

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

**VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ VYBRANÉ ORGANIZACE
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO PODPORU LIDÍ S
DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Alena Křenková

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Jihlava 2025

Místo této stránky vložte list zadání vygenerovaný Informačním systémem

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na další vzdělávání pracovníků, kteří poskytují podporu osobám s duševním onemocněním. Téma zdůrazňuje význam profesionální přípravy zaměstnanců na pozicích sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, kteří hrají klíčovou roli při zajišťování kvalitní péče o klienty. Výzkum sleduje, jak vzdělávání ovlivňuje profesní růst pracovníků a kvalitu poskytované péče. Cílem je, aby vzdělávání bylo prakticky využitelné a pomáhalo pracovníkům lépe podporovat lidi s duševním onemocněním. Zjištění výzkumu přinášejí podněty pro optimalizaci vzdělávacího systému v oblasti sociálních služeb. Podle odpovědí participantů je další vzdělávání vnímáno jako významný nástroj profesního rozvoje a inovací vedoucích ke zkvalitnění péče. Praktické prvky vzdělávání jsou hodnoceny výrazně pozitivně, zatímco teoretický obsah je vnímán jako méně účinný.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, kvalita péče, pracovník v sociálních službách, profesní rozvoj, sociální pracovník, sociální služby, vzdělávání.

Abstract

The thesis focuses on continuing education for professionals who provide support to people with mental illness. The topic highlights the importance of professional training for employees in the roles of social workers and social service workers, who play a key role in ensuring quality care for clients. The research examines how education influences the professional development of workers and the quality of care provided. The aim is to make education practically applicable and to help workers better support people with mental illness. The findings of the research offer suggestions for optimizing the educational system in social services. According to participants' responses, continuing education is perceived as an important tool for professional growth and innovation leading to improved care. Practical elements of education are evaluated very positively, while theoretical content is considered less effective.

Keywords

Mental illness, Quality of care, Social services worker, Professional development, Social worker, Social services, Education

Prohlašuji, že předložená diplomová 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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 23. listopadu 2025

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych vyjádřila svou upřímnou vděčnost všem, kteří mě podporovali při zpracování této diplomové práce. Děkuji své vedoucí práce za cenné rady, podporu, trpělivost a odborné vedení, které mi pomohly tuto práci úspěšně dokončit. Mé díky patří také celé rodině a přátelům za pochopení a povzbuzování během celého studia.

Speciální poděkování směřuji sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách, kteří mi poskytli cenné informace a podklady pro praktickou část mé práce. Ochota sdílet své zkušenosti byla pro mě nesmírně inspirativní.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Teoretická část	12
1.1 Sociální práce.....	12
1.2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	23
1.3 Sociální služby, Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	33
2 Výzkumná část / Praktická část	39
2.1 Cíl výzkumu	39
2.2 Metodika výzkumu	39
2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	43
2.4 Diskuse.....	52
2.5 Návrhy a doporučení pro praxi.....	53
3 Závěr.....	55
4 Seznam použitých zdrojů	56
5 Přílohy	60
5.1 Příloha A – Vzor informovaného souhlasu	60
5.2 Příloha B – Scénář rozhovoru	61

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Příčiny vzniku duševních poruch.....	27
Obrázek 2 - Kapacita a personální zabezpečení služeb CSS J. Hradec k roku 2023	36

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Obor vhodného vzdělání ZSP.....	13
Tabulka 2 - Rizika při péči o osoby s duš. onemocněním.....	21
Tabulka 3 - Kritéria pro zařazení participantů do výzkumu	41
Tabulka 4 - Rozdělení participantů podle pracovní pozice a délky praxe.....	41
Tabulka 5 - Přehledová tabulka výběrového souboru	41
Tabulka 6 - Přehledová tabulka shrnující nejdůležitější výsledky výzkumu	51

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
ČSN	Česká státní norma
ČSU	Český statistický úřad
IS	Informační systém
NATO	North Atlantic Treaty Organization (Severoatlantická aliance)
OSN	Organizace spojených národů
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věd
SP	Sociální pracovník
PSS	Pracovník v sociálních službách
ASVSP	Asociace vzdělavatelů v sociální práci
MSVSP	Minimální standard vzdělávání v sociální práci
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ICD	Internationa Classification of Diseases

Úvod

Další vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách je v České republice pevně zakotveno v legislativě a představuje klíčový prvek zajištění kvality poskytované péče. Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mají zaměstnavatelé povinnost zajistit svým pracovníkům pravidelné vzdělávání akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV). Akreditované kurzy se zaměřují na širokou škálu témat – od základních principů péče a etiky práce až po specializovaná témata, včetně komunikace s klienty s duševním onemocněním – a jejich cílem je posílit odborné kompetence pracovníků a zajistit kvalitní a bezpečnou péči.

Vedle státního systému vzdělávání působí v České republice také řada neziskových organizací, které nabízejí specializované programy reagující na aktuální potřeby praxe. Například Fokus Praha provozuje vzdělávací centrum zaměřené na zotavení, komunikaci s klienty a case management, zatímco Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CMHCD) realizuje projekty pro komunitní týmy, peer konzultanty a odborníky v oblasti duševního zdraví. Tyto programy podporují destigmatizaci, rozvoj empatického přístupu a propojení sociálních a zdravotních služeb.

Současné poznatky ukazují, že vzdělávání má zásadní vliv na profesní jistotu pracovníků, jejich schopnost reagovat na specifické potřeby klientů a na celkovou kvalitu poskytované péče (MPSV, 2025; Fokus Praha, 2025; CMHCD, 2025; APSS ČR, 2025; Kubaláková, 2020). Výzkumy i zkušenosti z praxe potvrzují, že praktické prvky vzdělávání – například nácvik komunikace, zvládání krizových situací či vedení podpůrného rozhovoru – jsou pracovníky hodnoceny výrazně pozitivně, zatímco čistě teoretický obsah bývá vnímán jako méně účinný. Roste také význam zapojení peer konzultantů, tedy osob se zkušeností s duševním onemocněním, kteří přispívají k lepšímu porozumění potřebám klientů a k destigmatizaci v oblasti péče.

V posledních desetiletích se duševní zdraví dostává stále více do středu zájmu odborné i laické veřejnosti a s rostoucími nároky na pracovníky v sociální oblasti, kteří jsou denně v kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, se zvyšuje potřeba jejich dalšího vzdělávání a rozvoje dovedností. Tato diplomová práce se proto zaměřuje na průzkum a posouzení možností dalšího vzdělávání pracovníků v konkrétní organizaci, která pomáhá lidem s mentálním postižením, přičemž i když tato organizace není primárně zaměřena na klienty s duševním onemocněním, řada jejích klientů se s těmito obtížemi potýká. Pro zaměstnance je proto důležité rozšiřovat své znalosti a dovednosti i v této oblasti, aby mohli poskytovat správnou pomoc a podporu v běžných i krizových situacích.

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na další vzdělávání zaměstnanců v pozicích sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Tito zaměstnanci jsou stěžejní v rámci organizací poskytujících sociální služby. Nejčastěji přicházejí do přímého kontaktu s osobami s duševním onemocněním. Zajišťují také kontinuální podporu, která je nezbytná pro zvládání každodenního života klientů. Věnuje se obecnějším aspektům profesního vzdělávání, ale také specifikům práce s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním, jako je potřeba empatického a individuálního přístupu, optimální komunikace a hluboké odborné znalosti v oblasti péče o duševní zdraví. Součástí teoretické části je rovněž představení konkrétní organizace poskytující sociální služby, ve které byl realizován výzkum. Tato organizace je významným poskytovatelem sociálních služeb v Jihočeském kraji a díky vysokému počtu zaměstnanců významně ovlivňuje

zaměření nabízených vzdělávacích témat, přičemž svou poptávkou po konkrétních dovednostech a znalostech přispívá k formování obsahu vzdělávacích programů.

Praktická část diplomové práce se prostřednictvím kvalitativního výzkumu zaměřuje na analýzu organizace, realizace a dopadů dalšího vzdělávání pracovníků přímé péče na jejich profesní rozvoj. Současně zkoumá, jak vzdělávací programy rozvíjejí kompetence potřebné pro práci s lidmi s duševním onemocněním, a hodnotí zkušenosti pracovníků s jejich obsahem, praktičností a vlivem na každodenní praxi. Výzkum dále reflektuje spokojenost pracovníků s nabízeným vzděláváním, jejich individuální potřeby a očekávání a posuzuje, do jaké míry organizace tyto požadavky zohledňuje při plánování a objednávání programů. Zvláštní pozornost je věnována tomu, jak vzdělávání přispívá k posilování profesionální jistoty pracovníků při zvládání náročných situací a zda podporuje jejich dlouhodobou motivaci k profesnímu růstu.

Zjištění z výzkumu poskytují cenné podněty pro optimalizaci vzdělávacích procesů v dané organizaci, včetně doporučení pro zlepšení strategie plánování vzdělávání a praktické využití dostupných zdrojů. Tyto poznatky přispívají nejen k profesnímu rozvoji pracovníků, ale také ke zvyšování kvality péče o klienty s duševním onemocněním, přičemž zlepšená péče má potenciál pozitivně ovlivnit životní podmínky a integraci klientů do společnosti. Tato práce si klade za cíl přinést poznatky, které mohou mít širší využití v oblasti sociálních služeb, podporovat inovace v oblasti vzdělávání pracovníků a přispět k dlouhodobému rozvoji vzdělávacího systému v této důležité sféře.

