rádi stejné nebo nezáživné aktivity, reagují vztahovačně. Zvýrazňují se reaktivní projevy včetně hlasitých i četných hlasových

vyjádření. V komunikaci s autoritami je často jejich jednání takzvaně „odbržděno“. Ve společnosti nejsou příliš oblíbení, a proto občas dochází k jejich separaci. K přidruženým potížím se řadí snížené sebehodnocení nebo disociální chování. Během vývojových fází dítěte se symptomy obměňují (Mahrová, Venglářová, 2008).

Kromě farmakologické léčby se využívá psychoterapie a socioterapie. Koncepce terapií by měla zahrnovat vytvoření nekonfliktního prostředí; síťování poznatků; podporu pro osoby odpovědné za výchovu; poradenství s plánováním času a strukturací pravidelného denního programu; nácvik sebeovládání; střídání edukačních, relaxačních a pohybových aktivit; pomoc při mezilidských obtížích nebo zadávání dílčích úkolů ve škole i v rodině (Mahrová, Venglářová, 2008).

Klinický profesor psychiatrie Barkley (2021, s. 35) ve své novodobé knize správně podotýká, že *„poslední, co dítě s ADHD potřebuje nebo chce, je soucit.“* Tyto děti touží po porozumění a přijetí skutečnosti, že mohou být odlišné od svých blízkých i od jejich vrstevníků v několika významných schopnostech nebo možnostech výkonnosti. Avšak ještě důležitější by měla být naše vůle získat přístup k zázemí a péči, které mohou snížit psychickou újmu z nemoci, k níž dochází v určitých prostředích a situacích, například ve škole nebo v rodině. *„Tato změna postoje je při budování léčebného programu stěžejní“*, uvádí Barkley (2021, s. 36).

Poruchy chování (F91) *„lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností“* (Vágnerová, 2012, s. 779).

Poruchové chování je ovlivněno více činiteli. Důležitou roli zde hrají genetické dispozice na úrovni temperamentu, biologické dispozice na úrovni narušení struktury nebo funkcí centrální nervové soustavy. Zásadní roli však má vliv sociálního prostředí, kterým je především rodina, okruh přátel, vrstevníci a životní prostředí, kde daný jedinec pobývá (Vágnerová, 2012).

Závadovým chováním je pojmenováno opakované nerespektování sociálních norem příslušné společnosti, pokud jim je dítě schopno porozumět, dále neschopnost navázat a udržet přijatelné sociální vztahy, jelikož chybí empatie a egoismus, a naopak přebývá orientace na sebe a uspokojování vlastních potřeb. Navíc za své chování necítí vinu (Vágnerová, 2012).

Poruchy chování nelze zaměňovat za delikventní chování, jež se vyznačuje porušením právních norem dané společnosti, a které nazýváme antisociální chování. Nebo naopak nelze nazývat asociálním chováním vzdorovitost, negativismus, zlozvyky nebo lež. Toto je pouze přechodné disociální chování (Mahrová, Venglářová, 2008).

Podstatou pro stanovení diagnózy jsou asociální jednání, kterých se jednatel dopouští. Trvale porušuje zásady chování ve společnosti včetně práv druhých a způsoby vystupování narušují jeho školní i pracovní fungování. Nezbytným diagnostickým kritériem je přítomnost minimálně tří druhů projevů s jedním výrazným nebo trvale přítomným projevem během posledních šesti měsíců (Mahrová, Venglářová, 2008).

Mezi poruchové projevy zahrnujeme nadměrnou agresi vůči lidem i zvířatům (šikana, fyzická hrubost, vyhrožování), závažnou destrukci majetku a vlastnictví (ničení cizího majetku, zakládání požárů), krádeže a nepoctivost, silné porušování pravidel (záškoláctví, útek, závislostní chování) a sebestrukci (autoagrese, demonstrativní sebepoškozování) (Hort, 2008).

Smíšené poruchy chování a emocí (F92) představují seskupení konstantně disociálního, vzdorovitého nebo agresivního chování s velmi zřetelnými známkami poruch emocí, jakými jsou například deprese či úzkosti. Zároveň musí zahrnovat znaky poruch chování v dětství a emoční poruchy v dětství nebo neurotické poruchy či poruchy nálad (Číselník diagnóz MKN-10).

Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství (F93) se vyznačují klíčovým rysem při stanovení diagnózy, kterým je adekvátnost vývoje, jelikož se u těchto poruch jedná o nadsazení normální vývojové tendence (Číselník diagnóz MKN-10).

Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání (F94) vznikají v průběhu celé evoluční etapy života dítěte a jejich společným znakem jsou anomálie sociálních funkcí. U těchto poruch absentuje deficit v oblasti sociálního porozumění a sociální interakce, který je jedním ze základních symptomů pervazivních vývojových poruch. Zde má zásadní význam závažné poškození a velké slabiny vnějšího prostředí (Číselník diagnóz MKN-10).

Tiky (F95) charakterizují specifické průvodní znaky, což jsou záškuby způsobené nervovými poruchami, tzv. tiky. Tik je mimovolný, rychlý, opakující se, nerytmický motorický pohyb, nebo zvukový projev, který náhle začne a nemá zřejmý smysl. Tik se nedá ovlivnit vůlí, ale může být potlačen a následně se dostaví například při stresových situacích (Číselník diagnóz MKN-10).

Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F98)

Skupina těchto poruch začíná v dětském věku, ale má různorodou strukturu. Některé druhy poruch mají jasně dané příznaky, a naopak jiné mají celou řadu symptomů. Opět jsem vybrala poruchy, vyskytující se ve školských zařízeních.

- a) **Neorganická enuréza F98.0** (únik moči);
- b) **Neorganická enkopréza F98.1** (únik stolice);

- c) **Stereotypní pohybové poruchy** F98.4;
- d) **Koktavost** F98.5 (zadržávání v řeči);
- e) **Brebtavost** F98.6 (zrychlená plynulost řeči) (Číselník diagnóz MKN-10).

Dle profesních zkušeností jsem nucena do výčtu zdravotních poruch, objevujících se často ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, zařadit také diagnózu z MKN-10 s názvem **Úmyslné sebepoškození** (X60-84), které zahrnuje mimo jiné úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky (X61), úmyslné sebepoškození ostrým předmětem (X78), úmyslné sebepoškození tupým předmětem (X79) a úmyslné sebepoškození skokem z výše (X80) (Číselník diagnóz MKN-10).

Ačkoliv **Poruchy záchvatové – paroxysmální** (G40-G47) patří dle klasifikace nemocí MKN-10 do oblasti nemocí nervové soustavy, tak diagnóza epilepsie (G40) se ve školských zařízeních vyskytuje také poměrně často. Je to onemocnění mozku, ale postihuje tělesnou schránku, nikoli psychickou. Jeho lehčí formy neovlivňují intelekt ani schopnost žít běžného života. Většinou se projevuje například pouhým zahleděním, brněním, výpadkem paměti nebo pak známými křečemi se ztrátou vědomí. Ataky nemoci se vyskytují v průběhu dne, ale také v noci během spánku (Společnost-e, 2015).

Nedostatek pedopsychiatrické lůžkové péče dokazuje následující **tabulka č. 5**, v níž jsou zapsány všechny dětské psychiatrické léčebny včetně psychiatrických oddělení v České republice.

Působnost těchto léčeben ve čtyřech krajích abscentuje. Jedná se o Karlovarský, Středočeský, Královéhradecký a Pardubický kraj. Jediný Kraj Vysočina disponuje hned dvěma dětskými léčebnami.

Tabulka 5 - Pedopsychiatrická péče v ČR

Kraj České republiky	Název dětské a dorostové psychiatrické nemocnice
Hlavní město Praha	Dětská psychiatrie Thomayerovy nemocnice Praha, Dětská psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Praha-Motol, Dětské oddělení psychiatrické nemocnice Praha-Bohnice
Středočeský kraj	x
Jihočeský kraj	Dětská psychiatrická nemocnice Opařany
Plzeňský kraj	Dětské a dorost. oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň, Dětské oddělení psychiatrické nemocnice Dobřany
Karlovarský kraj	x
Ústecký kraj	Dětská psychiatrická nemocnice Louny
Liberecký kraj	Dětské psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec
Královéhradecký kraj	x
Pardubický kraj	x
Kraj Vysočina	Dětské oddělení psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš
Jihomoravský kraj	Dětské oddělení psychiatrické kliniky Brno-Bohunice
Olomoucký kraj	Dětské oddělení psychiatrické léčebny Šternberk
Zlínský kraj	Dětské oddělení psychiatrické nemocnice Kroměříž
Moravskoslezský kraj	Dětské oddělení psychiatrické nemocnice Opava

Zdroj: nrpzs-uzis, 2016 (vlastní zpracování)

4 Výzkumná část (praktická část)

Úkolem výzkumné části je zmapovat sociální práci v ústavní výchově se zaměřením na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Vzhledem k mým profesním zkušenostem, že sociální práce ve školských ústavních zařízeních je mnohdy považována za druhořadou profesi, a navíc pracovní náplň sociálních pracovníků v těchto institucích není legislativně sjednocena, zaměřila jsem se právě na tuto problematiku.

Hlavním cílem je popsat role sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu se zaměřením na děti s duševním onemocněním a shrnout jejich činnosti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy v Kraji Vysočina. Pro komplexní pohled na postavení sociálních pracovníků v rámci mezioborové spolupráce bylo nutné zvolit následující **dílčí cíle**.

1. Dát možnost sociálním pracovníkům ve školských zařízeních vyjádřit svůj pohled na jejich profesi včetně pozitiv i negativ.
2. Zmapovat pozici sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu školských zařízení.
3. Zmapovat přístup sociálních pracovníků k dětem s duševním onemocněním v ústavních zařízeních.
4. Zjistit nejčastější duševní poruchy, které mívají děti v zařízeních ústavní výchovy.

4.1 Metodika výzkumu

Data v praktické části bakalářské práce vycházejí z použití kvantitativního i kvalitativního výzkumu. „*Oba přístupy jsou naprosto rovnocenné, a navíc se navzájem účelně doplňují*“ (Hanzl, 2014, s.18).

Kvantitativní přístup předpokládá, že aspekty, které jsou předmětem zkoumání, jsou tříditelné a informace o nich získáváme v jisté měřitelné a v co nejvíce porovnatelné podobě. Oproti tomu kvalitativní přístup disponuje postupy, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na podrobný popis situací a prožitků jednotlivců i skupin. Zkoumající osoba analyzuje jejich náhled a interpretaci zkoumaného fenoménu. Množství získaných informací vede k zevrubnému porozumění reality. A právě díky hloubkovému charakteru zkoumání je vysoká validita výhodou kvalitativního přístupu. Naopak jeho nevýhodou je nízká reliabilita, jelikož získaná data jsou analyzována individuální osobností bez použití statistických metod a postupů, a mohou tudíž být posuzována subjektivně (Hanzl, 2014).

Hendl (2012) v kvantitativním výzkumu vyzdvihuje relativně rychlý a přímočarý sběr přesných dat, zobecnitelných na populaci a nezávislých na výzkumníkovi. Poukazuje však na možnost opomenutí fenoménů, jelikož se výzkumník soustředí na určitou teorii, a ne na její rozvoj. Přednosti v kvalitativním výzkumu autor spatřuje v získání podrobného popisu a vzhledu při zkoumání jedince nebo určitého fenoménu v přirozeném prostředí, hledání lokální příčinné souvislosti nebo umožnění studování procesů. Mezi nevýhody řadí časovou náročnost sběru či analýzy dat, ovlivnitelnost výzkumníkem nebo obtížnost testování hypotéz a teorií.

K naplnění stanoveného cíle jsem použila v rámci kvantitativního výzkumu dotazníkové šetření (dotazník v příloze 2) a v rámci kvalitativního výzkumu polostrukturovaný rozhovor (otázky v příloze 5). Samotný sběr dat probíhal během měsíců února a března roku 2021.

Dotazník je nejpoužívanější nástroj výzkumného šetření. Je to formulář, určený respondentovi, který ho vyplňuje obvykle sám a slouží k podání informací o myšlenkách, pocitech, postojích a hodnotách zkoumaných osob (Hendl, 2012). Vytvoření kvalitního dotazníku vyžaduje pečlivost a přesnost při stanovení výzkumných otázek. Autor fungujícího dotazníku by měl „*začít zajímavými otázkami, na které se snadno odpovídá, dále položit méně zajímavé otázky, poté citlivé osobní otázky, a nakonec choulostivé otázky*“ (Jandourek, 2003, s. 209). Kvantitativní výzkumníci mohou výsledky dotazníkového šetření zobecnit, protože jejich práce je silně strukturována. Získaná data jsou spolehlivá, avšak bez hloubkového porozumění. Často mají slabý nebo žádný kontakt s lidmi či terénem (Silverman, 2005).

Dotazník neumožňuje pozorovat chování v každodenních situacích (Hendl, 2012), neposkytuje respondentovi široký prostor pro vyjádření a je použitelný především v prostředí, které je výzkumníkovi relativně blízké. Navzdory tomu výzkumník získává velké množství dat v poměrně krátkém čase, včetně jejich rychlého zpracování (Jandourek, 2003).

„*Rozhovor je v podstatě směsí toho, co je, a toho, co si o tom respondent myslí*“ (Hendl, 2012, s. 191). Polostrukturovaný rozhovor využívá předem připraveného návodu, který není nutno přesně dodržet, jelikož je možno měnit pořadí otázek nebo také přidat další otázky podle vývoje situace (Reichel, 2009). Při tvorbě návodu je nutné si nejdříve navrhnout a uspořádat tematické okruhy otázek, pak si promyslet pořadí a formulaci otázek. Autor doporučuje nechat citlivá témata nebo hloubkové či sondážní otázky na závěr rozhovoru (Hendl, 2012). „*Úkolem badatele je vypátrat, jak sami aktéři rozumějí sociálním situacím a které důvody je vedou k určitému jednání*“. Nestačí se pouze zeptat, protože lidé často své pohnutky neumí vysvětlit, jelikož si své konání neuvědomují. Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace (Švaříček, Šedřová, 2014, s.19).

Nejvýznamnější výhodou techniky polostrukturovaného rozhovoru je možnost reagovat na dotazovaného (Reichel, 2009). Ačkoli má rozhovor svoji strukturu, umožňuje proniknout do výzkumného tématu hlouběji. Získané informace je možné zobecnit na širší část populace. Mezi nevýhody patří časová a psychická náročnost (Jeřábek, 1993).

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Kritérium výzkumného vzorku vyplývá ze samotného názvu bakalářské práce „*Sociální práce s dětmi s duševním onemocněním v ústavní výchově na Vysočině*“. V rámci kvantitativního šetření se respondenty stali všichni sociální pracovníci pracující ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy v Kraji Vysočina. Podle údajů z rejstříku škol a školských zařízení na stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2021) je v Kraji Vysočina **provozováno 13 školských zařízení** pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, jež jsem sepsala do přehledné **tabulky č. 6**.

Tabulka 6 - Zařízení výzkumného souboru v kvantitativním výzkumu

Číslo	Typ školského zařízení	Sídlo zařízení
1.	Soukromý dětský domov	Holeje
2.	Dětský domov	Hrotovice
3.	Dětský domov	Humpolec
4.	Dětský domov	Jemnice
5.	Dětský domov	Náměšť nad Oslavou
6.	Dětský domov	Nová Ves u Chotěboře
7.	Dětský domov	Rovečné
8.	Dětský domov	Senožaty
9.	Dětský domov	Telč
10.	Dětský domov se školou	Jihlava
11.	Výchovný ústav a dětský domov se školou	Počátky
12.	Výchovný ústav	Černovice
13.	Výchovný ústav	Velké Meziříčí

Zdroj: MŠMT – Rejstřík škol a školských zařízení, 2021 (vlastní zpracování)

Vybraný vzorek zařízení tedy obsahuje **9 dětských domovů** pro děti s nařízenou ústavní výchovou, které ze závažných důvodů nemohou vyrůstat v rodině nebo náhradní rodinné péči. Dále zahrnuje **2 dětské domovy se školou** a **3 výchovné ústavy**, z nichž dvě pracoviště jsou společnou součástí jednoho zařízení. Tedy **celkem 14 institucí** (Rejstřík škol MŠMT, 2021).