1 Teoretická část

Teoretická část diplomové práce slouží jako základ pro pochopení zkoumané problematiky a jejího širšího kontextu. Poskytuje podrobný přehled klíčových konceptů, které tvoří teoretický rámec práce a nabízí strukturovaný pohled na dané téma. Zaměřuje se na vysvětlení základních pojmů a jejich vzájemné propojení, což je nezbytné pro hlubší porozumění zkoumané oblasti. Kromě toho zahrnuje i několik souvisejících výzkumů, které podporují argumenty uvedené v textu. A dále odborné poznatky, které poskytují relevantní kontext pro praktickou část.

1.1 Sociální práce

„Sociální práce je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektu k rozmanitosti. Zapojuje lidi a struktury, aby se zabývali životními těžkostmi a výzvami a zvyšovali životní pohodu. Opírá se přitom o teorie sociální práce, společenských a humanitních věd a o místní znalosti.“ (IFSW, 2014, vlastní překlad)

Jak je patrné z definice Sociální práce odsouhlasené Mezinárodní federací sociálních pracovníků (2014) a Mezinárodní asociací škol sociální práce (2014), je pro výkon pracovní pozice v tomto oboru potřebné široké portfolio znalostí, zkušeností a dovedností. Vzdělávání v sociální práci je zásadní právě proto, že umožňuje pracovníkům účinně pomáhat lidem v různých obtížných situacích. Vzdělání poskytuje teoretické a praktické základy, které jsou nutné pro pochopení komplexních problémů a potřeb klientů. Díky vzdělání jsou pracovníci v sociální oblasti lépe vybaveni k tomu, aby mohli analyzovat situace, plánovat a realizovat intervence, které skutečně pomáhají. Důležité je nejen kvalifikační vzdělávání pro profesi, ale především i další vzdělávání, které je zásadní pro jejich profesní růst, adaptaci na nové výzvy a změny ve společnosti i přizpůsobování se novým metodám a způsobům práce s klienty. Vzdělávání tak zajišťuje, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách poskytují služby na vysoké úrovni, dodržují etické standardy, což je důležité pro dosažení pozitivních výsledků pro klienty i komunitu jako celek.

1.1.1 Charakteristika povolání sociální pracovník a pracovník v sociálních službách

V zákoně o Sociálních službách 108/2006 Sb. v § 116 je specifikovaný okruh pracovníků vykonávající odbornou činnost:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří poskytují sociální služby.

Diplomová práce je zaměřena především na dvě pracovní pozice a to pozici „Sociální pracovník“ a pozici „Pracovník v sociálních službách“. Důvody pro výběr právě těchto pozic spočívají v tom, že hrají hlavní úlohu v oblasti sociálních služeb a zároveň sdílejí podobné cíle a kompetence. Zaměřením výzkumu na obě pracovní pozice lze získat ucelenější pohled na zkoumaný jev,

protože každá z těchto rolí přináší jiný úhel pohledu. Sociální pracovníci (SP) jsou zaměstnanci s vyšší odborností, což jim umožňuje nahlížet na problematiku z odbornější perspektivy, zatímco pracovníci v sociálních službách (PSS) působí především v přímé péči. Díky tomu mají hluboké a cenné zkušenosti z každodenní praxe s klienty, které jsou významné pro porozumění zkoumané problematice výzkumem. Tento přístup umožňuje komplexní pochopení zkoumaného tématu a jeho lepší analýzu.

Dle autorů Čámské, Sembdnera a Krutilové (2011) obě tyto pozice spojují určité předpoklady a kvalifikační požadavky. Osobnostní předpoklady zahrnují například bezúhonnost pracovníka a další neformálně požadované vlastnosti, jako je schopnost týmové spolupráce, vstřícný přístup ke klientům, psychická odolnost a další. Kvalifikační požadavky na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách jsou stanoveny zákonem o sociálních službách a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Pro pracovníky v pomáhajících profesích jsou také nezbytné určité dovednosti jako důvěryhodnost, spolehlivost, diskrétnost, komunikační dovednosti, empatie, emoční a sociální inteligence, osobní angažovanost a fyzická zdatnost. Tyto dovednosti rozvíjejí supervize, sebezkušenostní výcviky a další vzdělávání.

1.1.1.1 Sociální pracovník

Zákon č. 108/2006 Sb. v § 109 charakterizuje pracovní pozici sociálního pracovníka jako odborníka, který provádí sociální šetření a zabezpečuje sociální agendy v zařízeních sociální péče, poskytuje sociálně-právní poradenství, a zajišťuje krizovou pomoc a rehabilitaci. Dále se věnuje analytické metodické a koncepční činnosti v sociální oblasti a depistážní činnosti. Koordinuje poskytování sociálních služeb podle potřeb klientů. Podmínky pro výkon povolání SP zahrnují plnou svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost a dále je nutné vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání musí být získané v akreditovaných programech zaměřených na sociální práci nebo příbuzné obory. Vysokoškolské vzdělání může být bakalářské, magisterské nebo doktorské, a to v oborech jako sociální práce, sociální politika, právo nebo speciální pedagogika.

Zdravotně sociální pracovník se odlišuje od sociálního pracovníka tím, že propojuje zdravotní a sociální péči, zatímco sociální pracovník je profese ukotvená v systému sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb.) a zaměřuje se především na sociální podporu, poradenství a integraci klientů. Sociální pracovník pomáhá lidem v obtížných životních situacích, podporuje je při řešení rodinných vztahů, sociálním začlenění, zaměstnání a vede klienty k větší samostatnosti. Naproti tomu zdravotně sociální pracovník, dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb., vykonává sociální práci v prostředí zdravotnických zařízení, kde podporuje pacienty a jejich rodiny, zajišťuje dostupnost potřebné péče a usnadňuje jejich návrat do běžného života. V dalším textu bude používán pojem „sociální pracovník“, jelikož výzkum je situován do prostředí sociálních služeb.

Název oboru	Typ číselníku KKV/RVP	Kód	Vhodnost
Zdravotně-sociální pracovník	AKVO/AKSO	5345R031	nejvhodnější
Sociální práce a sociální pedagogika	RVP	75-32-N/xx	nejvhodnější

Tabulka 1 - Obor vhodného vzdělání ZSP

Zdroj: vlastní zpracování dle ONSP, 2024

Podle Mužíka (2000) jsou uživateli sociálních služeb senioři, nezaměstnaní, osoby s postižením, lidé s duševním onemocněním, osoby bez domova, osoby poskytující sexuální služby, lidé po výkonu trestu, rodiny s problémy ve výchově, matky v krizi, sociálně vyloučení a další specifické skupiny. Sociální pracovník zastává různé role – poskytuje informace, pomáhá s dárkami a službami, poskytuje poradenství či krizovou intervenci. Musí být empatický, dodržovat etické normy a často zvládat fyzicky i psychicky náročné situace, a to i za cenu potlačení svých osobních zásad a postojů ve prospěch pracovního vztahu s klientem. Profesní identita sociálního pracovníka je proto založena na mnoha faktorech, jako je osobní, profesní a sociální zodpovědnost, stejně jako věrnost lidským hodnotám. Způsobilost k výkonu povolání a profesní identitu získává sociální pracovník prostřednictvím kvalifikačního vzdělání, které se řídí Minimálním standardem vzdělávání Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

Podle Mahrové (2008) mezinárodní definice sociální práce, formulovaná Mezinárodní asociací sociálních pracovníků a Mezinárodní asociací škol sociální práce, vymezuje sociální práci jako profesi podporující změny, řešení mezilidských problémů a zlepšování kvality života. Sociální práce využívá teorie lidského chování a sociálních systémů a jejími významnými principy jsou lidská práva a sociální spravedlnost. Profesionální analýza situací a podpora individuálních, organizačních a kulturních změn jsou dalšími důležitými prvky. Metody sociální práce jsou založeny na výzkumu a systematickém hodnocení praxe a zahrnují sociálně a kulturně specifické poznatky. Sociální práce vychází z přesvědčení, že lidé nejsou pouze ovlivňováni svým prostředím, ale mohou na něj také aktivně působit.

V návaznosti na definici povolání sociálního pracovníka a jeho specifika je nezbytné vyzdvihnout význam dalšího vzdělávání, které je nedílnou součástí profesního rozvoje. Zákonná ustanovení nejen stanovují povinnost zaměstnavatele zajistit sociálním pracovníkům vhodné vzdělávací příležitosti, ale také celoživotní vzdělávání jako podstatný prvek pro posilování profesní identity a zajištění kvalitní praxe v sociálních službách. Podle § 111 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mají zaměstnavatelé povinnost zajistit svým sociálním pracovníkům průběžné vzdělávání v minimálním rozsahu 48 hodin během dvou po sobě jdoucích kalendářních let. Pokud pracovní poměr netrvá celý rok nebo je pracovník nepřítomen déle než jeden měsíc, požadovaný rozsah se úměrně snižuje. Konkrétní podoby a formy dalšího vzdělávání budou podrobně rozebrány v kapitole 2 této diplomové práce. V profesní identitě je dle Minimálního standardu vzdělávání v sociální práci (ASVSP, 2014) dále důležité pro sociálního pracovníka celoživotní vzdělávání, reflektovaná praxe a členství v profesních sdruženích.