Stanovit počet sociálních pracovníků bylo poněkud problematické, jelikož ne všechna školská zařízení uvádí strukturu zaměstnanců na svých webových stránkách. V takovém případě jsem automaticky vycházela z předpokladu, že zařízení zaměstnává jednu sociální pracovníci. Spočítala jsem tedy 15 sociálních pracovníků, což souhlasilo s celkovým počtem sociálních pracovníků školských zařízení na Vysočině ve statistické ročence školství MŠMT (2021), které jsem zobrazila v tabulce č. 4 v kapitole „Multidisciplinární tým ve školských zařízeních“. Avšak počty sociálních pracovníků dle jednotlivých zařízení, uvedeny tamtéž, se s mými předpoklady neshodovaly. Z důvodu nejasností jsem v průběhu výzkumného šetření telefonicky ověřila počet sociálních pracovníků v jednotlivých zařízeních. Vyšlo najevo, že dvě školská zařízení mají více sociálních pracovníků na menší počet úvazků a dvě zařízení nedisponují sociálními pracovníky vůbec a jejich zaměstnanci, vykonávající sociální práci, dotazníky vyplnili. Ve výzkumném šetření jsem tyto dvě osoby mezi sociální pracovníky zařadila, jelikož obě mají více než desetiletou praxi v zařízení, a tudíž jsem nabyla dojmu, že sociální práci vykonávají i přesto, že nesplňují zákonné podmínky pro výkon profese sociálního pracovníka. Celkový počet možných respondentů byl tedy **19**, ale zúčastnilo se pouze **14** respondentů. Informace o počtu pracovníků v průběhu šetření jsem vepsala do **tabulky č. 7**.

Tabulka 7 - Informace o počtu pracovníků v zařízení

Pracovníci	Počet
Předpoklad sociálních pracovníků v zařízeních	15
Sociální pracovníci vedení ve statistice dle MŠMT	15
Pracovníci vykonávající sociální práci dle telefonických zjištění	19
Sociální pracovníci v zařízeních dle analýzy dat	17
Účastníci dotazníkového šetření	14

Zdroj: vlastní zpracování

Pro kvalitativní šetření jsem zvolila tři sociální pracovníky z různých školských zařízení Kraje Vysočina. Hlavním kritériem výběru bylo zastoupení každého druhu školského zařízení na

Vysočině. Dále při výběru bylo rozhodující zjištění z dotazníků o počtu sociálních pracovníků v zařízení (žádný, jeden, dva) a společná délka praxe (více než 10 let). V zastoupení dětských domovů a výchovných ústavů to byly sociální pracovníce, v zastoupení dětských domovů se školou to byla administrativní pracovníce, která vykonává sociální práci řadu let a ve výzkumu je nazývána také sociální pracovnící. Respondenty, zapojené do kvalitativního výzkumu, jsem označila číslicemi kvůli anonymitě dotazovaných a jejich přehled uvádím v **tabulce č. 8**.

Tabulka 8 - Respondenti kvalitativního výzkumu

Participant	Typ školského zařízení
Sociální pracovníce č. 1	Dětský domov
Sociální pracovníce č. 2	Dětský domov se školou
Sociální pracovníce č. 3	Výchovný ústav

Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Organizace kvantitativního šetření pomocí dotazníků

Pilotní verze dotazníku byla konzultována nejen s vedoucí bakalářské práce, ale také se sociální pracovnící jednoho ze školských zařízení pro výkon ústavní výchovy v Kraji Vysočina. Vytvořená konečná verze dotazníku (viz **příloha č. 2**) byla poté převedena do on-line podoby pomocí internetové stránky Survio.com.

Následně byla vytvořena databáze emailových adres ředitelů a ředitelky všech školských zařízení na Vysočině. Jejím prostřednictvím byla rozeslána vedení domovů zpráva o realizování výzkumného šetření v jejich zařízení společně se žádostí o předání příloženého souboru všem zaměstnancům, vykonávajícím sociální činnost příslušného ústavu (viz **příloha č. 3**). Sdělení pro sociální pracovníky obsahovalo informace o mé osobě a výzkumu, poučení o anonymitě, termín odevzdání dotazníku, poděkování a samotný odkaz na dotazník (viz **příloha č. 4**).

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek z oboru sociální práce, jejichž cílem je popsat roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu se zaměřením na děti s duševním onemocněním a shrnout jejich kompetence ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy Kraje Vysočina. Otázky jsou otevřené, polouzavřené i uzavřené. Počet nabízených odpovědí se liší a závisí na konkrétní otázce. Respondent musí odpovědět na 20 otázek, z nichž si 14 otázek žádá výběr jedné odpovědi a 8 otázek disponuje možností více variant odpovědí. Dále odpovědi na 2 otevřené otázky vypisuje.

Struktura dotazníku je součástí příloh pod číslem 5 a jeho online odkaz je následující:
<https://www.surveio.com/survey/d/Y4X2E0X1B9R5I9E7U>.

Ačkoliv jsem požádala vedení všech vybraných zařízení o zapojení do výzkumného šetření s odůvodněním malého vzorku respondentů a možného zkreslení výsledků pro Kraj Vysočina, zúčastnilo se ho v daném termínu pouze 9 zařízení. Zároveň nepřišlo žádné oznámení o zamítnutí účasti, o němž jsem se v průvodním emailu také zmínila, jako o možnosti odeslání dotazníku bez vyplnění.

Pro větší reliabilitu kvantitativních dat jsem telefonicky zkontaktovala sociální pracovníky nezúčastněných zařízení a osobně je požádala o vyplnění dotazníku. Ve všech případech mi bylo sděleno, že žádný email od vedení domova neobdrželi a téměř okamžitě mi většina sociálních pracovníků dotazník vyplnila a odeslala. Jedna pracovnice zároveň omluvila svoji kolegyni pro dlouhodobou nemoc a další omluvila svoji kolegyni z důvodu čerpání dovolené. Sociální pracovníce z nejmenovaného pracoviště slíbila, že dotazník vyplní a nestalo se tak. Další pracovnice pro změnu vůbec neodpovídala na email a telefon vyzváněl naprázdno. 5 sociálních pracovníků se tedy nezúčastnilo dotazníkového šetření a před započítáním základních analytických postupů jsem obdržela 14 vyplněných dotazníků z celkového počtu 19 sociálních pracovníků, což jsem zjistila telefonickým hovorem s jednotlivými zařízeními.

Uvědomuji si, že výzkumný vzorek je poněkud malý, ale tato bakalářská práce se vztahuje k zařízením pro výkon ústavní péče v Kraji Vysočina. Tudiž šlo o totální výběr, který obsahoval 13 školských zařízení, kde jedno zařízení zahrnuje dvě pracoviště, a v nichž vykonává sociální práci 19 pracovníků.

4.4 Organizace kvalitativního šetření pomocí rozhovorů

Pro větší vhled do zkoumané problematiky sociální práce, prováděné sociálními pracovníky ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, vzhledem k nízkému počtu respondentů v kvantitativním šetření jsem se rozhodla doplnit výzkum o šetření kvalitativní. Cílem této metody je získání subjektivních názorů a zkušeností dotazovaných. Ke sběru dat jsem využila polostrukturovaného rozhovoru (viz **příloha č. 5**), což představuje techniku využívající otázky dle návodu, kterou jsem zvolila pro časovou vytíženost sociálních pracovníků k úspoře jejich času. Vlastní výzkum proběhl se sociálními pracovníci třech školských zařízení, spadajících pod Kraj Vysočina a reprezentujících jednotlivé formy ústavních školských zařízení. Jedná se o dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Do výzkumu nebyl zahrnut Dětský diagnostický ústav, který se na území Kraje Vysočina nenachází.

Sociální pracovnice vybraných zařízení jsem kontaktovala telefonicky a také prostřednictvím telefonu následně zrealizovala. Dvě pracovnice podstoupily rozhovor hned, jedna se omluvila, že má neodkladné povinnosti, a tudíž jsme se domluvily na druhý den. Nejdříve jsem vysvětlila vybranou problematiku a účel výzkumu. Při rozhovorech jsem sice postupovala podle předem vypracovaných otázek v návodu, ale sociálním pracovnícím jsem nechala dostatek prostoru rozhovořit se o daném tématu. V závěru rozhovorů jsem pracovnícím poděkovala za věnovaný čas a ochotu sdílet svůj náhled na sociální práci. Potěšením mi bylo ocenění všech respondentek, že hovory proběhly telefonicky, jelikož vyslovily obavu, že by ve svém nabitém programu těžko hledaly termín na osobní setkání. Délka rozhovorů byla v časovém rozmezí 51–65 minut.

4.5 Analýza a interpretace získaných dat

Statistickou analýzu **kvantitativních** dat jsem zahájila přepsáním všech nasbíraných údajů z vytvořeného dotazníku na mém účtu Survio. Zapsala jsem je do přehledné písemné podoby a následně jsem v programu Excel vytvořila analyzovatelnou matici dat. Poté jsem vytvořila kontingenční tabulky, které přináší statistické údaje, jakými jsou absolutní a relativní četnost. Pro lepší ilustraci výsledků jsem některá data zpracovala do sloupcových grafů a některé hodnoty popisné statistiky jsem vložila do tabulek. Dále bych hledala souvislosti jednotlivých znaků a v případě ordinálních proměnných bych provedla korelační analýzu, ale vzhledem k nízkému počtu dotazníků to nebylo možné. Analýza **kvalitativních** informací z rozhovorů začala procesem převodu dat do příznivěji zpracovatelné podoby, která se dle Hanzla (2014, s. 75) nazývá „*doslovná transkripce*“, jež je také mezi výzkumníky nejpoužívanější. Získaný textový materiál jsem poté začala kódovat.

Seznam kódů:

1. Běžný den. Kontakt s dětmi.
2. Specifický přístup k dětem s duševním onemocněním.
3. Umístění dětí s duševním onemocněním.
4. Spolupráce pracovníků zařízení.
5. Dovednosti sociálního pracovníka a jejich rozlišnost/shoda v zařízeních Kraje Vysočina.

Systematickým pročitáním textu jsem porovnávala jednotlivé úseky a vytvořila seznam tematických okruhů (**multidisciplinární tým, působení sociálního pracovníka, potřeby dítěte s duševním onemocněním, silné a slabé stránky profese sociálního pracovníka**), pramenící z kódů a související s otázkami v dotazníku. Vytvořila jsem tak strukturu získaných informací pro naplnění cíle bakalářské práce.

V následujícím textu jsou k tematickým okruhům přiřazeny otázky z dotazníků a rozhovorů, které se k ní vztahují. Všechny výsledky dotazníkového šetření jsou zapsány do tabulek, některé navíc do grafů. Výstupy z rozhovorů jsou na konci jednotlivých okruhů dle jednotlivých témat, ale také u dotazníkových otázek, pokud přímo souvisí s konkrétní dotazníkovou otázkou.

MULTIDISCIPLINÁRNÝ TÝM

Dotazník: otázky č. 4, 7, 11, 14, 19.

Rozhovor: otázky č. 4, 5.

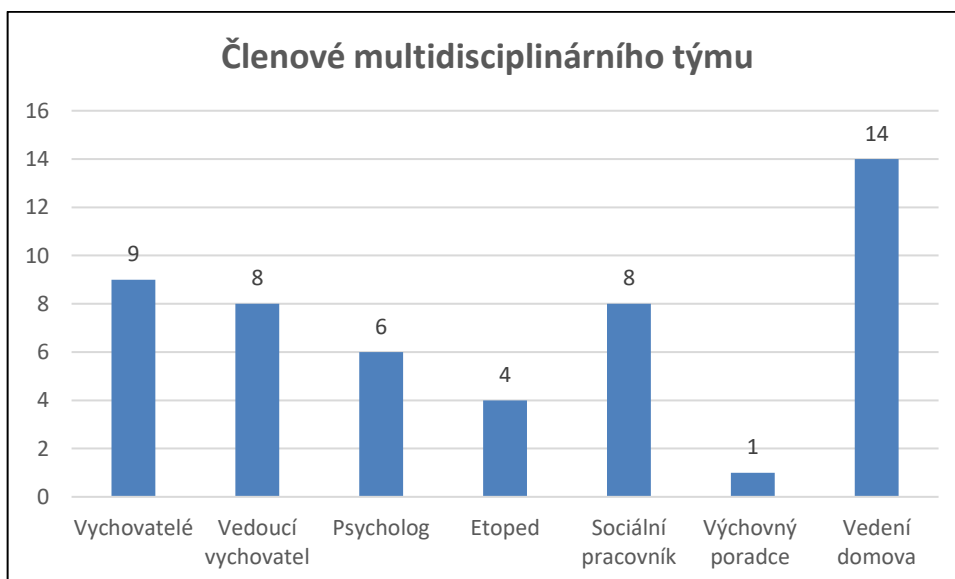
Otázka č. 4: Kdo tvoří ve Vašem zařízení multidisciplinární tým?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 9 - Dotazník otázka č. 4

Otázka 4	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Vychovatelé	9	18,00 %
Vedoucí vychovatel	8	16,00 %
Psycholog	6	12,00 %
Etoped	4	8,00 %
Sociální pracovník	8	16,00 %
Výchovný poradce	1	2,00 %
Vedení domova	14	28,00 %
Celkový součet	50	100,00 %

Graf 2 - Dotazník výsledky otázky č. 4



Na otázku mohli respondenti odpovídat výběrem jedné nebo několika variacemi odpovědí. Proto jsem nezkoumala relativní četnosti. Okem porovnatelné srovnání jednotlivých profesí v MDT, zobrazené ve sloupcovém grafu, je pro mé závěry výzkumu postačující. Nejčetnější variantou odpovědi, čímž je charakterizován modus, je s názvem **vedení domova**. V ostatních otázkách jsou vychovatelé zmiňováni jako činitelé mnoha činností v péči o děti, tudíž je překvapivé, že ne všichni sociální pracovníci považují vychovatele jako člena multidisciplinárního týmu. Připouštím možnost, že otázka nebyla některými respondenty pochopena z důvodu neznalosti pojmu „multidisciplinární“ tým.

Otázka č. 7: Vyberte jednu osobu, která NEJČASTĚJI spolupracuje s dětským psychiatrem?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 10 - Dotazník otázka č. 7

Otázka 7	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Vychovatelé	5	35,71 %
Vedoucí vychovatel	1	7,14 %
Psycholog	1	7,14 %
Etoped	1	7,14 %
Sociální pracovník	2	14,29 %
Výchovný poradce	0	0,00 %
Vedení domova	2	14,29 %
Jiná osoba	2	14,29 %
Celkový součet	14	100,00 %

Varianta *h) Jiná odpovědná osoba* byla otevřená. V dotazníku na ni odpověděli dva respondenti a jejich přesné znění uvádím v **tabulce č. 11**.

Tabulka 11 - Dotazník odpověď č. 7

Respondent	Odpověď na otázku č. 7
1.	Zdravotník
2.	Administrativní pracovnice se zdravotním kurzem

Klíčovým aspektem ve výsledcích otázky o nejčastějším spolupracovníkovi dětského psychiatra je zajisté druh školského zařízení. V dětských domovech je vychovatel často jedinou osobou, která o dítě pečuje mimo dobu školní výuky. V zařízeních typu dětský domov se školou nebo výchovný ústav je pečujících osob celá řada. Tudíž spolupráce členů v multidisciplinárním týmu probíhá zde trochu odlišně z důvodu většího počtu členů.