1.1.1.2 Pracovník v sociálních službách

MPSV (2021) v Metodice k povolání pracovníka v sociálních službách pro potřeby úřadu práce ČR charakterizuje pracovní náplň Pracovníka v sociálních službách, jako přímou péči o osoby, pečovatelskou a výchovnou činnost. Konkrétně sem patří:

- pomoc při každodenních činnostech v zařízení sociálních služeb (hygiena, oblékání, údržba čistoty, podpora soběstačnosti apod.),
- nepedagogická výchovná činnost (rozvoj hygienických a společenských návyků, pracovní dovednosti, volnočasové aktivity),
- péče o domácnost (práce s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péče o domácnost, sociální pomoc a aktivizace),

- pomoc při základním sociálním poradenství a dalších činnostech pod dohledem sociálního pracovníka.

Cílem této pracovní pozice je dle MPSV (2021, str. 8), co nejvíce podporovat soběstačnost klientů a jejich začlenění do běžného života. „PSS poskytuje péči a podporu tak, aby klienti sociálních služeb byli co nejvíce soběstační v sebeobsluze, v péči o domácnost, aby byli maximálně samostatní a schopní žít běžným způsobem života, žili důstojně a neohrožovali další členy společnosti. Neboli PSS jsou rukama a nohama těch, kterým jejich vlastní ruce a nohy z různých důvodů neslouží. A pokud to je možné, tak hlavou procesu (tedy tím, kdo určuje, jak má služba vypadat) je klient sám.“

Zákon 108/2006 Sb. § 116 odstavec 5 písm. a) specifikuje podmínky pro výkon i tohoto povolání, kterými jsou plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Odbornou způsobilostí PSS je „základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem.“ Další vzdělávání pracovníků musí zaměstnavatel zajistit minimálně v rozsahu 48 hodin za dva po sobě jdoucí kalendářní roky.

MPSV (2021) také vidí důležitost v osobnosti pracovníka v sociálních službách, která přímo ovlivňuje kvalitu práce s klienty. Profesionální etika je nepostradatelná pro náročné situace. Osobnost budoucího PSS musí zvládnout fyzickou a psychickou náročnost i vysoké etické nároky. Hodnoty a principy PSS zahrnují etiku pomáhajících profesí, etiku sociálních služeb a etiku poskytovatele služeb. Zákon o sociálních službách vyzdvihuje důstojnost, individuální potřeby a podporu samostatnosti osob. Zásady a standardy jsou vysvětleny v kvalifikačním kurzu PSS, se zvláštním akcentem na ochranu práv osob. Poskytovatel musí zajistit, aby klienti mohli naplňovat svá lidská práva a svobody.

1.1.2 Další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách

Jak již bylo popsáno v předešlé kapitole, pro výkon pracovní pozice sociálního pracovníka a pracovníků v sociálních službách, je již od počátku nutné splňovat určité podmínky, mít určitou kvalifikaci a vlastnit určité lidské hodnoty. Vzdělávání v sociální práci v České republice vychází z evropských hodnot svobody a solidarity a důrazu na lidská a občanská práva. Je založeno na pojetí sociální práce, které je uvedeno v úvodu teoretické části a které formulovala Mezinárodní federace sociálních pracovníků.

Další vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách je pak především klíčové pro zajištění a udržení kvalitní péče i odborné pomoci klientům a je specifikováno v zákoně 108/2006 Sb., kde jsou konkrétně vyjmenovány jeho podmínky. Pro účely této diplomové práce se zaměřím právě na toto další vzdělávání pracovníků, respektive na jejich profesní rozvoj od nástupu do zaměstnání. Tento profesní rozvoj je dle Metodiky vzdělávání pracovníků v sociálních službách (MPSV 2021) realizován především formou kurzů s akreditovaným programem MPSV, účastí na odborné stáži, školicí akci nebo účastí na odborných konferencích.

Organizace Hestia (2007) uvádí, že v práci v přímé péči, jinak nazývané tzv. pomáhající profesí, mají nezastupitelnou funkci nejen odborné znalosti a zkušenosti, ale také osobnostní vlastnosti a průběh životní dráhy pracovníka, a to jak profesní, tak osobní. Každý takový pracovník má proto jiný odborný základ a je ovlivňován různými faktory, což je důvodem pro vytvoření individuálního vzdělávacího plánu pro rozvoj jeho znalostí a profesionality. Tento plán připravuje pracovník se svým nadřízeným při nástupu do zaměstnání na 1-3 roky a kontroluje se alespoň jednou ročně. Individuální potřeby zaměstnanců se zjišťují prostřednictvím různých metod, jako je hodnocení pracovníka, seznam vzdělávacích potřeb, analýza profesní role a mapování profesní role.

Další vzdělávání pracovníků v sociální sféře je upraveno § 111 Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Vzdělávání pracovníků musí zaměstnavatel zajistit minimálně v rozsahu 48 hodin za dva po sobě jdoucí kalendářní roky, kdy pracovníkům obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Pokud pracovní poměr netrvá celý rok, vzdělávání se poměrově krátí. Vzdělávání není povinné během zkušební doby. Formy dalšího vzdělávání jsou specializační kurzy, akreditované kurzy, odborné stáže, školení a konference. Doklady o absolvování vydávají vzdělávací zařízení nebo organizátoři akcí. Profesní komora sociálních pracovníků na svých webových stránkách také uvádí, že pokud zaměstnavatel nesplní povinnost zajištění dalšího vzdělávání, může ho pracovník vyzvat k nápravě. Účast na školeních se považuje za výkon práce a přísluší za něj pracovníkovi mzda nebo plat, případně mu náleží i cestovní náhrady.

Dle autorů Čámské, Sembdnera a Krutilové (2011) jsou zásady efektivního vzdělávání pracovníka sociální sféry:

- Vzdělávání pracovníků vychází z potřeb uživatelů služeb.
- Vzdělávání pracovníků směřuje k naplnění cílů a poslání organizace.
- Vzdělávání pracovníků má jasně definovaný cíl, stanovený program a náplň.
- Zaměstnavatel vytváří podmínky pro vzdělávání pracovníků (např. dočasné uvolnění zaměstnance z práce).
- Vzdělávání se uskutečňuje vhodnou formou a v přiměřeném čase.
- Nedílnou součástí vzdělávání je vyhodnocení a ověření jeho účinnosti.
- Zaměstnavatel zodpovídá za využití získaných znalostí a dovedností.
- Vzdělávání probíhá v prostředí učící se organizace.

Všechny odborné zdroje považují vzdělávání pracovníků v organizaci za jednu ze zásadních hodnot, což se odráží v jeho důsledné podpoře na všech úrovních. Pro organizaci je důležitý kontinuální rozvoj zaměstnanců a podpora inovativních přístupů, které napomáhají zvyšování jejich odborných dovedností. Vzdělávání je chápáno jako aktivní proces, do kterého se pracovníci aktivně zapojují, což přispívá k jejich profesnímu i osobnímu růstu. Nedílnou součástí kultury organizace je také vzdělávání vedoucích pracovníků, kteří mají zásadní význam v rozvoji celé organizace a v podpoře vzdělávacích procesů svých podřízených.

Vzdělávací potřeby organizace vycházejí z jejího poslání, cílů, strategického plánu, potřeb uživatelů služeb a zaměstnanců. Identifikace těchto potřeb je podstatná pro tvorbu vzdělávacího plánu organizace a individuálních vzdělávacích plánů. K tomu lze využít základní dokumenty organizace, jako jsou poslání, cíle, strategické plány, SWOT analýza, analýza pracovních míst a profilů pracovníků. Je také důležité respektovat zákonné požadavky na odbornou způsobilost pracovníků. Hodnocení výsledků vzdělávání je rozhodující součástí vzdělávacího procesu,

protože poskytuje informace o jeho efektivitě. Toto hodnocení je vždy vázáno na cíle vzdělávání. Dopady mají hlavně kvalitativní charakter a projeví se změnami v praxi, často až dlouhodobě. Jejich měření je obtížné. Individuální vzdělávací plán pracovníka je vytvářen na základě hodnocení souladu mezi popisem pracovního místa a jeho pracovním profilem. Zvažuje se profesionální rozvoj, osobnostní růst a kariérní postup. Obsah plánu odpovídá potřebám organizace, kvalifikaci pracovníka a požadavkům na jeho budoucí role. Plán se sestavuje po třech měsících od uzavření pracovní smlouvy a aktualizuje se jednou ročně. Plán obvykle zahrnuje: zaměření a cíle vzdělávání, metody a formy, časový horizont a způsob realizace (programy, termíny, místo, poskytovatel), dohodu o podmínkách mezi pracovníkem a organizací (financování, pracovní volno), očekávaný výstup a jeho hodnocení. Analýza vzdělávacích potřeb pracovníka zohledňuje: nejistoty v postupech, nové činnosti v práci, rutinní činnosti, nevyužité schopnosti a dovednosti, komunikační dovednosti a interpersonální schopnosti. Plán je obvykle sestavován pracovníkem a jeho přímým nadřízeným jako součást supervize nebo individuálního hodnocení a je uložen v personálním oddělení organizace (Čámská, Sembdner a Krutilová, 2011).

1.1.3 Význam dalšího profesního vzdělávání

Lidské zdroje představují podstatný faktor rozvoje, což je v oblasti sociálních služeb zdůrazněno jak požadavky na kvalitu péče, tak rostoucí roli znalostí při rozvoji poskytovatelů těchto služeb. Současný konkurenční tlak nutí organizace i jednotlivce čelit větší konkurenci, čímž se vzdělání a vysoká flexibilita stávají důležitými konkurenčními výhodami pro jednotlivce, organizace i celý trh sociálních služeb (Čámská, Sembdner, Krutilová, 2011). Důležitým faktorem této problematiky je nejen samotná kvalifikace nezbytná pro výkon dané profese, ale také následné vzdělávání pracovníků, které posiluje jejich kompetence, profesionalitu a celkový přístup ke klientům. Další vzdělávání pracovníků se stalo nedílnou součástí zvyšování kvality poskytovaných služeb, přičemž jeho význam není omezen pouze na oblast sociálních služeb.

Dle Armstronga (1999) je pro každou organizaci zásadním cílem zajištění dostatečné kvality pracovníků, kteří jsou schopni dosáhnout organizačních cílů prostřednictvím zlepšování výkonu a osobního růstu. Tohoto cíle se ideálně dosahuje zajištěním dostupnosti znalostí a dovedností nezbytných pro optimální výkon práce, zlepšování pracovního výkonu i maximalizaci potenciálu pro profesní růst. Podobný názor zastává Mužík (2000), který vyzdvihuje, že další vzdělávání pracovníků sociálních služeb je významným faktorem ovlivňujícím kvalitu jejich práce. Armstrong (1999) dále uvádí, že hlavním cílem vzdělávání pracovníků je pomoci organizaci zvyšovat kvalitu jejího zásadního zdroje – lidí, které zaměstnává. Hlavní přínosy profesního vzdělávání v rámci organizace zahrnují zlepšení výkonnosti jednotlivců, týmů i celé organizace, možnost přilákání kvalitních pracovníků díky atraktivní nabídce vzdělávacích programů, zvýšení loajality zaměstnanců, podporu nové koncepce firemní kultury a zlepšení poskytování služeb.

Pro zajištění kvalitních služeb má podstatný vliv také systém výměny informací mezi pracovníky (MPSV, 2008), který může být realizován například formou supervizních setkání, interního vzdělávání či sdílení poznatků mezi pracovníky. Efektivní vzdělávací programy reflektují potřeby klientů a vycházejí z cílů a poslání organizace, jak uvádí organizace Hestia (2007).

Kontinuální vzdělávání pracovníků v sociálních službách je podle Mužíka (2000) nezbytné nejen z hlediska profesionality a kvality poskytovaných služeb, ale také pro posílení jejich kompetencí a jistoty při zvládání náročných situací, což může pomoci předcházet syndromu vyhoření. Bílá

kniha (MPSV, 2003) tuto skutečnost potvrzuje a zdůrazňuje význam obnovování potenciálu pracovníků prostřednictvím vzdělávání, které je klíčové pro zvládnání náročnosti profese a poskytování kvalitní péče založené na etických principech a respektu k lidské důstojnosti. Nakonečný (1997) navíc poukazuje na učení jako celoživotní proces zahrnující nejen formální vzdělávání, ale i získávání zkušeností z každodenních situací, které napomáhají přizpůsobení se měnícím se podmínkám a rozvoji schopností a postojů. Další vzdělávání pracovníků má proto zásadní význam pro zajištění kvality služeb i profesního růstu, přičemž odborné iniciativy přispívají ke zkvalitnění péče o klienty. Probstová a Pěč (2014) upozorňují na důležitou roli sociálních pracovníků při práci s osobami s duševním onemocněním, zároveň však poukazují na absenci systematického vzdělávání a specializační přípravy v této oblasti. Specializované výcviky, jako psychosociální či psychoterapeutické, podporují profesní dovednosti pracovníků a jejich připravenost na náročné úkoly, přičemž profesionalita v sociálních službách je úzce spjata s celoživotním vzděláváním a velký význam má kvalita a akreditace vzdělávacích programů (Venglářová, Mahrová, 2008).

1.1.4 Způsoby dalšího profesního vzdělávání

Dle Armstronga (1999) se rozvoj pracovníků rovná kvalitě a množství poskytovaných příležitostí k učení a rozvoji, počtu uskutečňovaných vzdělávacích akcí, plánování, realizaci a vyhodnocování vzdělávacích programů. Dle zákona č. 108/2006 Sb. právě zaměstnavatel musí zajistit sociálnímu pracovníkovi i pracovníkovi v sociálních službách další vzdělávání v určeném rozsahu. Realizace dalšího vzdělávání zaměstnanců může probíhat různými formami.

Metodika vzdělávání pracovníků v sociálních službách (MPSV, 2021) uvádí jako stávající formy dalšího vzdělávání tyto způsoby:

- kurzy s akreditovaným programem MPSV, které je doložené osvědčením,
- účast na odborné stáži, která slouží k předání dobré praxe, sdílení konkrétních zkušeností a navazování profesní spolupráce mezi jednotlivými pracovníky i poskytovateli sociálních služeb a je doložena písemnou smlouvou mezi zaměstnavatelem konkrétního pracovníka a poskytovatelem stáže,
- školící akce, kdy se může jednat například o školení k novinkám či výkladu jednotlivých ustanovení zákona o sociálních službách pořádaným MPSV a absolvování školící akce je doloženo písemným potvrzením, které vystavuje realizátor školící akce,
- účast na odborných konferencích, které je nově rozděleno na rozlišení aktivní a pasivní účasti, kdy je pro každou formu stanoven maximální počet hodin za sledované období, potvrzení o aktivní nebo pasivní účasti na odborné konferenci vystavuje pořadatel dle jejího rozsahu.

Vzdělávání prostřednictvím akreditovaných kurzů probíhá na základě schválení ministerstev. Kurzy jsou realizovány vysokými školami, vyššími odbornými školami nebo vzdělávacími zařízeními. Odborné stáže se řídí písemnou smlouvou mezi zaměstnavatelem a zařízením. Školící akce a konference jsou organizovány zaměstnavatelem nebo odbornou organizací. Vzdělávání je vždy doloženo osvědčením nebo potvrzením o stáži, školení nebo konferenci (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Z dílčích projektových aktivit jednoznačně vyplynula ze strany poskytovatelů i samotných pracovníků potřeba rozšíření forem dalšího vzdělávání. S tímto rozšířením počítá Koncepce

vzdělávání pracovníků v sociálních službách (MPSV, 2021), která obsahuje návrhy na změny v legislativě a rozšíření i upřesnění forem dalšího vzdělávání. Nově by tak v budoucnu mohly vzniknout nové formy vzdělávání pracovníků, které by lépe odpovídaly dynamice a novým potřebám. Těmi to formami by mohly být kurzy s akreditovaným programem jiných resortů, publikační činnost, lektorská činnost, vedení odborných praxí studentů či stáží zaměstnanců jiného poskytovatele a jiné. Prozatím tyto změny ale nenabývaly platnosti.

1.1.5 Motivace a bariéry v profesním vzdělávání

Motivace pracovníka vzdělávat se, je významným prvkem zkvalitňování sociálních služeb. Z hlediska řízení lidských zdrojů můžeme motivaci rozdělit na motivaci vnitřní a vnější. Dle Armstronga (1999) vnitřní motivací jsou faktory, které si sami vytváříme a následně nás ovlivňují k určitému způsobu chování (např. odpovědnost, využívání příležitostí k rozvíjení získaných dovedností nebo získání zaměstnání). Vnějšími motivy se snažíme motivovat my druhé, ať už kladně, či záporně – například zaměstnavatelé formou benefitů, zvýšením platu či naopak kritikou a odepřením odměn.

Palán (1997) uvádí ve své knize, že dospělý člověk potřebuje k učení výraznou motivaci, proto je nutné, aby motivy směřovaly k jasným a konkrétním cílům. K obecným motivům řadí:

- odstranění vlastních nedostatků, neboť si jsme vědomi vlastních slabin,
- touhu po rozvoji, zdokonalení v kontextu rozvoje společnosti,
- sebeuplatnění s množstvím schopností a dovedností se rozšiřuje i možnost uplatnění,
- ocenění jako konkretizace úspěchu,
- ctižádost, ať už vrozená vlastnost nebo touha vyniknout,
- osobní zájmy – koníčky, touha po poznání a vědění,
- pocit nejistoty – například při práci v oboru a závislosti na ní,
- existenční problémy – nezaměstnanost, sesazení či přežazení z funkce konkurence,
- smysluplná náplň z pocitu nudy, osamění či nepotřebnosti.