Otázka č. 11: Projednávají se na pedagogických radách/poradách mimo jiné i zdravotní potíže dětí?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 12 - Dotazník otázka č. 11

Otázka 11	Odpovědi	Odpovědi v %
Ano	14	0,00 %
Ne	0	0,00 %
Neúčastním se porad	0	100,00 %
Celkový součet	14	100,00 %

Naprosto jednohlasně určili sociální pracovníci charakteristiku polohy, nazývanou modus. Odpověď **ano** je důkazem vzájemné spolupráce multidisciplinárního týmu při společném setkání v rámci pedagogických porad. Tuto skutečnost potvrdily také sociální pracovnice v rozhovorech. Pedagogické porady probíhají jednou měsíčně a účastní se jich ředitel a zástupce ředitele zařízení, sociální pracovnice, ředitel a učitelé školy při DDŠ a VÚ, vychovatelé, etoped, psycholog, výchovný poradce. Jednou týdně probíhá porada vedení a odborných pracovníků bez vychovatelů a učitelů.

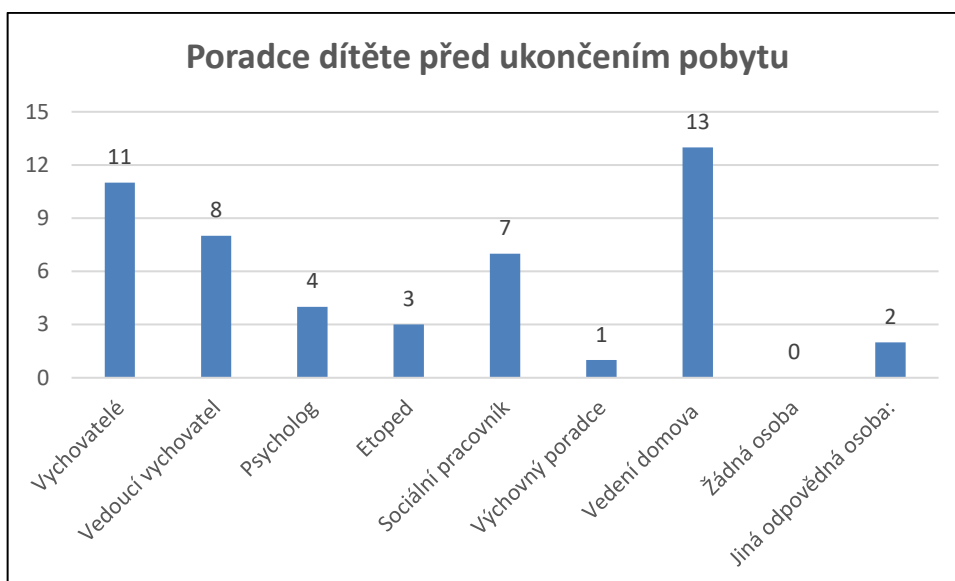
Otázka č. 19: S kým řeší dítě s duševním onemocněním své možnosti při ukončení pobytu v zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 13 - Dotazník otázka č. 19

Otázka 19	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Vychovatelé	11	22,45 %
Vedoucí vychovatel	8	16,33 %
Psycholog	4	8,16 %
Etoped	3	6,12 %
Sociální pracovník	7	14,29 %
Výchovný poradce	1	2,04 %
Vedení domova	13	26,53 %
Žádná osoba	0	0,00 %
Jiná odpovědná osoba	2	4,08 %
Celkový součet	49	100,00 %

Graf 3 - Dotazník výsledky otázky č. 19



Při pohledu na výsledky otázky č. 19 mě napadá, v jakém kontextu sociální pracovníci nejčastěji odpovídali. Na vedení domova lze v této situaci, dle mého názoru, nahlížet ze dvou úhlů pohledu. Ředitelé zařízení mohou být přátelským poradním orgánem dítěte s duševním onemocněním a dítě s nimi opravdu projednává své možnosti následné péče. Anebo vedoucí management může být pouze tím posledním článkem v konečném rozhodnutí o budoucím životě dítěte. Ostatně tak, jak je ukotveno v legislativě.

Jak jsem již dříve poznamenala, vychovatelé jsou dětem nejbližší, a proto s nimi řeší všechny důležité otázky jeho života. Ukončení pobytu v zařízení a vstup do samostatného života bezkonkurenčně patří mezi ně. Je to velký krok do neznáma a není jednoduchou záležitostí.

Zastoupení sociálních pracovníků v roli poradců s tímto významným životním problémem je poměrně malé. Pouze 7 sociálních pracovníků, tedy polovina z celkového počtu odpovídajících, dává dětem rady před odchodem ze zařízení. „*Když odchází dítě, tak to mám hodně papírování ohledně toho*“, podotýká sociální pracovnice 2.

Otázka č. 4 z rozhovorů: Jak byste zhodnotil/a spolupráci s Vašimi kolegy, kteří jsou členové multidisciplinárního týmu?

Dobrá atmosféra v týmu je základ hodnotné spolupráce. Členové by měli vůči sobě zachovávat respekt, úctu a důvěru. „*Všichni si tady rozumíme. Je tu dobré zázemí. Nejvíc věcí se mnou řeší pan ředitel*“, s nadšením vypráví sociální **pracovnice 1**. V pozitivním duchu pokračuje i **sociální pracovnice 3**: „*S V. máme pěkný vztah a ostatní jsou taky fajn. Nejdůležitější je se domluvit*

ohledně našich děvčat. A stejně poslední slovo má paní ředitelka “ (vysvětlivka: V. je paní etopedka). „*Musím vycházet se všema, protože vlastně všechno ohledně dětí jde přese mě. Ale nemám s nikým problém*“, potvrzuje moji myšlenku **sociální pracovníce 2**.

Sociální **pracovnice 2**, dále v rozhovoru uvedla: „*Všchno ohledně dětí se probírá na poradách, kde jsme všichni a vzájemně se domlouváme na metodických postupech o dítěti. Pokud se neshodneme, tak se hlasuje*“. V rámci školní výuky chodí děti na Úřad práce. Etoped má na starosti přesuny dětí v rámci ústavní péče z důvodu závažných poruch chování a psycholog se zajímá o psychický stav dítěte. Ředitel zařízení má za dítě největší zodpovědnost, a proto musí být o všem ohledně dítěte informován a rozhoduje se značnou vahou slova.

Otázka č. 5 z rozhovorů: Jak nahlížíte na činnosti sociálního pracovníka ve školských zařízeních? Myslíte si, že jsou shodné ve všech zařízeních ústavní výchovy?

Sociální pracovníce uvedly, že ony se většinou starají o vyřizování dovolenek pro děti, objednávají děti k lékařům na lékařské prohlídky, doprovází děti na úřady v případě vyřizování dokladů, některé s nimi chodí k lékařům. Většinou mají hodně administrativních povinností a telefonických vyřizování. V každém domově je náplň práce sociálního pracovníka odlišná.

ČINNOSTI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Dotazník: otázky č. 6, 12, 13, 15, 17, 18, 22.

Rozhovor: otázky č. 1, 4.

Otázka č. 6: Vedete evidenci o počtu dětí s diagnózami duševních poruch?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 14 - Dotazník otázka č. 6

Otázka 6	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Ano	9	64,29 %
Ne	4	28,57 %
Nemám na starosti	1	7,14 %
Celkový součet	14	100,00 %

Jak uvádí Pěč a Probstová (2014), ke specifickým dovednostem sociálního pracovníka, který pracuje s osobami se zdravotním postižením, patří znalost mezinárodní klasifikace nemocí a

orientace v lékařské dokumentaci, proto je závažnější, že téměř jedna třetina zařízení (**28,57 %**) dle odpovědí sociálních pracovníků, nevede evidenci počtu dětí s duševním onemocněním. Na druhou stranu mají školská zařízení povinnost po uplynutí školního roku poslat MŠMT statistická data o výkonových ukazatelích, která zahrnují i evidenci zdravotního postižení klientů těchto zařízení. Je tedy možné, že pracovníci informace sdílí s kolegy, ale vlastní písemnou evidenci nevedou, nebo nebyla otázka pochopena.

Otázka č. 12: Sebepoškození dětí je poměrně častým psychickým problémem. Jak je řešeno ve Vašem zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 15 - Dotazník otázka č. 12

Otázka 12	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Přivolání RZS	2	6,06 %
Přivolání Policie ČR, MP	1	3,03 %
Kontaktování lékaře	6	18,18 %
Pohovor s etoped, psycholog	10	30,30 %
Pohovor se soc. pracovníkem	0	0,00 %
Pohovor s vychovatel, vedoucí vych.	11	33,33 %
Výchovné opatření	2	6,06 %
Žádné řešení	0	0,00 %
Nemáme s touto situací zkušenosti	0	0,00 %
Jiné řešení	1	3,03 %
Celkový součet	33	100,00 %

Varianta j) *Jiné řešení* byla otevřená. V dotazníku na ni odpověděl jeden respondent a jeho přesné znění odpovědi uvádím v tabulce č. 16.

Tabulka 16 - Dotazník odpověď č. 12

Respondent	Odpověď
1.	Záleží na rozsahu a stavu zranění

Ze zkušenosti práce s dospívající mládeží vyplynula otázka o úmyslném sebepoškození. Porucha, vyskytující se mezi pubertálními dětmi až příliš často. Potvrzují to rovněž získané odpovědi respondentů, že žádnému zařízení nechybí nezkušenost s tímto nevhodným chováním. Zdůrazňuji, že sociální práce je praktická činnost, která podle mezinárodní definice

formuje osoby k řešení náročných životních výzev (IFSW, 2021) a jejím cílem je mimo jiné zamezení selhání všech lidí (Sveřepa, 2005). Proto považuji za zklamání **nulové** zastoupení odpovědí týkající se možného řešení sebepoškozování dětí se sociálním pracovníkem. Tyto činnosti si zde rozdělili vychovatelé a odborní pracovníci, kterými jsou psycholog nebo etoped.

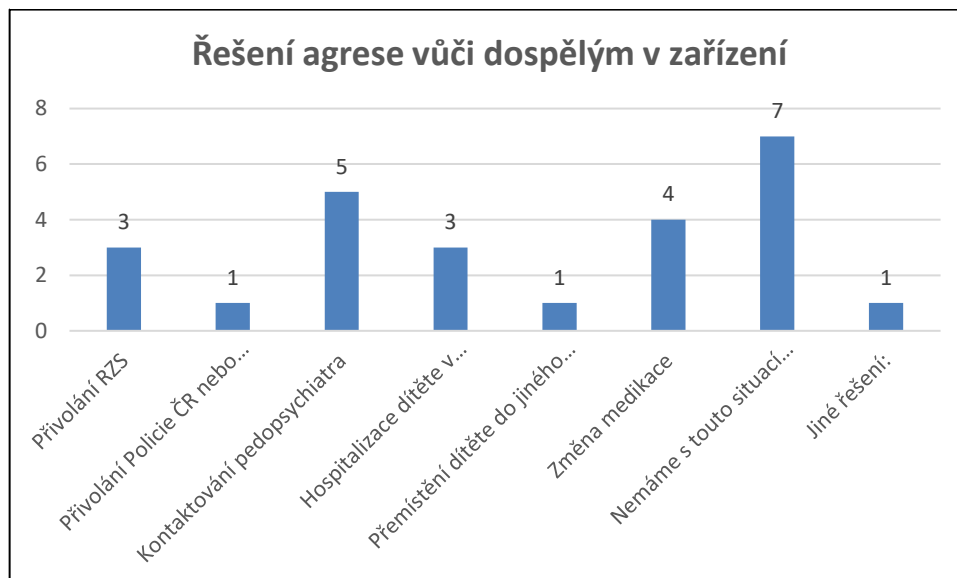
Otázka č. 13: S duševním onemocněním často souvisí i fyzická agrese. Jak je u vás řešeno například napadení vychovatele dítětem? Vyberte i více možností.

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 17 - Dotazník otázka č. 13

Otázka 13	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Přivolání RZS	3	12,00 %
Přivolání Policie ČR, MP	1	4,00 %
Kontaktování lékaře	5	20,00 %
Hospitalizace dítěte	3	12,00 %
Přemístění dítěte	1	4,00 %
Změna medikace	4	16,00 %
Nemáme se situací zkušenosti	7	28,00 %
Jiné řešení:	1	4,00 %
Celkový součet	25	100,00 %

Graf 4 - Dotazník výsledky otázky č. 13



Varianta h) *Jiné řešení* byla otevřená. V dotazníku na ni odpověděl jeden respondent a jeho přesné znění odpovědi uvádím v následující tabulce.

Tabulka 18 - Dotazník odpověď č. 13

Respondent	Odpověď
1.	Záleží na konkrétní situaci, nelze zobecnit

Prostřednictvím sdělovacích prostředků bylo v ČR medializováno několik fyzických ataků vůči pracovníkům školských zařízení pro výkon ústavní výchovy (Kňapová, Petrenko, 2016). Tyto informace posilují negativní představy veřejnosti o duševních poruchách a dominuje názor, že duševně nemocný touží ublížit. Samozřejmě, že zveřejněné případy zařízení mohou poukazovat na pravdivost veřejného mínění, ale výsledky vykazují spíše opak. Sice z celkových 25 možných vyslovených řešení nemá s touto situací zkušenosti pouze **28 %** zařízení, ale z celkového počtu 14 sociálních pracovníků se s agresí vůči dospělým nesetkala **polovina** respondentů (**50 %**).

Otázka č. 15: Jak často chodí za Vámi děti se svými problémy?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 19 - Dotazník otázka č. 15

Otázka 15	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Každý den	2	14,29 %
Téměř každý den	6	42,86 %
Občas	1	7,14 %
Sporadicky	1	7,14 %
Méně často	4	28,57 %
Nikdy	0	0,00 %
Celkový součet	14	100,00 %

Četnost **28,57 %** odpovědí na malou frekvenci návštěv dětí u sociálního pracovníka mě napadla otázka: „Ovlivňuje četnost návštěv dětí u sociálního pracovníka samostatná kancelář?“ Vzhledem k malému počtu dotazníků, statistickou analýzu nelze provést. Tuto skutečnost dokazují výpočtem teoretických četností, které mají nižší hodnoty než 2.

Tabulka 20 - aktuální četnosti otázky č. 15

Aktuální četnosti	S nikým	Jiná pozice	Se SP	Celkový součet
Každý den	1	0	1	2
Téměř každý den	4	2	0	6
Občas	0	1	0	1
Sporadicky	1	0	0	1
Méně často	2	0	2	4
Celkový součet	8	3	3	14

Tabulka 21 - Teoretické četnosti otázky č. 18

Teoretické četnosti	S nikým	Jiná pozice	Se SP	Celkový součet
Každý den	1,14	0,43	0,43	2
Téměř každý den	3,43	1,29	1,29	6
Občas	0,57	0,21	0,21	1
Sporadicky	0,57	0,21	0,21	1
Méně často	2,29	0,86	0,86	4
Celkový součet	8	3	3	14

Sociální pracovnice, která má ve své kanceláři kolegyni, neshledávala rozdíl v návštěvnosti dětí v případě, že tam s ní kolegyně je nebo není. Naopak považuje za pozitivní skutečnost to, že se mohou v případě nemoci zastoupit nebo že mají více času na hovory s dětmi.

Otázka č. 17: Které z vypsanych sociálních činností mimo jiné vykonáváte?

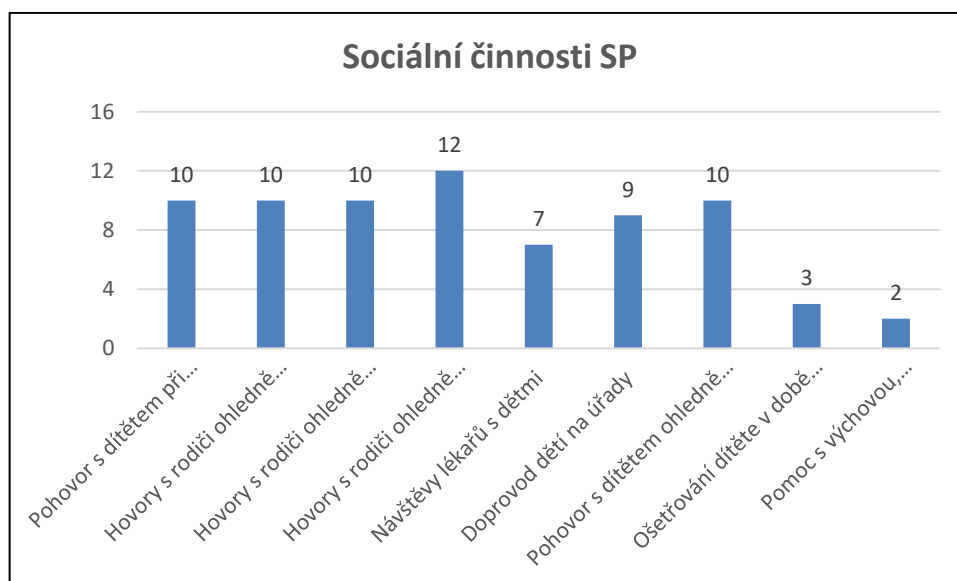
Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 22 - Dotazník odpověď č. 17

Otázka 17	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Pohovor při příjmu	10	13,70 %
Hovory s rodiči o zdrav. stavu	10	13,70 %
Hovory s rodiči o chování	10	13,70 %
Hovory s rodiči o propuštění	12	16,44 %
Návštěvy lékařů	7	9,59 %
Doprovod na úřady	9	12,33 %
Hovory s dítětem o propuštění	10	13,70 %
Ošetřování dítěte	3	4,11 %
Pomoc sebeobslužné č.	2	2,74 %
Žádné z výše uvedených	0	0,00 %
Celkový součet	73	100,00 %

Sociální činnosti sociálních pracovníků podle výsledků dotazníkového šetření jsou téměř shodné. Chybí mi však plný počet zvolených odpovědí u pohovoru s dítětem při příjmu do zařízení. Tuto činnost jsem považovala za klíčovou pro navázání kontaktu a další spolupráce s novým dítětem. Utvrdila mě v tom i **sociální pracovnice 1**: „*Když přijde nové dítě, tak jsem u jeho příjmu s panem ředitelem*“. Výkyvy hodnot u posledních dvou typů odpovědí zcela jistě závisí na druhu daného zařízení. Je pochopitelné, že sociální pracovníci z dětských domovů mohou své malé klienty ošetřovat v době nemoci nebo pedagogickým pracovníkům pomáhat s jejich výchovou, hygienou, oblékáním či stravováním.

Graf 5 – Dotazník výsledky otázky č. 17



Otázka č. 18: Kolik dětí máte ve své kompetenci?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 23 - Dotazník otázka č. 18

Otázka 18	Odpovědi	Odpovědi v %
Opravdu nevím	0	0,00 %
Počet je:	14	100,00 %
Celkový součet	14	100,00 %

Všichni respondenti vyplnili počet dětí, které mají ve své kompetenci. Otázka byla položena z důvodu zmapování pracovní vytíženosti sociálních pracovníků v jednotlivých zařízeních Kraje Vysočina. Navíc vyšlo najevo, že v případě většího počtu sociálních pracovníků v jednom zařízení má každá pracovnice na starosti všechny děti daného zařízení, a proto zná anamnestická data všech dětí. V případě nemoci se mohou zastoupit nebo děti při osobní návštěvě může komunikovat s kteroukoli z nich.

Nejmenší počet dětí, v kompetenci jednoho sociálního pracovníka, je **15 dětí** a nejvyšší počet je neuvěřitelných **56 dětí**. Rozpětí mezi těmito počty je **41 dětí**, což je dle mého názoru velmi vysoké číslo a odpovídá **34 %**. Nejčastěji objevovanou hodnotou je **32 dětí** v kompetenci jednoho sociálního pracovníka, což odpovídá průměru 31,71, který vzhledem k nedělitelné jednotce, je zaokrouhlen na **32 dětí**.

Tabulka 24 - Dotazník odpověď č. 18

Děti v zařízení	Děti v kompetenci sociálního pracovníka
24	24
15	15
32	32
32	32
16	16
32	32
24	24
48	48
32	32
56	56
32	32
24	24
40	40
37	37

Tabulka 25 - Charakteristiky polohy k otázce č. 18

CHARAKTERISTIKY POLOHY:	
Minimum	15 dětí
Maximum	56 dětí
Modus	32 dětí
Průměr	32 dětí
Medián	32 dětí

Tabulka 26 - Charakteristiky variability k otázce č. 18

CHARAKTERISTIKY VARIABILITY:	
Variační rozpětí	41 dětí
Rozptyl	118,35 dětí
Směrodatná odchylka	10,88 dětí
Variační koeficient	34 %

Otázka č. 22: Závěrem otázka na ideální pozici sociálního pracovníka podle Vašeho přání.

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 27 - Dotazník otázka č. 22

Otázka 22	Odpovědi	Odpovědi v %
Pasivní SP	0	0,00 %
Aktivní SP	3	21,43 %
Kombinovaná SP	11	78,57 %
Celkový součet	14	100,00 %

Z odpovědí na tuto otázku lze usuzovat na zdravý náhled sociálních pracovníků na sociální činnost. Jsou si totiž vědomi, že nelze oddělit přímou práci s klientem od administrativních povinností. Jsem velmi ráda za statistický údaj modus, který tady zní: **kombinovaná forma sociální práce**. Na intonaci a zabarvení hlasu vypovídajících respondentek bylo znát jejich nadšení z práce s dětmi. „Ale jo, čas na děti mám. Ráno je pomáhám budít. Alespoň je poznávám i z jiné stránky jejich osobností“, vypráví **sociální pracovníce 1**. Vyřizování administrativy zabírá převážnou část pracovní doby většiny sociálních pracovníků ve školských zařízeních. Zklamání nad touto situací je patrné na výroku **sociální pracovníce 2**: „Ráno přijdu do své kanceláře a čeká mě samé papírování“.

Otázka č. 1 z rozhovorů: Popište mi, prosím, Váš běžný den v práci? Máte čas na přímý kontakt s dětmi?

Z popisu běžných dnů sociálních pracovníků se ukázalo, že přímý kontakt s dětmi není častou náplní jejich práce. „Když děti odejdou do školek a škol, tak zasednu k papírům“, povzdechne si sociální **pracovnice 1**. Pokud dítě sociální pracovníci vyhledá, mezi hlavní důvody komunikace patří témata týkající se rodiny. „Holky za mnou chodí jen, když potřebují řešit dovolenku nebo se ptají na rodiče“, sdělila o návštěvnosti sociální **pracovnice 3**. Dále důvodem kontaktu s dětmi jsou zdravotní důvody, což dodává **sociální pracovnice 2**: „Občas ráno přijdou děcka, které pošlou vychovatelé nebo noční, že mají nějaký zdravotní problém. Někdy přijdou děcka i samy, ale to jsou většinou prkotiny. Přijdou si zalepit i malá škrábnutí“.

Otázka č. 4 z rozhovorů: Jak byste zhodnotila spolupráci s Vašimi kolegy, kteří jsou členové týmu?

Sociální pracovníci se shodovaly v nejčastější komunikaci s vedením domova a s vychovateli. Od nich se dozvídají nejvíce informací o dětech. Samozřejmě zmínily spolupráci s rodiči, orgány sociálně právní ochrany dětí, policií ČR nebo s lékaři. Empatie a vstřícnost není v dnešní uspěchané době samozřejmostí.

POTŘEBY DÍTĚTE S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Dotazník: otázky č. 2, 5, 9, 10, 16, 20, 21.

Rozhovor: otázky č. 1, 2, 3.

Otázka č. 2: S kým pracujete ve své kanceláři?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 28 - Dotazník otázka č. 2

Otázka 2	Počet odpovědí	Odpovědi v %
S nikým	8	57,14 %
S kolegyní SP	3	21,43 %
S jinou kolegyní	3	21,43 %
Celkový součet	14	100,00 %

Modus souboru je proměnná „*S nikým*“ a relativní četnost sdílení kanceláře s kolegou na jiné pozici má hodnotu **21,43 %**. Otázka sdílení kanceláře byla položena kvůli předpokladu, že samostatná kancelář umožňuje soukromí pro rozhovory mezi sociální pracovníci a dětmi, ukotveném v Etickém kodexu sociálních pracovníků (2006), který je zmíněn v teoretické části. Na druhou stranu ze slovních vyjádření sociálních pracovníků je patrné, že pracovníci mohou naopak sdílení kanceláře oceňovat. **Sociální pracovníce 1** se zmínila o své kolegyni sociální pracovníci: „*S mojí kolegyní máme 1,5 úvazku dohromady a děláme úplně stejnou práci. Ted' je už dlouho nemocná, tak jsem tu sama*“. „*Vedle v kanceláři jsou dvě ženský a já jsem v kanclu sama. Nemám si, s kým při práci popovídat*“, posteskla si **sociální pracovníce 2**.

Otázka č. 5: Které z vypsanych poruch se vyskytují nebo se vyskytovaly u dětí ve Vašem zařízení?

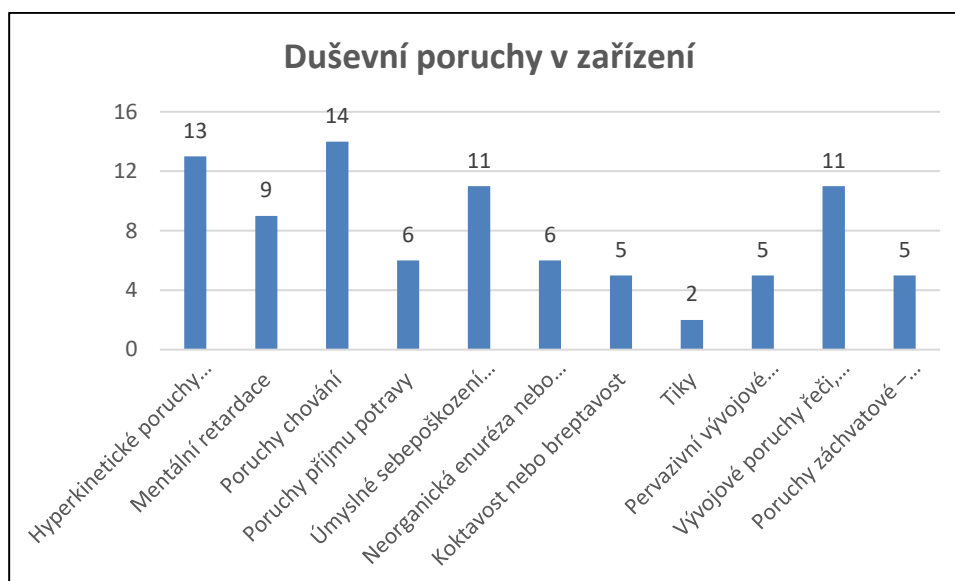
Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 29 - Dotazník otázka č. 5

Otázka 5	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Hyperkinetické poruchy	13	14,94 %
Mentální retardace	9	10,34 %
Poruchy chování	14	16,09 %
Poruchy příjmu potravy	6	6,90 %
Úmyslné sebepoškození	11	12,64 %
Enuréza, enkopréza	6	6,90 %
Koktavost, breptavost	5	5,75 %
Tiky	2	2,30 %
Pervazivní vývojové poruchy	5	5,75 %
P. řeči, škol. dovedností, motoriky	11	12,64 %
Epilepsie	5	5,75 %
Celkový součet	87	100,00 %

V grafu máme přehledně znázorněn výskyt duševních poruch. Uvědomuji si, že do této kategorie nepatří poruchy záchvatové – paroxysmální. Zařadila jsem je z důvodu účasti dětí s epilepsií v ústavní výchově, což se potvrdilo u **5,75 %** odpovědí. Ačkoli sociální pracovníci, dle zákona o sociálních službách, nesmí nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají na starosti nákup, evidenci a výdej léků pro děti, které v potřebném množství předávají vychovatelům. Pokud nedoprovází děti k pedopsychiatrovi, informace o diagnózách dětí získávají od vychovatelů nebo se je snaží dohledat na internetu podle názvu předepsaného léku, což vyplynulo z rozhovorů se sociálními pracovníci.

Graf 6 - Dotazník výsledky otázky č. 5



Otázka č. 9: Jaký je počet psychiatricky medikovaných dětí ve Vašem zařízení?

Vyberte jednu odpověď

Otázka obsahovala kromě jiných jednu otevřenou odpověď, kde 13 respondentů sdělilo počet medikovaných dětí v jejich zařízení. Pro srovnání počtu dětí s medikací a počtu dětí v zařízení uvádím získaná data v **tabulce č. 30**.

1 respondent uvedl, že nemá děti s medikací spočítány (v tabulce je prázdné políčko).

Tabulka 30 - Dotazník odpověď č. 9

Děti v zařízení	Děti s medikací
24	1
15	5
32	7
32	20
16	4
32	4
24	5
48	25
32	8
56	16
32	20
24	
40	14
37	21

Tabulka 31 - Dotazník otázka č. 9

Otázka 9	Odpovědi	Odpovědi v %
Nemám spočítáno	1	7,14 %
Není v mé kompetenci	0	0,00 %
Počet je:	13	92,86 %
Celkový součet	14	100,00 %

Tabulka 32 - Charakteristiky polohy k otázce č. 9

CHARAKTERISTIKY POLOHY:	
Minimum	1 dítě
Maximum	25 dětí
Modus	4 a 5 dětí
Průměr	12 dětí
Medián	8 dětí

Tabulka 33 - Charakteristiky variability k otázce č. 9

CHARAKTERISTIKY VARIABILITY:	
Variační rozpětí	24 dětí
Rozptyl	60,25 dětí
Směrodatná odchylka	7,76 dětí
Variační koeficient	67 %

U této číselné proměnné jsem stanovila charakteristiky polohy i variability. Překvapivým výsledkem bylo variační rozpětí **24** dětí. Takové rozpětí v počtu medikovaných dětí jsem nečekala. S největší pravděpodobností ovlivňuje počet psychiatricky medikovaných dětí druh školského zařízení. V dětských domovech je obvykle méně duševních poruch, protože tyto děti navštěvují běžné základní školy a musí být většinou samostatné. Naopak v dětských domovech se školou a výchovných ústavech je dětí s poruchami chování i jinými diagnózami více.

Otázka č. 10: Prostřednictvím koho k vám přichází NEJVÍCE informací o chování či potížích dítěte?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 34 - Dotazník otázka č. 10

Otázka 10	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Vychovatelé	13	92,86 %
Vedoucí vychovatel	0	0,00 %
Psycholog	0	0,00 %
Etoped	1	7,14 %
Sociální pracovník	0	0,00 %
Výchovný poradce	0	0,00 %
Vedení domova	0	0,00 %
Jiná odpovědná osoba:	14	100,00 %

Zde je vidět, že ačkoli v zařízeních fungují multidisciplinární týmy, tak jsou to pořád vychovatelé, kteří mají o dítěti maximum informací, jelikož s ním tráví nejvíce času. Relativní četnost **92,86 %** je obdivuhodná a vše vypovídající. Vědomosti vychovatelů o dětech potvrdily **sociální pracovníci 1** „Když něco potřebuji vědět ohledně dítěte, tak mi poradí vychovatelé“. A také **sociální pracovníci 2**: „Když je nový příjem, tak hned první den předám informace o dítěti včetně potřebné dokumentace vychovatelům“. Pravděpodobně jedinou odpověď zaškrtnla **sociální**

pracovnice 3, která mi v rozhovoru sdělila: „*Nejvíc informací o holkách se dozvídám od paní etopedky, ale je jasný, že spolupracuju i s ostatními. S vychovateli, s psychologkou, s vedoucí vychovatelkou i s vedoucí učitelkou*“.