Navzdory zmíněným přínosům profesního vzdělávání zaměstnanců je nutné poukázat na některé potenciální nevýhody, které mohou ve výsledku působit demotivačně a negativně ovlivnit ochotu pracovníků pokračovat v dalším vzdělávání. Mužík (2000) uvádí, že vzdělávací akce mohou být zneužity k manipulaci pracovníků a vést k jednostrannosti, například šířením nábožensky zaměřených informací. Konkrétním příkladem může být situace, kdy by vzdělávací akce určená pro sociální pracovníky obsahovala nenápadnou indoktrinaci určité ideologie nebo náboženství, to by mohlo vést k nátlaku na pracovníky, aby přijali názory, které nejsou v souladu s jejich vlastními hodnotami a přesvědčeními. Dále se může vzdělávání stát i zdrojem konfliktů mezi pracovníky a narušit mezilidské vztahy a pracovní atmosféru. Například tím, když vzdělávání slouží k zvýraznění rozdílů mezi pracovníky, místo toho, aby je sjednotilo.

Barták (2008) identifikuje několik překážek, které mohou dospělým komplikovat vzdělávání, a rozděluje je do několika kategorií:

- Percepční bariéry: Tyto překážky brání dospělým v pochopení podstaty problému a ve schopnosti vybrat potřebné informace k jeho řešení. Příčinou může být nepřesné nebo příliš detailní vymezení problému.

- Kulturní bariéry: Jedná se o tvrzení, která jedinec během života nekriticky přijímá, což omezuje růst jeho tvořivého myšlení a jednání.
- Bariéry pracovního prostředí: Toto prostředí může být charakterizováno emoční nebo intelektuální sterilitou, neochotou ke spolupráci, nedůvěrou a konzervativní atmosférou, což vede k nespokojenosti pracovníků a snižuje jejich motivaci k osobnímu rozvoji.
- Intelektuální a výrazové bariéry: Tyto bariéry vznikají z neobjektivního přesvědčení přednášejícího o nedostatečné intelektuální úrovni dospělého studenta. Barták podtrhuje důležitost vhodného přístupu vzdělavatele.
- Emoční bariéry: Tyto překážky brání volnému myšlení, jednání a komunikaci, projevují se strachem z chyb a selhání a mohou vycházet z neochoty nebo neschopnosti přijímat změny.

Barták (2008) uvádí velmi důležitý poznatek a to, že nepříznivý vliv těchto bariér lze snížit přizpůsobením vzdělávacích aktivit míře, kvalitě a rozsahu dosavadních zkušeností účastníků a jejich potřebám v souladu s jejich přesvědčením a názory. A zdůrazňuje, že právě proto je tolik potřebné přizpůsobovat vzdělávací plány pracovníků individuálně.

Motivaci a bariéry je tedy nutné vnímat jako dvě strany jedné mince vzdělávání, protože každá strana výrazně ovlivňuje samotný proces vzdělávání a jeho konečnou praktičnost.

1.1.6 Specifika dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti péče o lidi s duševní nemocí

Sociální pracovník nebo i pracovník v sociálních službách v oblasti péče o duševní zdraví využívá své znalosti k práci s různorodou skupinou klientů s duševními potížemi. Jak uvádí Probstová a Pěč (2014) pracovník musí umět rozpoznávat příznaky duševních nemocí, provádět základní diagnostiku, mapovat sociální síť a vlivy sociálních faktorů a spolupracovat s dalšími odborníky. I bez specializace na psychiatrii je důležité, aby se orientoval v základních příznacích duševních obtíží. Pracuje s lidmi bez přístřeší, emigranty, lidmi s duální diagnózou či mentálním postižením, a seniory, kteří mohou trpět duševními potížemi z různých důvodů. Proto je v tomto směru dobré využít možností dalšího vzdělávání pracovníků a do portfolia možných akreditovaných kurzů zahrnout i témata zaměřující se na péči o lidi s duševní nemocí.

Specifikum péče o lidi s duševní nemocí vidí Probstová a Pěč (2014, str. 205) především ve zvýšeném riziku. „*Riziko v kontextu péče o duševně nemocné můžeme definovat jako pravděpodobnost, že uživatel péče utrpí nějaké ublížení či se mu přihodí něco nežádoucího nebo se něco nežádoucího přihodí ze strany uživatele péče ostatním lidem.*“ Sociální práce s duševně nemocnými a klinická praxe zahrnují širokou škálu rizik, která lze rozdělit na nebezpečí vůči sobě a vůči ostatním. Rogers a Vidgen (2006) rozlišují mezi hněvem (okamžité emoční vzrušení), hostilitou (trvalé negativní postoje) a agresí (úmysl ublížit). Rizika by měla být vyhodnocována strukturovaně a komplexně, se zaměřením na pravděpodobnosti místo konkrétních událostí. Klienta je ideální zapojit do hodnocení rizik spolu s týmem. Riziko je dynamické, mění se podle situace a klinického stavu klienta, a proto je třeba ho pravidelně přehodnocovat nebo při změně stavu klienta.

NEBEZPEČÍ VŮČI SOBĚ	NEBEZPEČÍ VŮČI OSTATNÍM
Sebepoškození nebo sebevražda	Slovní, fyzické nebo sexuální napadení
Zanedbávání vlastní osoby	Homicidium
Vystavování se zneužití od ostatních	Žhářství
Nedostatečná spolupráce při léčbě	Emoční, finanční, sexuální vykořisťování
	Zneužívání nebo zanedbávání dětí

Tabulka 2 - Rizika při péči o osoby s duš. onemocněním

Zdroj: vlastní zpracování dle Probstová a Pěč (2014)

Leona Jochmannová (2021) ve své knize *Trauma u dětí: Kategorie, projevy a specifika odborné péče* zdůrazňuje význam správné diagnózy a rozlišení mezi duševními nemocemi a traumaty, jelikož každé z nich vyžaduje specifickou péči; například PTSD může mít podobné příznaky jako ADHD, což může vést k chybným diagnózám. V tomto směru je další vzdělávání pracovníků nezbytné, protože špatně zvolený přístup v krizové situaci může klientovi spíše ublížit než pomoci. Autorka poukazuje na nutnost komplexní péče a týmového přístupu zahrnujícího psychiatry, psychoterapeuty, sociální pracovníky i rodinu, která má v léčebném procesu nezastupitelnou roli. Stejně tak Mahrová a Venglářová (2008) zdůrazňují význam psychosociálního přístupu vycházejícího z Freudovy teorie osobnosti, který staví na interakci jednotlivce s prostředím, zejména s rodinou, a na struktuře osoba–situace. Tento přístup usiluje o rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu člověka a jeho vztahům, a proto je důležité vnímat klienta v širokém kontextu a neustále se v pozici sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách vzdělávat, aby bylo možné na jeho potřeby reagovat rychle a adekvátně.

1.1.7 Současný stav dalšího vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách

Mnohé o současném stavu dalšího vzdělávání již uvádí předešlá kapitola 1.2.2 Způsoby dalšího profesního vzdělávání. Formy dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách i sociálních pracovníků určuje Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Dle informací MPSV uvedených v Koncepci vzdělávání (2021) je hlavní změna, která v současné době již nastala, změna dalšího vzdělávání sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách z 24 hodin povinného vzdělávání za jeden rok, na 48 hodin povinného vzdělávání za období dvou let. Oborné diskuse ukázaly, že další vzdělávání pracovníků v sociálních službách probíhá převážně na podzim. První měsíce roku jsou věnovány přidělování financí, a proto jsou jarní kurzy omezené. V létě se kurzy obvykle nekonají kvůli dovoleným. Hlavní období dalšího vzdělávání tedy začíná v září, což zkracuje čas na výběr kvalitního vzdělávání. Výběr kurzů pracovníky bývá mnohdy ovlivněn především časem a lokalitou, nikoli profesními potřebami. Prodloužení období dalšího vzdělávání pro sociální pracovníky na dva roky má za účel rozložit nabídku kurzů, snížit stres a umožnit výběr i vícedenních kurzů, které nejsou běžně dostupné.

V oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků se objevují návrhy na rozšíření jeho forem. Koncepce vzdělávání Ministerstva práce a sociálních věcí (2021) počítá s doplněním pěti nových možností – akreditované kurzy jiných resortů, publikační a lektorskou činnost, vedení odborných praxí či stáží a mentorskou činnost. Tyto formy mají přispět k větší variabilitě vzdělávacích aktivit a k lepšímu propojení teorie s praxí.

Výzkum Musila a kol. (2019) se zaměřil na identifikaci předpokladů pro uplatňování situačního přístupu v práci sociálních pracovníků. Na základě zjištění autoři doporučují doplnit Minimální standard vzdělávání v sociální práci (ASVSP) o prvky podporující tento přístup. Konkrétně jde o doporučení týkající se reflexe praxe, způsobů myšlení o sociální práci, osobnostních předpokladů studentů a potřebných znalostí. Tato doporučení mají posílit schopnost studentů analyzovat situace klientů, plánovat a provádět adekvátní intervence.