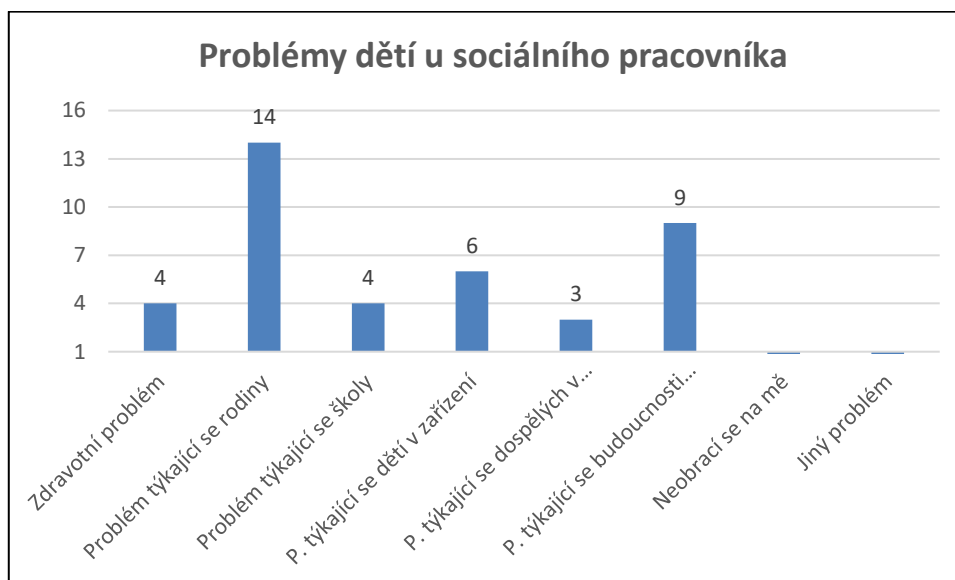
Otázka č. 16: Se kterými problémy se na Vás děti obrací se žádostí o pomoc?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 35 - Dotazník otázka č. 16

Otázka 16	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Zdravotní problém	4	10,00 %
Problém: rodina	14	35,00 %
Problém: škola	4	10,00 %
Problém: děti v zařízení	6	15,00 %
Problém: dospělí v zařízení	3	7,50 %
Problém: budoucnost	9	22,50 %
Neobrací se na mě	0	0,00 %
Jiný problém	0	0,00 %
Celkový součet	40	100,00 %

Graf 7 - Dotazník výsledky otázky č. 16



Ve všech sledovaných zařízeních navštěvují děti sociálního pracovníka s problémy týkající se rodiny a rodinných záležitostí. S rodiči pracovník řeší chování dítěte a dovolenky na prázdniny a víkendové dny. Modus **Problém: rodina** je tímto důkazem.

Otázka č. 20: Které z následujících sociálních služeb jste někdy využili pro děti s duševním onemocněním při jejich odchodu ze zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Tabulka 36 - Dotazník otázka č. 20

Otázka 20	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Centra DS	0	0,00 %
Stacionáře	0	0,00 %
Domovy pro OZP	6	24,00 %
Chráněné bydlení	7	28,00 %
Domy na půl cesty	12	48,00 %
Celkový součet	25	100,00 %

Pozoruhodným úkazem se stal ve výsledcích odpovědí modus **Domy na půl cesty**. Představuje totiž pobytovou sociální službu, která působí v Kraji Vysočina pouze jedna jediná (Registr poskytovatelů sociálních služeb). A tento fakt nebrání sociálním pracovníkům využívat pro děti zmíněnou službu sociální prevence.

Centra denních služeb a denní stacionáře jsou ambulantní forma poskytovatelů sociálních služeb, proto se pravděpodobně nevyužívají školskými zařízeními. Ačkoliv týdenní stacionáře jsou pobytovou službou, nevyužívají se také.

Sociální pracovníce 1 konstatovala: „Není to dlouho, kdy od nás šel chlapec do chráněného bydlení do Hrotovic“. **Sociální pracovníce 3** vyjádřila těžkosti sociální práce v souvislosti s odchodem dětí z ústavního zařízení: „Když chceme umístit dítě se zdravotním postižením je to většinou problém“.

Otázka č. 21: Jaký je Váš názor na dostupnost sociálních služeb pro děti s duševním onemocněním ve Vašem okolí?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 37 - Dotazník otázka č. 21

Otázka 21	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Výborná	0	0,00 %
Průměrná	4	28,57 %
Nedostatečná	7	50,00 %
Neumím posoudit	3	21,43 %
Celkový součet	14	100,00 %

Systém péče o lidi s duševním onemocněním vyžaduje koordinaci mnoha stran. Sociální služby jsou nedílnou součástí. U dětí odcházejících z ústavní výchovy je situace o to těžší, že síť podpory není úplná. I přesto, že jde o mladého dospělého člověka, tak vzhledem k duševní poruše, jsou jeho možnosti svépomoci omezené. Zároveň mnohdy také pomoc rodiny nebo blízkých absentuje. Proto často musí nastoupit systém služeb duševního zdraví. Zkušenosti sociálních pracovníků však bohužel vykazují jejich nedostatečnou dostupnost v nelichotivé výši **50 %**, což pravděpodobně souvisí také s nedostačující kapacitou jednotlivých sociálních služeb.

Otázka č. 1 z rozhovorů: Popište mi, prosím, Váš běžný den v práci? Máte čas na přímý kontakt s dětmi?

„Děti s psychiatrickými diagnózami chodí se mnou k lékaři, a to se vždycky dozvím věci. Jsou buď hodně zamilovaní nebo z velké lásky nešťastní“, s úsměvem říká sociální pracovníce 2. Po většinu dne sociální pracovníce se věnují administrativní činnosti, která je kromě zdravotních záležitostí téměř stejná jak u zdravých dětí, tak u dětí s duševním onemocněním

Otázka č. 2 z rozhovorů: Je třeba volit pro práci s dítětem s duševním poruchou nějakou specifickou metodu? A popřípadě jakou?

Sociální pracovníce vyprávěly o všech dětech stejně. Z jejich vyjádření vyplynulo, že se o děti s poruchami starají především etopedi a psychologové. Jedná se nejčastěji o poruchy chování a mentální retardaci. V poslední době stále častěji řeší sebepoškozování děvčat, které označily jako trend současnosti. V dětských domovech velké množství dětí s duševním onemocněním není. Setkávají se nejčastěji s mentálním postižením. S takovými dětmi mluví pomaleji, srozumitelně a úkoly zadávají po částech.

Otázka č. 3 z rozhovorů: Jak vnímáte umísťování dětí s duševním onemocněním do školských zařízení pro výkon ústavní výchovy?

Umístění dětí se zdravotním postižením do školských zařízení pro výkon ústavní výchovy vnímají sociální pracovníce jako problematické, ale v mnohých případech jako jediné řešení. *„Je jich méně, než tomu bylo dřív, ale různá postižení mají pořád“, sdělila sociální pracovníce 2. „Když k nám jdou z dětských domovů a potřebují absolvovat střední školu, tak nic nenaděláme. Vyučit se musí“, tvrdí sociální pracovníce 3.*

SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Dotazník: otázky č. 1, 3, 8.

Rozhovor: otázky č. 2, 3, 5.

Otázka č. 1: Jak dlouho pracujete v zařízení?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 38 - Otázka č. 1

Otázka 1	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Méně než rok	0	0,00 %
1-5 let	3	21,43 %
6-10 let	3	21,43 %
Více než 10 let	8	57,14 %
Celkový součet	14	100,00 %

Z odpovědí respondentů na otázku týkající se délky zaměstnání na pozici sociálního pracovníka vyplývá vysoká četnost ve více než desetileté délce pracovního poměru sociálních pracovníků, kde byla spočítána absolutní četnost **8** a relativní četnost **57,14 %**. Kumulativní absolutní četnost pro pracovní poměr v rozmezí 5-10 let je **6** odpovědí. Převažující délka výkonu profese nad 10 let může poukazovat na velké zkušenosti pracovníků, také by bylo možné ji interpretovat jako vysokou loajalitu vůči zaměstnavateli, současně může poukazovat na rigiditu. Délka praxe nad 10 let bývá také spojována s rizikem syndromu vyhoření. Některé sociální pracovnice doplnily i slovní odpověď: „*Jsou dny, kdy mám chuť s tím seknout, protože mám pocit, že všechno na mě padá,*“ říká **sociální pracovnice 3**. Svoji práci však vykonávají s láskou, což je patrné z výroku sociální **pracovnice 2**: „*Tuhle práci dělám už fakt dlouho, mám rok a půl do důchodu, ale myslím si, že ještě nepůjdu.*“

Otázka č. 3: Kolik sociálních pracovníků pracuje v zařízení?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 39 - Dotazník otázka č. 3

Otázka 3	Počet odpovědí	Odpovědi v %
SP pro celé zařízení	9	64,29 %
SP pro každé pracoviště	0	0,00 %
Více SP pro 1 pracoviště	3	21,43 %
Jiná odpověď	2	14,29 %
Celkový součet	14	100,00 %

Varianta d) *Jiná odpověď* byla otevřená. Odpověděli na ni dva respondenti a jejich odpovědi uvádím v tabulce č. 40.

Tabulka 40 - Dotazník odpověď č. 3

Respondent	Odpověď
1.	Nemáme
2.	Žádný sociální pracovník

Relativní četnost jednoho sociálního pracovníka ve zkoumaném vzorku zařízení je **64,29 %**. V charakteristice polohy je modus „**1 sociální pracovník**“. Alarmujícím zjištěním byl fakt, že v našem kraji chybí sociální pracovníci ve dvou školských zařízeních, což představuje **14,29 %** všech zařízení.

Otázka č. 8: Naše společnost dlouhodobě vykazuje nedostatek dětských psychiatrických lékařů. Jak vnímá tuto situaci Vaše zařízení?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 41 - Dotazník otázka č. 8

Otázka 8	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Nedostatek nevnímáme	0	0,00 %
Nedostatek jsme zaznamenali	11	78,57 %
Nedostatek je akutní	3	21,43 %
Lékaře nepotřebujeme	0	0,00 %
Celkový součet	14	100,00 %

Nedostatek dětských psychiatrických lékařů v České republice je dlouhodobý všem známý fakt, což potvrzuje vysoká hodnota relativní četnosti odpovědí **78,57 %**. V registru poskytovatelů zdravotnické péče můžeme najít ambulantní i lůžková zařízení, poskytující lékařskou péči podle zadaného území, kde mohou hledat **3** sociální pracovníci zařízení, jež nemají psychiatrického lékaře pro své duševně nemocné děti. Kraj Vysočina jako jeden z mála disponuje hned dvěma psychiatrickými nemocnicemi pro malé pacienty, kterých bohužel přibývá.

Otázka č. 14: Domníváte se, že dítě s duševním onemocněním má ve vašem zařízení kvalitnější a rozsáhlejší péči než dítě bez duševního onemocnění?

Vyberte jednu odpověď

Tabulka 42 - Dotazník otázka č. 14

Otázka 14	Počet odpovědí	Odpovědi v %
Určitě ano	1	7,14 %
Asi ano	4	28,57 %
Asi ne	3	21,43 %
Určitě ne	5	35,71 %
Nedokážu zhodnotit	1	7,14 %
Celkový součet	14	100,00 %

Z odpovědí vyplývá, že hodnoty aktuálních četností se významně neliší, přesto názor sociálních pracovníků není jednotný. Vzhledem k tomu, že kromě farmakologické léčby duševních onemocnění jsou vhodné i terapie (Mahrová, Venglářová, 2008) považují za přínosné mít ve školském zařízení odborníka, jakým je například psycholog nebo etoped. Podle zákona o výkonu ústavní výchovy jsou děti s poruchami chování umístěny do dětských domovů se školou nebo do výchovných ústavů. A právě proto v těchto zařízeních jsou zaměstnání odborníci častěji než v dětských domovech. A tudíž se domnívám, že nejčastější odpověď „**Určitě ne**“ pochází z jednoho druhu zařízení, kterým je dětský domov, jelikož bez odborníků kvalita péče klesá. Na odpověď „Určitě ne“ je také možné nahlédnout tak, že v zařízeních všem dětem je poskytována stejná péče.

Otázka č. 2 z rozhovorů: Je třeba volit pro práci s dítětem s duševní poruchou nějakou speciální metodu? Popřípadě jakou?

Výpověď **sociální pracovníce 1** tento stav dokazuje: „*Žádné speciální metody nepoužívám. Děcka si chtějí hlavně povídat. Tady spíš chybí psycholog*“. Údaje ze Statistické ročenky školství (MŠMT, 2021), zmíněné v kapitole „Duševní onemocnění“ v tabulce č. 5, uvádí mimo jiné počty mentálního postižení, poruch chování a vývojových poruch řeči, školních dovedností nebo motorických funkcí, které jsou zařazeny do duševních onemocnění. Péče o tyto děti by měla být v ústavních zařízeních maximální.

Nedostatek péče vyjadřuje také **sociální pracovníce 2**: „*Když je dítě psychiatricky léčené, tak musíme všichni počítat s těmi jejich výkyvy nálad. Teď máme novou doktorku, která skoro všem změnila léky, a to není skoro den, kdy tu není nějaký afekt dítěte. Tohle by se mělo dělat postupně, protože při osmi děčkách na skupině se ti vychovatelé nemůžou věnovat individuálně každému, kdo to potřebuje*“.

Otázka č. 3 z rozhovorů: Jak vnímáte umisťování dětí s duševním onemocněním do školských zařízení pro výkon ústavní výchovy?

Názor sociálních pracovníků se liší dle typu zařízení. V dětských domovech drží více pospolu, děti se tolik nehádají a pomáhají si. Když se do jejich zařízení dostane tzv. „náročnější“ dítě, jehož výchova narušuje chod domova, tak se vedení domova požádá o přeložení do dětského domova se školou nebo do výchovného ústavu. Záleží na věku a potížích dítěte.

Ve výchovných ústavech jsou většinou děti 3 roky nebo i méně do doby vyučení nebo dosažení plnoletosti. Disponují také odborníky jako je etoped a psycholog nebo zdravotní sestra, tudíž děti s duševním i jiným onemocněním berou jako normu.

Otázka č. 5 z rozhovorů: Jak nahlížíte na činnosti sociálních pracovníků ve školských zařízení? Myslíte si, že jsou shodné ve všech zařízeních?

Pohled na personální zastoupení sociálními pracovníky v zařízeních je různorodý. „Ve všech domovech to není stejné. Mám dost kamarádek sociálních pracovníků a vím, že většinou jsou dvě a já to tady musím zvládnout sama,“ líčí sociální pracovnice 2. Zároveň dodává: „Jsem tu už dlouho a za chvíli jdu stejně do důchodu, ale nemám školu, tak nemohu být vedena jako sociální pracovnice“. Pokud má školské zařízení odloučená pracoviště můžou i ta mít svůj management, tak, jak zmiňuje sociální pracovnice 3: „My máme ještě 2 pracoviště, kde jsou taky sociální pracovnice a vedoucí pracovníci. Je to tak lepší“.

4.6 Závěry výzkumného šetření

Úlohou výzkumného šetření bylo naplnění stanoveného cíle, jehož předmětem bylo **popsat roli sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu zaměřeném na děti s duševním onemocněním a shrnout činnosti sociálních pracovníků v zařízeních pro výkon ústavní výchovy Kraje Vysočina**. Pro samotný sběr dat jsem zvolila dotazníkové šetření a polostrukturované rozhovory. O vyplnění dotazníků byli požádáni všichni sociální pracovníci 13 zařízení v Kraji Vysočina. Dotazník vyplnilo 14 sociálních pracovníků, 5 pracovníků se výzkumu nezúčastnilo. Respondenty rozhovorů se staly 3 sociální pracovnice jednotlivých druhů školských zařízení pro výkon ústavní výchovy Kraje Vysočina (dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav), které mají více než 10letou praxi a zastupují různé počty sociálních pracovníků v jednom zařízení (žádný, jeden, dva).

Na základě provedené analýzy získaných dat **kvantitativního i kvalitativního výzkumu** jsem určila čtyři tematické okruhy (multidisciplinární tým, působení sociálního pracovníka, potřeby dítěte s duševním onemocněním, silné a slabé stránky profese sociálního pracovníka), jež se vztahují k dílčím cílům a v jejichž kontextu budu prezentovat výsledky výzkumu. Ty následně povedou k naplnění hlavního cíle bakalářské práce, čímž je popis role sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu a shrnutí jejich kompetencí ve školských zařízeních se zaměřením na děti s duševním onemocněním.

Multidisciplinární tým

Dotazované sociální pracovnice potvrdily, že kolegalita a dobré klima v rámci multidisciplinárního týmu je prioritou. Členové multidisciplinárního týmu se liší podle druhu školského zařízení. Jinak fungují dětské domovy, dětské domovy se školou či výchovné ústavy. V dětských domovech většinou nejsou odborníci na poruchy chování nebo na psychické potíže. Pramení to z cílové skupiny dětí, které jsou do tohoto zařízení umisťovány. Nejčtenější zastoupení v multidisciplinárním týmu má vedení domova a vychovatelé. V závěsu jsou vedoucí vychovatelé a sociální pracovníci. V některých typech zařízení mají psychologa a etopeda. Na vrcholu týmu stojí vychovatelé, kteří jsou v kontaktu s dětmi nejčastěji. Nezastupitelnou úlohu mají ředitelé zařízení, které vidí sociální pracovníci také jako poradce dětí před odchodem do samostatného života. Vše důležité o dětech se projednává na pedagogických radách a poradách, kde probíhá i hlasování, když členové týmu nejsou v názorech na péči o dítě jednotní.

Působení sociálního pracovníka

Činnosti sociálních pracovníků podle výsledků dotazníkového šetření jsou téměř shodné. Chybí mi však plný počet zvolených odpovědí u pohovoru s dítětem při příjmu do zařízení. První kontakt je považován za klíčový pro navázání kontaktu a další spolupráci s novým dítětem. Naopak hovory s rodiči o všem, co se týká jejich dítěte, jsou běžnou činností všech sociálních pracovníků. A s tím souvisí znalost rodiny a rodinného zázemí, protože děti nejvíce navštěvují sociálního pracovníka právě z důvodu problémů týkajících se rodiny. Dále s ohledem na fakt, že do školských zařízení jsou umisťovány děti s různorodými handicapy, patří mezi dovednosti sociálních pracovníků ve školských zařízeních přehled sociálních služeb v okolí a jejich dostupnost.

Povinností sociálních pracovníků je vedení veškeré agendy týkající se dětí. Proto velmi překvapujícím výsledkem bylo zjištění, že čtyři sociální pracovníci nevedou evidenci dětí

s duševním onemocněním. Každý rok zveřejňuje MŠMT statistické údaje o výkonových ukazatelích ve školských zařízeních zahrnující také počty osob se zdravotním postižením. Vzhledem k neexistenci evidence, získávají sociální pracovníci potřebná data pravděpodobně v daném okamžiku statistického sčítání.

Sociální pracovník má ve své péči takový počet dětí, který se shoduje s počtem dětí v zařízení. Každé odloučené pracoviště výchovného ústavu v našem kraji, má svoji sociální pracovníci. však i extrém, kdy v případě dětského domova a jeho odloučených dvou pracovišť má jedna sociální pracovníce na starosti obě budovy s příliš velkým množstvím dětí. Nejpříznivější situace se objevila v dětském domově, kde byly dvě sociální pracovníce, které měly dohromady jedno pracoviště a děti mohly spolupracovat s kteroukoli z nich. Z výzkumného šetření vyplynulo, že dvě školská zařízení nemají sociálního pracovníka dle zákona o sociálních službách vůbec. V jednom případě administrativní pracovníce, v druhém případě hospodářská pracovníce, i přesto vykonávají sociální práci.

Potřeby dítěte s duševním onemocněním

Ústavní nebo ochranná výchova je nařizována také dětem s duševním onemocněním. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že první příčku duševních poruch obsadily poruchy chování. Vzhledem k charakteristice dětských domovů, do nichž nejsou umísťovány děti s poruchami chování dle zákona o výkonu ústavní výchovy, a jejich převaze ve výzkumném souboru, vede tento výsledek k zamyšlení. Druhé místo zauímají hyperkinetické poruchy a úmyslné sebepoškození nebo sebeotrávení se dělí o třetí pozici s vývojovými poruchami řeči, školních dovedností nebo motorických funkcí. Mentální retardace hned za nimi následuje.

Děti navštěvují sociálního pracovníka nejčastěji s problémy týkajícími se rodiny a rodinných příbuzných. Obsahem těchto setkání jsou většinou dovolenky. Dále se sociálním pracovníkem řeší problémy ohledně jeho budoucnosti, ale toto zahrnuje většinou administrativní úkony spojené s propuštěním.

Ačkoliv etika sociální práce vyzdvihuje respekt a bezmezný přijetí klienta, tak výsledky ukázaly, že ne všichni sociální pracovníci mohou dětem dopřát soukromí při sociální intervenci. Vzhledem ke sdílení jejich kanceláře s dalšími kolegy, setkávání s dětmi probíhá za účasti jiných osob. Výzkum však ukázal, že to neovlivňuje návštěvnost dětí u sociálního pracovníka.

Silné a slabé stránky

Bylo zjištěno, že sociální pracovník ve školském zařízení má na starosti velkou spoustu administrativních činností, které jsou uvedeny ve Vnitřním řádu (2019) jednoho nejmenovaného školského zařízení a což potvrdily i sociální pracovnice v rozhovorech. Množství této práce je často na úkor přímého kontaktu s dítětem, na který již nezbývá čas ani energie.

Četné nedostatky vyplývají z výpovědi jedné sociální pracovnice ohledně péče o děti s duševním onemocněním. Podle jejího názoru není v moci vychovatelů věnovat náležitou péči všem potřebným při kapacitě rodinné skupiny osmi dětí. Dále sociální pracovníci sdělili, že odborná péče dětem s duševním onemocněním se častěji věnuje dětem v zařízeních, kde je zaměstnán psycholog nebo etoped.

Alarmující slabou stránkou hodnotím zjištění, že s počtem sociálních pracovníků nekoresponduje adekvátně počet dětí v zařízení. Pak nastane situace, kdy sociální pracovnice jednoho zařízení má ve své kompetenci 56 dětí nebo sociální pracovník v zařízení chybí úplně.

Za silnou stránku považuji spolupráci multidisciplinárního týmu, což shodně konstatovaly tři sociální pracovnice, které se zúčastnily rozhovorů. Dále vítám absenci selektování dětí mezi více sociálních pracovníků. V případě většího počtu těchto zaměstnanců a neodloučených pracovišť, starají se společně o všechny umístěné děti. Tudiž v případě nemoci se mohou naprosto jednoznačně zastoupit a děti nemají problém s důvěrou k novému člověku.

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce je popsat roli sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu se zaměřením na děti s duševním onemocněním a shrnout jejich činnosti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy v Kraji Vysočina.

Pro komplexní pohled na postavení sociálních pracovníků v rámci mezioborové spolupráce ve školských zařízeních Kraje Vysočina bylo nutné zvolit následující dílčí cíle:

1. Dát možnost sociálním pracovníkům ve školských zařízeních vyjádřit svůj pohled na jejich profesi včetně pozitiv i negativ.
2. Zmapovat pozici sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu školských zařízení.
3. Zmapovat přístup sociálních pracovníků k dětem s duševním onemocněním v ústavních zařízeních.
4. Zjistit nejčastější duševní poruchy, které mívají děti v zařízeních ústavní výchovy.

Pro své bádání jsem použila smíšený výzkum. V rámci kvantitativní strategie to bylo dotazníkové šetření a v rámci kvalitativní strategie jsem se rozhodla pro polostrukturované rozhovory. Respondenty výzkumu byli sociální pracovníci školských zařízení ústavní péče Kraje Vysočina.

Z mého průzkumu se zdá, že v případě Kraje Vysočina, dle odpovědí respondentů, není prioritou tvořit bližší vazby mezi pracovníky a dětmi (Pacnerová, Myšková, 2016), neboť na sociálního pracovníka zpravidla připadá stejný počet dětí, jako je kapacita zařízení a jeho hlavní náplní je administrativa.

Když budu vycházet z poslání školských zařízení (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy), tak by zařízení měla poskytnout nezletilé osobě náhradní výchovnou péči s ohledem na jeho zdravý vývoj, řádnou výchovu a vzdělávání. Která osoba toto dítěti asi zajišťuje, když z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejčastěji uváděným členem multidisciplinárního týmu je ředitel zařízení, který jak známo je téměř vždy pracovně vytížen.

Výsledky dotazníků ukázaly, že sociální pracovníci obsadili třetí příčku mezi členy týmu, což shledávám jako nedostatek. Raději bych uvítala kruhovou podporu dle Jankovského (Kodymová, 2015), který vyzdvihuje sociálního pracovníka na špici multidisciplinárního týmu. Příčina je shledána v čase stráveném s dítětem. Sociální pracovníci uznávají, že vychovatelé mají navrch a že oni nejsou zdaleka tak kompetentní ve znalostech dítěte, jelikož většinu času tráví v kanceláři s papíry než s dětmi.

Není možné, aby členové multidisciplinárního týmu znali navzájem své role a kompetence, když sociální pracovník nezná ani ty své, jelikož nejsou legislativně ukotveny i přesto, že mezioborová spolupráce je pro sociální práci zásadní (Matoušek, 2011). Ve srovnání činností sociálního pracovníka (Vnitřní řád, 2019) a Katalogu prací (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) se činnosti poměrně dost liší. Zatímco dle Katalogu prací sociální pracovník provádí cílené sociální šetření včetně posuzování individuálních potřeb klienta, tak ve školském zařízení to může vypadat, že provádí spíše komplexní správní činnost v souvislosti se zajišťováním sociální agendy.

Výsledky šetření bohužel ukázaly, že sociální pracovníci ne vždy realizují sociální šetření při příjmu dítěte do zařízení, i přestože dle výsledků výzkumu tráví s nimi později čas u lékařů nebo na úřadech. Také se zdá, že následné péči se příliš nevěnují (dle výpovědi sociálních pracovníků), ačkoli sociální pracovník by měl být erudovaný v nabídce návazných služeb a jejich možnostech vzájemné kooperace pro vhodnou podporu klienta. (Matoušek, 2011).

Podařilo se mi ověřit poznámku v Katalogu prací (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), že sociální činnosti jsou zaměřené na jednotlivce, rodiny a skupiny se zvýšeným rizikem sociálního vyloučení nebo výskytem problémů v osobním nebo sociálním vývoji. Výčet problémů, které děti trápí je velký, od dětí a dospělých v zařízení až po vlastní budoucnost, ale opět je to rodina, kterou řeší nejvíce a nejčastěji. Vzhledem k riziku sociálního vyloučení dítěte by také měla být návaznost všech potřebných služeb a informací při odchodu dítěte ze zařízení pro sociálního pracovníka prioritou číslo jedna. Výpověď jedné ze sociálních pracovníček naznačuje sociální vyloučení dětí s duševním onemocněním a vede k zamyšlení: „Legislativně je to špatně udělané. Integrace a inkluze jsou pěkné věci, ale tady jsou umísťování děcka s poruchami chování, které umí být zlé. A ti, kteří se jakkoli odlišují, mají nelichotivou pozici v tom jejich gangu. Mám pocit, že si uvědomují, že sem nepatří“.

Z pohledu sociálních pracovníků vyplynulo, že dětí s duševním onemocněním je v zařízeních méně, než tomu bylo v minulosti, ale přesto není dostatek možností jim věnovat kvalitní péči, jelikož potřebují individuální péči a v některých typech zařízení chybí psycholog nebo etoped. Handicapované děti jsou pochopitelně ústředním předmětem profesního zájmu celého multidisciplinárního týmu, ale ti se také musí starat o majoritu dětí bez postižení.

Jen pro zajímavost uvádím, že tato profese je silně feminizovaná, což dokazují i výkonové ukazatele ve statistických ročenkách školství na webových stránkách MŠMT. Tento jev mě nepřekvapil, očekávala jsem ho.

Výčet duševních onemocnění pro výzkumné šetření jsem sestavila na základě srovnání údajů ze statistické ročenky školství (MŠMT) a svých vychovatelských zkušeností v ústavní výchově. Když budu vycházet opět z výkonových ukazatelů statistické ročenky školství a výsledků výzkumu, tak se potvrdilo nejen celkové snižování počtu umístěných dětí s duševním onemocněním v zařízeních ústavní výchovy, ale také pomyslné prvenství poruch. Zde vedou poruchy chování. Je to překvapující zjištění, jelikož ve výzkumném souboru převažují dětské domovy, které podle legislativního vymezení nedisponují dětmi s poruchami chování (Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy). Jsem nucena zmínit záhadný jev, který jsem zjistila ve statistických ročenkách školství, kdy v posledních letech nejsou do celkového počtu zdravotních postižení započítávány závažné a extrémní poruchy chování, jejich hodnoty jsou v tabulkách evidovány. Tudiž považuji potvrzení snižování dětí s duševním onemocněním za zkreslené.

Považuji za nedostatek, že nejsou statisticky sledovány hyperkinetické poruchy, které se v dotazníkovém šetření umístily na druhém místě, které ve statistice zaujímá mentální retardace. Vzhledem k zařazeným i jiných nesledovaných poruch se ve výzkumu mentální retardace umístila na čtvrtém místě. Mentální retardace se v zařízeních zvyšuje a dle mého názoru může být příčinou inkluze. Po zrušení základních praktických škol, se děti v běžných školách cítí opožděné v intelektových schopnostech a raději se školní docházce vyhýbají. To může následně vést k nařízení ústavní péče.

S odkazem na MKN-10 jsem sloučila vývojové poruchy řeči s vývojovými poruchami školních dovedností a motorických funkcí, které ve statistické ročence školství nejsou uvedeny vůbec. To bylo příčinou vysokého místa v žebříčku poruch. Stejný důvod mělo také sebepoškozování, které se stalo poměrně častým fenoménem dnešní mládeže. Setkala se s ním skoro všechna zařízení Kraje Vysočina.

V teoretické části jsem zmínila, že Zdravotnický deník (2019) informuje o problémech dětské psychiatrie včetně nedostatku lékařů. I přesto, že podle odborníků dostupnost a kvalita péče ve srovnání s jinými zeměmi není v České republice špatná, tak se na vyšetření většinou čeká dlouhé měsíce. Stejný názor sdílí i sociální pracovníci školských zařízení. Z dotazníků vyplývá, že třem zařízením Kraje Vysočina chybí dětský psychiatr. Vzhledem k tomu, že mají medikované děti, tak následným telefonickým dotazem jsem zjistila, že otázku respondenti nepochopili správně a dochází k externímu psychiatrickému lékaři. Kontrolní vyšetření u pedopsychiatra probíhá sporadicky. Vyšetření se nezdá dostatečné a potom s tím souvisí nevhodné změny medikací. Počet medikovaných dětí nezávisí na počtu dětí v zařízení. Rozdíl mezi zařízeními je

však obrovský. Přičítám to nejen k druhu zařízení, ale také k přístupu i osobnosti jednotlivého psychiatra.