Na mezinárodní úrovni se význam dalšího vzdělávání potvrzuje v různých dokumentech a výzkumech. Organizace Allia Health (2024) zdůrazňuje, že odborníci v oblasti duševního zdraví musí reagovat na neustále se měnící legislativu, postupy i nové trendy. Překážky, jako je nedostatek času či financí, lze podle nich překonat personalizovanými vzdělávacími plány, mentorstvím a využíváním dostupných zdrojů. Mezinárodní federace sociálních pracovníků (2012) poukazuje na to, že kontinuální profesní rozvoj posiluje dovednosti pracovníků, přináší inovace a podporuje stabilitu organizací. Investice do vzdělávání tak nejen zvyšují kvalitu služeb, ale také pomáhají udržet kvalifikované a motivované zaměstnance.

Význam vzdělávání potvrzuje i dokument *Global Standards for Social Work Education and Training* (Sewpaul & Jones, 2004), který usiluje o sjednocení hodnot a zásad sociální práce při zachování její rozmanitosti. Cílem je zajistit, aby další generace sociálních pracovníků měla přístup ke kvalitnímu vzdělávání, které vychází z výzkumů, zkušeností, politiky i praxe. Globální standardy tak představují rámec, jenž propojuje univerzální hodnoty profese s její specifickou kulturní a společenskou rozmanitostí.

1.1.8 Srovnání stavu vzdělávání pracovníků v Česku a Rakousku

Rakousko bylo pro účely této kapitoly zvoleno jako srovnávací země z několika důvodů. Jedná se o stát, který je České republice geograficky i kulturně blízký, a zároveň sdílí podobné historické kořeny v oblasti sociální politiky a péče o osoby se zdravotním či sociálním znevýhodněním. Rakousko je navíc často vnímáno jako země s kvalitně nastaveným vzděláváním zaměstnanců v sociálních službách, což nám umožňuje ukázat, kde se český systém může inspirovat a co naopak funguje dobře u nás. Kristýna Mlejnková a Hana Märzová ve své Případové studii vzdělávání pracovníků v sociálních službách v Rakousku (2018) uvedly, že v Rakousku je odpovědnost za další vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách je přenesena na jednotlivé poskytovatele. Každá organizace si vytváří vlastní vzdělávací systémy, které přihlížejí k zákonným požadavkům a specifickým potřebám znalostí a dovedností podle typu klientely. Některé organizace, jako například SeneCura, mají vzdělávací systémy zaměřené na rozvoj kvalifikace a kompetencí zaměstnanců. Jiné, například organizace LOK, přizpůsobuje vzdělávání potřebám týmů, naopak organizace JAW upřednostňuje potřeby jednotlivců. Vzdělávání zahrnuje kurzy pořádané uznávanými institucemi, semináře na specifická témata vedené externími odborníky a interní školení. Zajímavostí může být, že E-learning se v uvedených organizacích nepodporuje. Dodržování povinného rozsahu vzdělávání kontroluje Magistrát Vídně prostřednictvím Vídeňského sociálního fondu (Fonds Soziales Wien). Na základě rozboru Případové studie vzdělávání pracovníků v sociálních službách v Rakousku (2018) a obecných znalostí o systému vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách v České republice podle zákona č. 108/2006 Sb. můžeme najít několik rozdílů v systému dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách i sociálních pracovníků v Rakousku a České republice. Například:

- Forma a obsah vzdělávání: zatímco v České republice je běžné využití e-learningu jako moderní metody vzdělávání, v Rakousku není tato forma podporována a spíše se zaměřují na tradiční kurzy, interní školení a semináře vedené odborníky.
- Zacílení vzdělávání: české organizace většinou poskytují plošné vzdělávání, které odpovídá legislativním požadavkům. V Rakousku se vzdělávací programy přizpůsobují buď specifickým týmům, individuálním potřebám zaměstnanců nebo jsou zavedené sofistikované systémy pro rozvoj kompetencí.
- Supervize jako součást péče: supervize, především týmová a případová, je v Rakousku nedílnou součástí dalšího vzdělávání a péče o zaměstnance. V Česku je sice supervize pro pracovníky sociálních služeb dostupná, ale není tak pevně integrována do systému dalšího vzdělávání.

1.2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Kapitola se věnuje problematice sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a poskytuje komplexní pohled na ústřední aspekty péče a podpory této specifické cílové skupiny. Úvodem kapitoly je podrobné vymezení pojmů duševní zdraví a duševní nemoc, které tvoří základ pro hlubší pochopení sociální práce v tomto kontextu. Kapitola postupně rozebírá teoretický rámec této problematiky, včetně historického vývoje a současných trendů v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním.

Další podkapitoly se zaměřují na příčiny a rizikové faktory vzniku duševního onemocnění, jejich diagnostiku a klasifikaci, stejně jako na důsledky, které tato onemocnění mají na život jednotlivců i jejich okolí. Nezbytnou součástí textu je rovněž přehled metod léčby, které představují základ pro účinnou podporu a obnovu duševního zdraví. Kapitola poskytuje také přehled sociálních služeb, jež jsou dostupné pro osoby s duševním onemocněním.

1.2.1 Duševní zdraví a nemoc

Duševní zdraví a duševní nemoc jsou pojmy, které se dotýkají každého z nás, tato kapitola se zaměřuje na základní vymezení těchto pojmů. Abychom mohli zkoumat fenomén duševních nemocí, je nezbytné nejprve definovat základní pojmy. Duševní nemoci jsou předmětem zájmu různých vědních oborů, což často vede k terminologickým nejasnostem. V odborné literatuře se kromě termínu „duševní nemoc“ běžně používají také pojmy jako „duševní porucha“, „duševní choroba“, ale i „duševní zdraví“ (Sillamy, 2001).

Podle psychologického slovníku je zdraví stavem, kdy se jedinec cítí dobře, silně a jistě, přičemž Světová zdravotnická organizace (Orel a kol., 2012) jej chápe jako tělesnou, duševní i společenskou pohodu, nikoli pouze absenci nemoci či poruchy. Duševní zdraví je nedílnou součástí celkové pohody a odráží schopnost zvládat stres, budovat kvalitní vztahy, rozhodovat se a přispívat společnosti, zatímco duševní nemoc zahrnuje široké spektrum poruch, které tyto schopnosti narušují a ovlivňují kvalitu života; pojmy zdraví a nemoc přitom nejsou statické, ale dynamické (Sillamy, 2001; Orel a kol., 2012). Duševní nemoc je podle Duška, Večeřové a Procházkové (2015) chápána jako přerušení či zastavení přirozeného vývoje osobnosti, přičemž zásadní změna nastává mezi premorbidním syndromem a počáteční fází nemoci, kdy se rozvíjí patologický proces. Sociologický pohled ji naopak označuje za formu deviantního chování, které může být vnímáno jako ohrožení stability společnosti, což se historicky odráželo v různých

přístupech – od vnímání těchto jedinců jako proroků až po vyvrhele; v renesanci byli poprvé označeni jako duševně nemocní a začlenění do medicínského modelu regulace. Hartl a kol. (2015) uvádějí, že duševní nemoci se projevují narušením psychických funkcí, a to jejich zvýšením, snížením, deformací či ztrátou, přičemž příznaky jsou celosvětově podobné, avšak kulturní kontext je může ovlivnit – například schizofrenici v USA se často stylizují do rolí sportovních či filmových hvězd, zatímco v České republice se jejich projevy spojují spíše s představami o tajných službách. Duševní nemoci jsou výsledkem kombinace biologických, psychických a sociálních faktorů, což vyžaduje multidisciplinární přístup k léčbě.

Při základním vymezení termínů spojených s duševním zdravím a duševním onemocněním, nesmíme opomenout pojem „norma“, který je podle Orla a kol. (2012) důležitým konceptem, zahrnujícím různá hlediska. Existuje například norma věková, sociokulturní, etická či individuální. Hranice mezi normálností a abnormálností nejsou pevně dány – jsou plynulé, často nejasné a mění se spolu s vývojem společnosti. Tyto hranice by měly být chápány spíše jako orientační nástroj, který respektuje individualitu každého člověka, neboť jedinec může být v některých ohledech považován za normálního a v jiných za odlišného (Orel a kol., 2012). *Stanovit to, co je ve společnosti normální a co již není, je obtížné. Hranice normy je pohyblivá, normalita může být posuzována podle různých kritérií. Vymezení normy závisí na mnoha faktorech, např. na četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů. Je sociokulturně podmíněno, norma se mění v průběhu času. Pro různé sociální skupiny mohou rovněž platit různá normativní kritéria. Jedná se tedy o značně subjektivní proměnnou, jejíž hranice se v průběhu společenského vývoje může různě měnit a posouvat* (Fischer, Škoda, 2014, str. 27). Tento integrovaný pohled na duševní zdraví, nemoc a normu ukazuje, jak důležité je chápat tyto fenomény v souvislostech biologických, sociálních a kulturních podmínek.

1.2.2 Teoretický rámec problematiky – historie a současnost

Duševní onemocnění jsou důležitou součástí lidské existence, přičemž jejich vnímání, diagnostika a léčba prošly výraznými změnami v průběhu historie. Zatímco v minulosti byla tato onemocnění často chápána jako projev nadpřirozených sil, moderní pohled je zakotvený v biologických, psychologických a sociálních souvislostech.