Z vyhodnocení výše uvedených dat usuzuji, že významný potenciál sociálních pracovníků tkví v udržování zdravého klimatu v multidisciplinárním týmu. Cílem všech členů by mělo být zabezpečit komplexní péči všem dětem s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, ale zvláštní zřetel by měli věnovat přípravě dětí s duševním onemocněním pro samostatný život mimo institucionální péči.

Sociální pracovníci mají vysoký potenciál dostat se na úroveň vychovatelů v multidisciplinárním týmu. Chce to však souznění mnoha stran. Ačkoliv zákon o sociálních službách stanoví předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, aby byla zaručena standardní kvalita poskytovaných sociálních služeb, chybí legislativní ukotvení úlohy sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Pak budou zaměstnavatelé jednotní v požadavcích na svého zaměstnance a v konečné fázi potřebujeme motivaci samotných sociálních pracovníků pro více prostoru na konkrétní zaměření potřeb dítěte s definovanými cíli.

LIMITY VÝZKUMU

Za největší limit výzkumného šetření považuji nízký počet respondentů. Jelikož se bakalářská práce zabývala školskými zařízeními v Kraji Vysočina, tudíž byl proveden totální výběr. Pro dotazníkové šetření jsem oslovila všechny sociální pracovníky v zařízeních Kraje Vysočina. Pandemická situace a pracovní úraz mi zabránil provést větší počet rozhovorů se sociálními pracovníky pro bohatší výsledky šetření. Zdůrazňuji, že nelze výsledky mého výzkumu aplikovat na ostatní kraje nebo celou Českou republiku.

Mohlo dojít ke zkreslení výsledků rovněž mou nezkušeností s organizací výzkumného šetření a získání dat s co největší výpovědní hodnotou. Ověřila jsem si, že sestavení správných otázek do dotazníku i rozhovoru se zaměřením na výzkumné cíle není věcí nahodilou ani jednoduchou. Musím uznat, že jsem byla také tím výzkumníkem, který nosil v hlavě spoustu předpokladů o výsledcích a o tom co v nich nalezneme. Nepotlačovala jsem je však a spíše naopak jsem je plánovala kriticky posoudit a zhodnotit své úsudky.

Smíšený výzkum se osvědčil, jelikož přinesl hlubší vhled do dané problematiky. Nevýhoda pouze tří rozhovorů je vyvážena zpracováním dotazníků, které jsou taktéž limitující z důvodu aplikace výzkumu na Kraj Vysočina. Samozřejmě připouštím subjektivní pohled respondentů v daný okamžik, umocněný emocionálním rozpoložením, dále mylné pochopení otázek nebo ochotu

profesionálů poskytnout informace studentce. Dále jsem dospěla k názoru, že by bylo vhodnější aplikovat výzkum na jednotlivé druhy školských zařízení pro výkon ústavní výchovy, pro jejich rozdílnou strukturu zaměstnanců. I přesto, že úkolem tohoto výzkumu nebylo výsledky práce zevšeobecňovat, navrhuji zkoumat sociální práci v zařízeních ústavní péče také v dalších krajích České republiky pro objektivnější popis rolí a shrnutí kompetencí sociálních pracovníků.

Závěr

Posláním bakalářské práce bylo zmapovat sociální práci sociálních pracovníků ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Stanovila jsem hlavní cíl, kterým bylo analyzovat roli sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu zacíleném na osoby s duševním onemocněním a popsat jejich činnosti ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy v Kraji Vysočina.

Na tuto problematiku jsem se zaměřila z důvodu dlouholeté pedagogické praxe a negativní zkušenosti z odborné praxe, že sociální práce je mnohdy ve školském ústavním zařízení považována za druhořadou profesi. Navíc pracovní náplň sociálních pracovníků v těchto institucích není legislativně sjednocena.

Ve výzkumné části jsem použila smíšený výzkum, jehož přístupy jsou rovnocenné a navzájem se účelně doplňují. Výzkumnými technikami jsem zvolila dotazníkové šetření a polostrukturované rozhovory. Výzkumným souborem byli sociální pracovníci všech zařízení ústavní péče Kraje Vysočina.

Již si mohu odpovědět na mé otázky. Jak vnímají sociální pracovníci svoji profesi ve školských zařízeních? Sociální pracovníci vykonávají svoji profesi rádi, ale zároveň by rádi převahu administrativní činnosti doplnili o aktivní práci s dětmi.

Co patří mezi jejich činnosti? Nejčastější náplní pracovního dne sociálního pracovníka ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy na Vysočině je administrativní činnost a kontakt s rodinami dětí.

Jaká je jejich role v multidisciplinárním týmu? Jejich rolí v týmu je především zprostředkování a zachování kontaktu s rodinou.

Kdo v tomto týmu zaujímá nejvyšší pozici? Sociální pracovníci obsadili třetí příčku v týmu. Před nimi jsou ředitelé zařízení a vychovatelé, kteří tráví s dětmi nejvíce času.

Je péče o děti s duševním onemocněním v ústavních zařízeních ze strany sociálních pracovníků dostatečná? Určitě není, protože jednak nemají příliš času na kontakt s dítětem a jednak péči o děti s psychiatrickou poruchou přenechávají odborníkům v zařízení. Což je nejčastěji etoped nebo psycholog.

A která duševní onemocnění se v zařízeních pro výkon ústavní výchovy vyskytují nejčastěji? Nejčastějšími diagnózami ve školských zařízeních jsou hyperkinetické poruchy, poruchy chování a mentální retardace.

Z výsledků výzkumného šetření dále vyplynulo, že ve školských zařízeních dětí s duševním onemocněním ubývá, ale přesto se jim nedostává dostatek péče, protože v některých typech zařízení chybí psycholog nebo etoped. Třetina sociálních pracovníků uvedla, že nevede evidenci o počtu dětí s duševním onemocněním, přestože počet medikovaných dětí sdělila do dotazníku i do statistické ročenky školství. Profese sociálních pracovníků je feminizovaným a poměrně stálým pracovním místem, jelikož se ukázalo, že mezi respondenty byly pouze ženy a více než polovina z nich pracuje v zařízení mnoho let. Jejich přáním je rovnoměrně rozdělit přímou práci s klientem a administrativní povinnosti, kterých je převaha.

Závěry výzkumného šetření odpověděly na hlavní výzkumnou otázku. Role sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu jeví jako nerovnocenná, nejvýznamnější pozici zauímají vychovatelé. Od nich potom sociální pracovníci získávají významné informace. Bohužel se to týká i dětí s duševním onemocněním, kdy sociální pracovníci získávají informace od dětského psychiatra prostřednictvím vychovatelů. Sociální pracovníci respektují týmovou spolupráci a uvědomují si, že klima uvnitř týmu je důležité. Ačkoliv jsem to očekávala, velmi mě mrzí, že se nepotvrdila kruhová podpora, představující rovnou pracovní pozici všech členů multidisciplinárního týmu. Dotazníkové šetření však ukázalo, že navzdory nerovnému postavení sociálního pracovníka je uvnitř týmu kompetentní prostředník mezi odbornými pracovníky a rodiči. Jeho role v rodinných záležitostech je jasně prokazatelná.

Dovednosti, znalosti a postoje sociálního pracovníka jsou velmi různorodé a mají široké rozmezí. Patří sem schopnost empatie a bezpodmínečného přijetí z důvodu mnoha úskalí cílové skupiny, schopnost šetřit zdroje v reálném klientově prostředí, schopnost rozumět základním medicínským, psychiatrickým a psychologickým závěrům z vyšetření, schopnost jednání s dětmi, rodiči nebo úřady, schopnost aktivního naslouchání, schopnost vytvořit souhrn doporučení pro uspokojení potřeb dítěte v rámci zdravotně-sociální podpory a plán následné péče. Počet dětí v kompetenci sociálních pracovníků odpovídá počtu dětí v zařízení, ale nesouvisí s počtem medikovaných dětí. Potěšilo mě zjištění, že na vztah sociálních pracovníků a dětí nemá vliv sdílení kanceláře sociálních pracovníků s jinými zaměstnanci zařízení. Naopak negativním zjištěním je absence první fáze šetření, čímž je mapování, kdy při příchodu nového dítěte do zařízení sociální pracovník není přítomen.

Vzhledem k tomu, že byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka, domnívám se, že cíl bakalářské práce byl naplněn. Připouštím možné zkreslení výsledků z mé pozice nezkušeného výzkumníka ohledně nejasně nebo nevhodně položených otázek nebo z pozice subjektivních názorů respondentů, kteří mohli být ovlivněni emocionálním stavem nebo neochotou poskytnout informace studentce.

Během analýzy dat jsem dospěla k názoru, že by bylo vhodnější aplikovat výzkum na jednotlivé druhy školských zařízení pro výkon ústavní výchovy, pro jejich rozdílnou cílovou skupinu, organizační strukturu a poskytované služby. Dále pro objektivní zhodnocení role sociálních pracovníků a souhrn jejich kompetencí navrhuji zmapovat sociální práci v zařízeních ústavní péče i v dalších krajích České republiky.

Význam bakalářské práce pro vědu a praxi spatřuji v zachycení současného stavu role a kompetencí sociálního pracovníka v zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Vědecká práce by mohla být námětem k posílení postavení sociálních pracovníků vůči ostatním odborným pracovníkům v multidisciplinárním týmu. Nemám tím na mysli nadřazenost sociálních pracovníků, nýbrž jejich pozici odborníka, angažovaného v péči o dítě a stojícího na jeho straně.

Sociální pracovníci mají vysoký potenciál dostat se na úroveň vychovatelů v multidisciplinárním týmu. Chce to však souznění mnoha stran. Ačkoliv zákon o sociálních službách stanoví předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, aby byla zaručena standardní kvalita poskytovaných sociálních služeb, chybí legislativní ukotvení úlohy sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Pak budou zaměstnavatelé jednotní v požadavcích na svého zaměstnance a v konečné fázi potřebujeme motivaci samotných sociálních pracovníků pro více prostoru na konkrétní zaměření potřeb dítěte s definovanými cíli.

Dále je nutné najít osobitý styl a přístup v souladu s potřebami klientů. Překvapivě lze říci, že nejde pouze o kompetence sociálního pracovníka, ale o celou škálu okolností, mající základ v organizační struktuře a systému jednotlivých odborných pracovišť. Je třeba dostát kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce, kdy kromě cílů je třeba určit základní zásady jednotlivých činností pro práci u osob s duševním onemocněním.

Vzhledem k širokému spektru aktivit sociálních pracovníků bylo by více než vhodné legislativně sjednotit jejich kompetence v zařízeních ústavní péče, legislativně zakotvit počet sociálních pracovníků na kapacitu zařízení. Navrhuji také investiční záměry do podpory této náročné profese, což by mohlo zahrnovat přidání administrativní pracovní síly k sociálnímu pracovníkovi

na zpracovávání správní dokumentace. Nemělo by se zapomínat na práva lidí s duševním onemocněním, která musí být v praxi důsledně uplatňována a také prezentována široké veřejnosti, aby nedocházelo k jejich sociálnímu vyloučení.

„Vždyť každý počátek své kouzlo v sobě chová...” (Hesse, 1998, s. 48).

Seznam použitých zdrojů

KADRNOŽKOVÁ, Andrea. *Finanční gramotnost dětí z dětských domovů*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

BARKLEY, Russell A. *12 principles for raising a child with ADHD*. New York: The Guilford Press, 2021. ISBN 9781462542550.

BRUCH, Hilde. *Učíme se psychoterapii*. Přeložili Štěpán a Zuzana KOVAŘÍKOVI. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-447-7.

CABY, Filip a Andrea CABY. *Přehled psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1548-6.

Co je epilepsie? *O epilepsii* [online]. Praha: Společnost E, 2015 [cit. 2021-2-8]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/co-je-epilepsie/>

Formy náhradní výchovy. *Problematika náhradní výchovy* [online]. Praha: Otevřená budoucnost, 2018 [cit. 2021-1-29]. Dostupné z: <https://www.otevrenabudoucnost.cz/formy-nahradni-vychovy/>

Global definition of social work. *Mezinárodní federace sociálních pracovníků* [online]. Rheinfelden: IFSW, 2021 [cit. 2021-1-16]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

HANZL, Daniel. *Metody a techniky sociálního výzkumu: studijní text pro kombinovanou formu studia*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra sociální práce, 2014.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

HEALY, Karen. *Teorie sociální práce v kontextu: Vytváření rámců pro praxi*. 2. doplněné vydání. New York: Macmillan Education UK, 2014. ISBN 9781137024244.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HESSE, Hermann. *Stupně: Pozdní básně; Raná próza; Petr Camenzind*. Přeložil Vladimír TOMEŠ, přeložil Vratislav SLEZÁK. Praha: Argo, 1998. ISBN 80-7203-091-4.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HRUŠÁKOVÁ, Milana, Zdeňka KRÁLÍČKOVÁ a Lenka WESTPHALOVÁ. *Občanský zákoník II: rodinné právo (§ 655–975): komentář*. Praha: C.H. Beck, 2014. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-503-9.

Childrens home social worker jobs. *Career Point* [online]. Kenya, 2018 [cit. 2021-3-7]. Dostupné z: <https://www.careerpointkenya.co.ke/2018/01/childrens-home-social-worker-jobs/>

JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-749-3.

JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1993. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-662-5.

KŇAPOVÁ, Kateřina a Roman PETRENKO. Analýza mediálního obrazu ústavní výchovy v českých médiích za roky 2010-2015: Zpráva z výzkumu. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. 2016 [cit. 2021-5-7]. Dostupné z: nuv.cz/uploads/pracoviste-pro-certifikace/Analiza-medialniho-obrazu-ustavni-vychovy.pdf

KODYMOVÁ, Pavla. Sešit sociální práce. JANKOVSKÝ, Jiří. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: MPSV, 2015, (3) [cit. 2021-3-7]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf>

LEVICKÁ, Jana. *Základy sociálnej práce*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, 2004. ISBN 80-968952-3-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MAŠÁT, Vladimír. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2012. ISBN 978-80-86057-80-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

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

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2021. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-168-7.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. *Číselník diagnóz MKN-10* [online]. Praha [cit. 2021-1-8]. Dostupné z: <http://www.ciselnikdiagnoz.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Statistiky [online]. Praha, 2021 [cit. 2021-2-7]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky>

MUSIL, Libor. *"Ráda bych Vám pomohla, ale...": Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.

MUSIL, Libor. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce* [online]. Praha, 2008, (2) [cit. 2021-3-18]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/ruznorodost-pojeti-nejasna-nabidka-a-kontrola-vykonu-socialni-prace/>

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016 [cit. 2021-1-28]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/>

Nařízení vlády o katalogu prací ve veřejných službách a správě. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MPSV, 2010, ročník 2010, částka 76, číslo 222.

NOVOTNÁ, Jana. *Teorie sociální práce: skripta*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014. ISBN 978-80-87035-96-2.

NOVOTNÝ, Jan Sebastian. *Zdroje resilience a problémy s přizpůsobením u dospívajících*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2015. ISBN 978-80-7464-700-0.

ONDRUŠOVÁ, Zlatica. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-109-5.