Až do konce 18. století byla péče o duševně choré v Čechách na úrovni středověku. Neklidní nemocní byli zavíráni do vězení nebo tělesně trestáni, zatímco klidní jedinci byli umísťováni do klášterních špitálů, pokud měli nadační nárok na přijetí. Léčba spočívala většinou v zaklínání a vyhánění ďábla. První pokrok nastal v roce 1783, kdy Josef II. nařídil zřízení oddělení pro duševně choré kněze v nemocnici milosrdných bratří v Praze. Zřízení oddělení pro duševně choré kněze nepřineslo zásadní reformu péče o duševně nemocné v Praze. Ta přišla až o rok později se vznikem ústavu u sv. Bartoloměje, který byl určen pro muže všech společenských vrstev. Ve stejném roce byla část nemocnice "U alžbětinek" vyhrazena pro klidné a tiché duševně nemocné ženy a v roce 1789 byla v chorobinci Na Karlově otevřena celá budova věnovaná péči o klidné nemocné. První „blázinec“ v Čechách, zaměřený na neklidné a okolí nebezpečné psychotiky, vznikl v roce 1790 v nové pražské nemocnici. Tento krok položil základy české psychiatrie, ale vysoký počet pacientů z Prahy i venkova brzy vedl k potřebě větších ústavů. Důležitou osobností této doby, tj. 19. století byl Dr. Josef Riedl, který jako první v celé rakouské monarchii začal vyučovat psychiatrii s praktickými ukázkami pacientů, čímž přispěl k etablování psychiatrie jako samostatného akademického oboru. Během svého působení v Praze se zasloužil

o rozšíření a modernizaci psychiatrické péče. Pod jeho vedením byla v letech 1840–1844 postavena nová budova známá jako "Nový dům," která se stala centrem psychiatrické kliniky. Tato budova byla navržena tak, aby poskytovala lepší podmínky pro pacienty, a byla rozdělena na oddělení pro muže a ženy. Dr. Riedl kladl důraz na systematickou péči a zlepšení životních podmínek duševně nemocných, což představovalo významný posun od dřívější izolace a stigmatizace těchto pacientů (Vencovský, 1983).

Ve 20. století se péče o duševně nemocné v českých zemích výrazně vyvinula. Zavedení moderních metod, jako psychoterapie a psychofarmakologie, například použití chlorpromazinu, umožnilo účinnější léčbu. V období socialismu byla psychiatrie ovlivněna ideologií, ale zároveň vznikla specializovaná zařízení a rozšířila se dostupnost péče. Po roce 1989 se otevřely možnosti pro modernizaci psychiatrie, individuální přístup k pacientům a širší uplatnění nových terapeutických metod, včetně rehabilitace (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Ve 21. století se péče o duševní zdraví v České republice posouvá směrem k komunitnímu modelu a důrazu na deinstitucionalizaci. Reforma psychiatrické péče, zahájená Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013, usiluje o vytvoření vyváženého systému, který kombinuje nemocniční, ambulantní a komunitní služby. Klíčovou roli hrají Centra duševního zdraví, jejichž cílem je poskytovat podporu lidem s vážným duševním onemocněním přímo v jejich přirozeném prostředí, omezovat stigmatizaci a zvyšovat kvalitu života. Reforma tak reflektuje moderní trendy v psychiatrii, které zdůrazňují individualizovaný přístup, integraci sociálních a zdravotních služeb a aktivní zapojení klientů do procesu péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Průvodce reformou psychiatrické péče*, 2019).

1.2.3 Současný pohled na duševní nemoci v Česku

Duševní zdraví úzce ovlivňuje kvalitu života a naopak. Psychiatrická péče v ČR prošla od 90. let 20. století pouze minimálními změnami, přičemž se dlouhodobě potýká s podfinancováním a zastaralým systémem založeným na institucionálních nemocnicích. V roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví zahájilo reformu psychiatrické péče jako součást Národního programu reformy. Cílem reformy je přechod k moderní komunitní péči, podpora práv pacientů v souladu s úmluvou OSN a vytvoření integrované sítě služeb. Reforma se inspirovává evropskými strategiemi, které doporučují posílení primární péče, vzdělávání odborníků a poskytování péče v přirozeném prostředí pacienta (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Reforma se zaměřuje na posílení primární zdravotní a psychiatrické péče, včetně včasné diagnostiky a léčby základních duševních poruch. Zásadním prvkem je spolupráce mezi primárními a specializovanými službami a rozšíření sítě ambulancí pro psychiatrii a klinickou psychologii. Významnou hodnotu má rozvoj komunitní péče, zahrnující vznik center duševního zdraví a ambulancí s rozšířenou péčí. Současně dochází k postupné redukci dlouhodobé lůžkové péče. Cílem reformy je vytvoření vyváženého modelu péče, který reflektuje potřeby pacientů, zajišťuje rovnováhu mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami, poskytuje péči blízko bydliště pacienta a zaměřuje se na zmírnění příznaků, zvýšení samostatnosti a kvality života pacientů (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Reforma péče o duševní zdraví v ČR také považuje za důležité zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Tito „peer konzultanti“ působí jako advokáti práv, lektoři, hodnotitelé kvality služeb a výzkumníci, čímž přispívají k tvorbě optimálního systému péče a boji

proti stigmatizaci. Peer podpora má potvrzené přínosy pro pacienty, konzultanty i multidisciplinární týmy. Součástí Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 je proto i opatření na zakotvení peer konzultantů do systému péče, včetně legislativní úpravy a financování. Materiál k tomuto opatření zohledňuje situaci v ČR i zahraniční příklady dobré praxe, popisuje principy peerské podpory a identifikuje bariéry, které je třeba překonat pro její úspěšnou implementaci (© 2025 MZČR).

Podle WHO se s duševním onemocněním alespoň jednou za život setká každý čtvrtý člověk. Přesto přetrvává izolace duševně nemocných, podporovaná existencí institucionální péče. Proto reforma psychiatrie usiluje právě o deinstitucionalizaci a snížení stigmatizace, která vede k tomu, že více než polovina nemocných nevyhledává pomoc ze strachu z diskriminace. Srovnání studií z Anglie a ČR ukazuje, že v Anglii je kontakt s duševně nemocnými běžnější, zatímco v ČR je akceptace jejich přítomnosti výrazně nižší. Například v Anglii by jen malá část lidí odmítla mít duševně nemocného za kolegu, souseda nebo přítele, v ČR je však tento podíl přes 30 %. Stigma je tak silným kulturním fenoménem, který významně ovlivňuje vztahy a postavení duševně nemocných ve společnosti (© 2025 Medical Tribune).

1.2.1 Příčiny a rizikové faktory duševního onemocnění

Příčiny a rizikové faktory duševních onemocnění jsou komplexní a zahrnují kombinaci biologických, psychologických a sociálních vlivů.

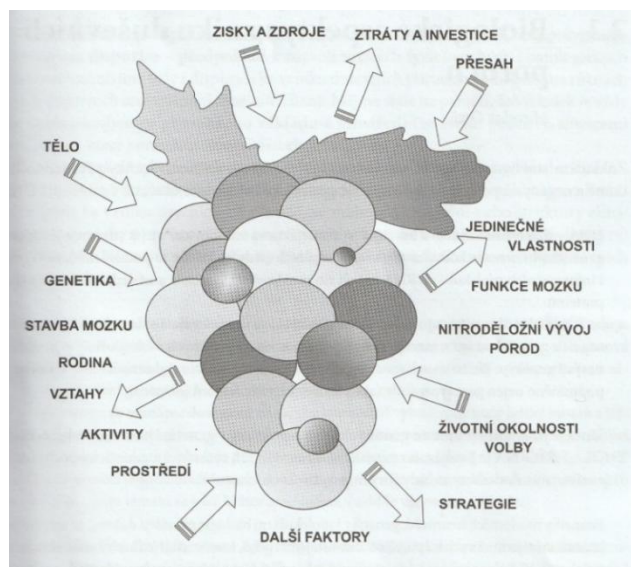
Nakonečný (2011) uvádí, že příčiny duševních onemocnění lze rozdělit na vrozené a získané organické faktory, mezi něž patří genetické odchylky, poškození plodu během vývoje či metabolické poruchy, jako je fenylketonurie nebo kretenismus, které mohou vést k degenerativním onemocněním mozku (např. Alzheimerova choroba) či k psychopatiím. Vedle toho hrají roli i vnější vlivy, například sociální stres, traumatické zážitky, nevhodné výchovné metody nebo ztráta blízkých, jež mohou vyústit v závislosti či antisociální chování. Většina autorů se shoduje, že duševní onemocnění vznikají kombinací biologických a sociálních faktorů, přičemž nejčastěji jsou spojována s nerovnováhou neurotransmiterů, která narušuje přenos nervových signálů v mozku a tím i zpracování informací (Praško a kol. 2005; Vágnerová 2004; Weimerová 2010; Malá 2005).

Kalina (2001) vádí, že duševní nemoci vznikají vlivem různorodých nepříznivých faktorů, které zahrnují biologické, psychologické a sociální faktory. Mezi podstatné faktory na počátku patří genetická a vrozená predispozice spolu s nerovnováhou v organismu. Včetně centrálního nervového systému, což je ovlivněno konstitucí a temperamentem. K těmto předpokladům se přidávají rané vývojové problémy, nevhodné sociální prostředí a dlouhodobý stres. Uvádí ale, že svou roli mohou hrát také různá onemocnění a fyzické poruchy, jako například problémy v metabolismu, úrazy nebo záněty mozku. Ačkoli vzájemné působení těchto faktorů nebylo prokázáno, jejich kombinace zvyšuje zranitelnost organismu. Tento stav u citlivějších osob může vést pod tíhou složitějšího životního období k rozvoji duševní nemoci.