PACNEROVÁ, Helena a Lucie MYŠKOVÁ. *Kvalita péče o děti v ústavní výchově* [online]. Praha: NÚV, 2016 [cit. 2021-1-30]. ISBN 978-80-7481-157-9. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/KVALITA_PECE.pdf

Pojem kompetence. *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. SCS.ABZ.CZ [cit. 2021-3-16]. Dostupné z: https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=kompetence&typ_hledani

Potřeby dětí se zdravotním postižením: Výstup pracovní skupiny dětí na cestě z ústavů. *Národní centrum podpory transformace sociálních služeb* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012 [cit. 2021-5-2].

Problémy dětské psychiatrie? *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 2019 [cit. 2021-2-5]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/09/problemy-detske-psychiatrie-myty-stigmatizace-nedostatek-lekaru-i-nedostatecna-spoluprace-resortu/>

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

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

Rejstřík škol a školských zařízení [online]. Praha: MŠMT, 1999 [cit. 2021-2-7]. Dostupné z: <https://rejstriky.msmt.cz/rejskol/>

ROUBÍČEK, Jiří. Šokové léčení duševních nemocí. *Česká a slovenská psychiatrie*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2007(3). ISSN 1212-0383.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.

SCHAVEL, M. *Multidisciplinárny tím v podmienkach sociálnej práce*. In Kolektiv autorů. *Multidisciplinárny prístup pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: UJEP, 2007. ISBN 978-80-7044-858-8

SILVERMAN, David. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar, 2005. ISBN 8055109044.

SKALKOVÁ, Jarmila. *Kategorie cíle, kompetence, jejich vzájemný vztah a význam pro obsah vzdělávání v kontextu současnosti* [online]. In: . ORBIS SCHOLAE, 2007 [cit. 2021-3-18]. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/5294/OS_1_1_0007.pdf

SMUTNÁ, Marie. Role sociálního pracovníka. *Operační program lidské zdroje a zaměstnanost* [online]. Tábor: MPSV, 2014 [cit. 2021-1-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Smutna.pdf/>

ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VOJTÍŠEK, Petr. *Evaluace v praxi sociální práce – Praktický průvodce pro sociální pracovníky*. *Sociální práce* [online]. Praha, 2021, (2) [cit. 2021-3-17]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/evaluace-v-praxi-socialni-prace-prakticky-pruvodce-pro-socialni-pracovniky/>

Výchova dětí v minulosti byla zcela jiná. Moderní generace toho moc neumí. *Svět kreativity* [online]. 2016 [cit. 2021-3-16]. Dostupné z: <https://svetkreativity.cz/vychova-deti-za-socialismu-byla-zcela-jina-moderni-generace-toho-moc-neumi/>

Statistická ročenka školství – Výkonové ukazatele. *Vzdělávání* [online]. Praha: MŠMT, 2020 [cit. 2021-1-28]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/statisticka-rocenka-skolstvi-vykonove-ukazatele>

ŠÁMALOVÁ, Kateřina an Igor TOMEŠ, ed. *Řízení sociálních procesů v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4180-5.

URBAN, David. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

Usnesení vlády č. 1082: Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2001 [online]. Vláda České republiky, 2001 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-lidska-prava-cr/zprava2001_1.pdf

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vnitřní řád. *DDSS Jihlava* [online]. Jihlava, 2019 [cit. 2021-1-29]. Dostupné z: <https://www.ddssjihlava.cz/dokumenty.php>

Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. Praha: MPSV, 2006, ročník 2006, částka 164, číslo 505.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. Praha: Sbírka zákonů, 2021 [cit. 2021-1-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů č. 109/2002. *Zákony pro lidi* [online]. Praha: Sbírka zákonů, 2021 [cit. 2021-1-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. Praha: Sbírka zákonů, 2021 [cit. 2021-1-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. Praha: Sbírka zákonů, 2021 [cit. 2021-1-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

Zákon občanský zákoník č. 89/2012 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. Praha: Sbírka zákonů, 2021 [cit. 2021-1-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

Přílohy

Příloha 1 Duševní poruchy dle MKN-10

Příloha 2 Finální verze dotazníku před uvedením do online podoby

Příloha 3 Email pro ředitele školských zařízení

Příloha 4 Dopis pro sociální pracovníky

Příloha 5 Otázky pro kvalitativní rozhovor

PŘÍLOHA 1 – Duševní poruchy dle MKN-10

PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00-F99)

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha (ÚZIS 2019, s. 191)

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2021. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-168-7.

PŘÍLOHA 2 – Finální verze dotazníku před uvedením do online podoby

SOCIÁLNÍ PRÁCE S DĚTMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ NA VYSOČINĚ

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

Na základě tohoto průzkumu chci zmapovat náročnou sociální práci v ústavní výchově a dát možnost vyjádřit se sociálním pracovníkům na možnosti jejich vlivu na děti s duševním onemocněním.

Děkuji Vám, že se zúčastníte.

1) Jak dlouho pracujete v zařízení?

Vyberte jednu odpověď

- a) méně než 1 rok
- b) 1–5 let
- c) 6–10 let
- d) více než 10 let

2) S kým pracujete ve své kanceláři?

Vyberte jednu odpověď

- a) s nikým
- b) s kolegou/-yní sociální pracovnící
- c) s kolegou/-yní na jiné pozici

3) Kolik sociálních pracovníků pracuje v zařízení?

Vyberte jednu odpověď

- a) jeden sociální pracovník pro celé zařízení
- b) jeden sociální pracovník pro každé pracoviště
- c) více sociálních pracovníků pro jedno pracoviště
- d) jiná odpověď:

4) Kdo tvoří ve Vašem zařízení multidisciplinární tým?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) vychovatelé
- b) vedoucí vychovatel
- c) psycholog
- d) etoped
- e) sociální pracovník
- f) výchovný poradce
- g) vedení domova (zástupce ředitele, ředitel)
- h) jiná odpovědná osoba:

5) Které z vypsanych poruch se vyskytují nebo se vyskytovaly u dětí ve Vašem zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) hyperkinetické poruchy (ADHD, ADD)
- b) mentální retardace
- c) poruchy chování
- d) poruchy příjmu potravy
- e) úmyslné sebepoškození nebo sebeotrávení
- f) neorganická enuréza nebo enkopréza
- g) koktavost nebo breptavost
- h) tiky
- i) pervazivní vývojové poruchy (autismus, Rettův či Aspergerův syndrom)
- j) vývojové poruchy řeči, školních dovedností nebo motorických funkcí
- k) poruchy záchvatové – paroxysmální (epilepsie)

6) Vedete evidenci o počtu dětí s diagnózami duševních poruch?

Vyberte jednu odpověď

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nemám na starosti

7) Vyberte jednu osobu, která NEJČASTĚJI spolupracuje s dětským psychiatrem?

Vyberte jednu odpověď

- a) vychovatelé
- b) vedoucí vychovatel
- c) psycholog
- d) etoped
- e) sociální pracovník
- f) výchovný poradce
- g) vedení domova (zástupce ředitele, ředitel)
- h) jiná odpovědná osoba:

8) Naše společnost dlouhodobě vykazuje nedostatek dětských psychiatrických lékařů.

Jak vnímá tuto situaci Vaše zařízení?

Vyberte jednu odpověď

- a) nedostatek nevnímáme, dětského psychiatra si můžeme vybrat z několika lékařů
- b) nedostatek jsme zaznamenali, jsme rádi, že máme svého psychiatrického lékaře
- c) nedostatek je opravdu akutní, psychiatrického lékaře nemáme
- d) psychiatrického lékaře nepotřebujeme
- e) nic z výše uvedeného

9) Jaký je počet psychiatricky medikovaných dětí ve Vašem zařízení?

Vyberte jednu odpověď

- a) nevím, není v mé kompetenci
- b) nevím, nemám spočítáno
- c) počet je:

10) Prostřednictvím koho k vám přichází NEJVÍCE informací o chování či potížích dítěte?

Vyberte jednu odpověď

- a) vychovatelé
- b) vedoucí vychovatel
- c) psycholog
- d) etoped
- e) sociální pracovník
- f) výchovný poradce
- g) vedení domova (zástupce ředitele, ředitel)
- h) jiná odpovědná osoba:

11) Projednávají se na pedagogických radách/poradách mimo jiné i zdravotní potíže dětí?

Vyberte jednu odpověď

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nejsem na poradách přítomen/na

12) Sebepoškozování dětí je poměrně častým psychickým problémem. Jak je řešeno ve Vašem zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) přivolání RZS
- b) přivolání Policie ČR nebo Městské policie
- c) kontaktování praktického lékaře nebo pedopsychiatra
- d) pohovor s odborníkem (etoped, psycholog)
- e) pohovor se sociálním pracovníkem
- f) pohovor s pedagogickým pracovníkem (vychovatel, vedoucí vychovatel)
- g) výchovné opatření
- h) žádné řešení
- i) nemáme s touto situací zkušenosti
- j) jiné řešení:

13) S duševním onemocněním často souvisí i fyzická agrese. Jak je u vás řešeno například napadení vychovatele dítětem? Vyberte i více možností.

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) přivolání RZS
- b) přivolání Policie ČR nebo Městské policie
- c) kontaktování pedopsychiatra
- d) hospitalizace dítěte v psychiatrické nemocnici
- e) přemístění dítěte do jiného školského zařízení
- f) změna medikace
- g) nemáme s touto situací zkušenosti
- h) jiné řešení:

14) Domníváte se, že dítě s duševním onemocněním má ve vašem zařízení kvalitnější a rozsáhlejší péči než dítě bez duševního onemocnění?

Vyberte jednu odpověď

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nedokážu zhodnotit

15) Jak často chodí za Vámi děti se svými problémy?

Vyberte jednu odpověď

- a) každý den
- b) téměř každý den – několikrát v týdnu
- c) občas – několikrát během 14 dnů
- d) sporadicky – několikrát v měsíci
- e) méně často
- f) nikdy

16) Se kterými problémy se na Vás děti obrací se žádostí o pomoc?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) zdravotní problém
- b) problém týkající se rodiny

- c) problém týkající se školy
- d) problém týkající se dětí v zařízení
- e) problém týkající se dospělých v zařízení
- f) problém ohledně budoucnosti dítěte
- g) neobrací se na mě
- h) jiný problém:

17) Které z vypsaných sociálních činností mimo jiné vykonáváte?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) pohovor s dítětem při příjmu do zařízení
- b) hovory s rodiči ohledně zdravotního stavu dítěte
- c) hovory s rodiči ohledně chování dítěte v zařízení nebo na dovolenkách
- d) hovory s rodiči ohledně propuštění či přemístění dítěte
- e) návštěvy lékařů s dětmi
- f) doprovod dětí na úřady
- g) pohovor s dítětem ohledně jeho možností dalšího rozvoje po propuštění
- h) ošetřování dítěte v době nemoci
- i) pomoc s výchovou, hygienou, oblékáním nebo stravováním dítěte
- j) žádné z výše uvedených

18) Kolik dětí máte ve své kompetenci?

Vyberte jednu odpověď

- a) opravdu nevím
- b) počet je:

19) S kým řeší dítě s duševním onemocněním své možnosti při ukončení pobytu v zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) vychovatelé
- b) vedoucí vychovatel
- c) psycholog
- d) etoped

- e) sociální pracovník
- f) výchovný poradce
- g) vedení domova (zástupce ředitele, ředitel)
- h) žádná osoba
- i) jiná odpovědná osoba:

20) Které z následujících sociálních služeb jste někdy využili pro děti s duševním onemocněním při jejich odchodu ze zařízení?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) centra denních služeb
- b) denní nebo týdenní stacionáře
- c) domovy pro osoby se zdravotním postižením
- d) chráněné bydlení
- e) domy na půl cesty

21) Jaký je Váš názor na dostupnost sociálních služeb pro děti s duševním onemocněním ve Vašem okolí?

Vyberte jednu odpověď

- a) výborná dostupnost
- b) průměrná dostupnost
- c) nedostatečná dostupnost
- d) neumím posoudit

22) Závěrem otázka na ideální pozici sociálního pracovníka podle Vašeho přání.

Vyberte jednu odpověď

- a) „pasivní“ sociální práce (administrativní činnosti)
- b) „aktivní“ sociální práce s dětmi (pohovory, doprovody)
- c) kombinovaná forma sociální práce

PŘÍLOHA 2 – Email pro ředitele školských zařízení

Vážená paní ředitelko / vážený pane řediteli.

Uvědomuji si, že v této nelehké době je Váš čas velmi vzácný, proto nechci obtěžovat dlouhým psaním.

Jsem vychovatelkou ve školském zařízení v kraji Vysočina a zároveň studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava v oboru Zdravotně sociální pracovník. Jelikož si vážím práce všech osob, kteří se věnují náročnému sociálnímu oboru a současně se domnívám, že v ústavních institucích je těchto pracovníků nedostatek, rozhodla jsem se vypracovat výzkum o sociální práci ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy na Vysočině.

A vzhledem k tomu, že Kraj Vysočina, s ohledem na počet ústavních zařízení, je vhodným reprezentativním výzkumným vzorkem, budu ráda za každou organizaci, účastníci se mého výzkumu, aby nedošlo ke zkreslení údajů.

Proto Vás, prosím, o předání přiloženého souboru s online dotazníkem všem sociálním pracovníkům Vašeho zařízení v co nejkratším termínu. Jeho vyplnění 22 otázek Vašimi zaměstnanci zabere přibližně 10 minut.

Pokud budete mít zájem o výsledky výzkumu, napište mi, prosím, na email andrea.603@seznam.cz nebo volejte na číslo 603 814 586.

V případě, že se rozhodnete výzkumu se nezúčastnit, prosím, dejte mi vědět na výše uvedené kontakty.

S úctou a přáním pevného zdraví Bc. Andrea Kadrnožková

PŘÍLOHA 3 – Dopis pro sociální pracovníky

Dobrý den.

Jsem vychovatelkou ve školském zařízení v kraji Vysočina a zároveň studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava v oboru Zdravotně sociální pracovník. Jelikož si vážím práce všech osob, kteří se věnují náročnému sociálnímu oboru a současně se domnívám, že v ústavních institucích je těchto pracovníků nedostatek, rozhodla jsem se vypracovat výzkum o sociální práci ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy na Vysočině.

A vzhledem k tomu, že Kraj Vysočina, s ohledem na počet ústavních zařízení, je vhodným reprezentativním výzkumným vzorkem, budu ráda za každou organizaci, účastnící se mého výzkumu, aby nedošlo ke zkreslení údajů.

Proto Vás prosím o vyplnění online dotazníku všemi sociálními pracovníky. Jeho vyplnění 22 otázek Vám zabere přibližně 10 minut.

Pokud budete mít jakékoli dotazy, napište mi, prosím, na email andrea.603@seznam.cz nebo volejte na číslo 603 814 586.

Dotazník stačí otevřít a jeho odeslání proběhne na můj email automaticky po kliknutí „Odeslat“ v závěru dotazníku.

<https://www.survio.com/survey/d/Y4X2E0X1B9R5I9E7U>

Prosím o dodržení termínu vyplnění do 14.3.2021.

S poděkováním za laskavost a přáním pevného zdraví Bc. Andrea Kadrnožková

PŘÍLOHA 5 – Otázky pro kvalitativní rozhovor

OTÁZKY pro sociální pracovníky:

1. Popište mi, prosím, Váš běžný den v práci? Máte čas na přímý kontakt s dětmi?
2. Je třeba volit pro práci s dítětem s duševní poruchou nějakou speciální metodu, jakou?
3. Jak vnímáte umísťování dětí se zdravotním postižením do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy?
4. Jak byste zhodnotila spolupráci s Vašimi kolegy, kteří jsou členové multidisciplinárního týmu?
5. Jak nahlížíte na činnosti sociálního pracovníka ve školských zařízeních? Myslíte si, že jsou shodné ve všech zařízeních ústavní výchovy?