Vágnerová (2004) popisuje princip zranitelnosti (vulnerability), který se týká osob se zvýšenou citlivostí na různé podněty, zejména sociálního rázu. Tato citlivost je spojena s problémy při zpracování informací, což může vést k jejich zkreslenému vnímání nebo k neschopnosti regulovat přísun podnětů. Výsledkem tedy může být přetížení organismu informacemi. Jedinci s touto zranitelností bývají obzvláště náchylní k emočnímu stresu a mají sníženou schopnost

zvládat frustrace, což je příčinou jejich obtíží s vyrovnáváním se s běžnými životními situacemi a následně to může vést k rozvoji psychických obtíží při nadměrné zátěži. Nadměrnou zátěží, resp. z určité části i příčinou rozvoje nemoci může být tedy například neúspěch, odmítnutí partnerem, rozčarování, odloučení od rodiny nebo úmrtí blízké osoby. Vágnerová říká, že podstata problému nespočívá ani tak v zátěži samotné, jako v tom, jak ji jedinec zpracovává.

Orel a kol. (2020) si představuje psychické zdraví jako hrozen, viz obrázek č. 1, kde jednotlivé faktory působí společně a vzájemně se ovlivňují. Některé "bobule" jsou zdravé a podporují rovnováhu, zatímco jiné mohou být "poškozené" a ovlivňovat zbytek hroznu. Výsledek závisí na mnoha okolnostech a nelze jej předem přesně určit – drobné poškození může postupně ovlivnit celý hrozen, zatímco i závažně poškozené "bobule" mohou zůstat izolované, aniž by poškodily celek.



Obrázek 1 - Příčiny vzniku duševních poruch

zdroj: Orel a kol., 2020, str. 27

1.2.2 Diagnostika a klasifikace duševního onemocnění

Diagnostickou činnost lze pojímat jako proces, který jde od metody (tj. souboru podnětů) k reakcím (tj. ke vzorku chování) a od reakcí k vlastnostem osobnosti, nebo k celku chování. Přitom první část tohoto procesu (metoda-reakce) je tvořena pozorováním a měřením, druhá část (reakce-vlastnosti osobnosti či celek jejího chování) vyplývá z interpretace a hodnocení (Svoboda, 2010, str. 11).

Autoři Dušek a Večeřová-Procházková (2015) jsou názoru, že je diagnostika v psychiatrii velmi náročná, především kvůli rozmanitosti a proměnlivosti příznaků psychických nemocí. Zvláště obtížné je určit počáteční fáze těchto onemocnění, jelikož příznaky jsou často obecné a nespecifické. Autoři kladou důležitost na včasnou diagnostiku, kdy je třeba pozorovat rané příznaky a jejich propojení s rysy zdravé osobnosti. Tento proces odráží vztah mezi duševním zdravím a duševní nemocí. Psychiatr se v tomto rozporu snaží zasahovat prostřednictvím praktických opatření. Počáteční příznaky bývají nejednoznačné a získávají specifický charakter až v průběhu nemoci. Pokud první ataka není správně diagnostikována, může to vést

k dlouhodobým omylům, protože další epizody se mohou podobat těm prvním, a tak se v omylu následně dlouhodobě pokračuje.

O tom, že pomáhající profese mají různé přístupy k diagnostice informují Probstová a Pěč (2014). Tyto různé přístupy občas vedou k odmítání psychiatrického diagnostického procesu. Sociální pracovníci často pociťují nedostatek znalostí a kompetencí v porovnání s psychiatry a klinickými psychology, kteří mají diagnostiku a znalost mezinárodní klasifikace nemocí jako součást své odbornosti. Autoři vyzdvihují, že správná diagnóza je stěžejní, protože na ní závisí další kroky, jako je vhodná psychoterapie nebo léčebné a rehabilitační postupy. Proces diagnostikování sociálním pracovníkem však může být pro člověka s duševním onemocněním stigmatizující. I běžný problém může vést k neočekávané diagnóze, která by mohla způsobit další komplikace v jeho běžném prostředí. Důležité je proto identifikovat rizikové faktory, které přispívají ke vzniku duševních onemocnění. Zkušenosti z praxe naznačují, že je pro sociálního pracovníka, který se věnuje lidem s duševními onemocněními, velmi důležité a přínosné mít základní znalosti psychopatologie.

Jak již bylo výše zmíněno, správné rozpoznání a diagnostikování nemoci je významné pro určení odpovídající léčby. Základním diagnostickým nástrojem je Mezinárodní klasifikace nemocí, tj. MKN-10 (anglicky International Classification of Diseases, ICD), která zahrnuje všechny druhy onemocnění, od fyzických po psychické. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se klasifikace každoročně aktualizuje, přičemž aktuálně platná MKN-11 pro rok 2025 byla uveřejněna Světovou zdravotnickou organizací dne 14. 2. 2025. Psychické nemoci jsou v MKN-11 zařazeny pod kapitolu F, která zahrnuje duševní nemoci a poruchy chování (F00-F99). Aktuální verze MKN-11 přináší významné technické a obsahové změny. Mezi technické patří kódovací schéma, datový model a možnost kombinace kódů pro větší klinickou přesnost. Obsahové změny zahrnují podrobnější klinické detaily, nové kapitoly (např. sexuální zdraví) a přesuny některých kapitol (např. cévní nemoci mozku). Hlavní změnou je však to, že MKN 11 umožňuje širší použití díky novému modelu, kdy jeden koncept může patřit do více kategorií. Všechny změny zvyšují flexibilitu a využití klasifikace pro různé potřeby. Obsahově se však v oblasti „F – Poruchy duševní a poruchy chování“ nic zásadního nezměnilo, proto níže, formou obrázku, je uveden tento výčet.

V kapitole 1.3.4 Portfolio klientů – jsou uvedeny nejčastější nemoci, které mají klienti organizace, na niž se zaměřuje tato diplomová práce, proto zde více specifikují pouze tyto diagnózy:

- Demence – F00-F03: duševní choroby, u kterých jde o nemoc vyvolanou buď přímým, nebo zprostředkovaným poškozením CNS jsou jedním z nejčastějších duševních onemocnění u klientů služby, což může souviset s převahou seniorského věku u klientů. Podle Probstové a Pěče (2014) ji charakterizují tři okruhy příznaků trvajících více než 6 měsíců: narušené kognitivní funkce, omezení každodenních činností a behaviorální či psychické projevy. Demence se dělí na primární (způsobené změnami v mozku, např. Alzheimerova choroba) a sekundární (vyvolané jinými onemocněními, např. Parkinsonova či Huntingtonova choroba). Alzheimerova choroba, často geneticky podmíněná, se typicky objevuje po 65. roce věku. Demence kromě poruch paměti a intelektuálních schopností postihuje celou psychiku. Typické jsou omezení myšlení, zhoršení abstrakce a občas i bludy. Emoční poruchy zasahují vyšší city, což vede k úpadku vztahů, etiky a péče o hygienu. I aktivita a pudy jsou výrazně narušeny, často téměř mizí.

Osobnost člověka se postupně degraduje, ztrácí se zájmy a citová pouta. Pacienti obvykle nemají náhled na tyto změny, což je pro jejich blízké velmi náročné.

- Schizofrenie – F20-F29: je složité duševní onemocnění, které ovlivňuje prožívání, chování a vnímání reality. Má mnoho podob, s různými příznaky zahrnujícími narušení myšlení, emocí a chování, proto je nazývána "nemocí sta tváří"(každý nemocný ukazuje jiný obraz téže nemoci). Typicky začíná v dospívání a postihuje ženy i muže, přičemž u žen se často objevuje později. U většiny pacientů má tendenci stát se chronickou, což zkracuje jejich život. Toto onemocnění je proto vážným problémem nejen pro nemocného a jeho blízké, ale i pro celou společnost (Orel a kol., 2012).
- Afektivní poruchy – F30-F39: Poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou, která postihuje během života téměř pětinu populace. Již ve starověkém Řecku byly známé patologické změny nálady. Raboch (2012) afektivní poruchy se rozlišuje dva hlavní syndromy: depresivní a manický.
 - Depresivní epizoda zahrnuje příznaky jako smutek, ztrátu zájmů, sníženou motivaci, apatii a poruchy myšlení (pocity viny, nízké sebevědomí, beznaděj, sebevražedné myšlenky). Často se objevují psychomotorické změny (zpomalení nebo agitace) a tělesné obtíže (nespavost, změny chuti k jídlu, bolesti či nepříjemné vjemy).
 - Manická epizoda je opakem deprese. Projevuje se nadnesenou, euforickou nebo podrážděnou náladou, zrychleným myšlením a zvýšeným sebevědomím, často doprovázeným pocitem mimořádných schopností. Psychomotorika je výrazně zrychlená, což vede ke zvýšené aktivitě a navazování nevhodných sociálních či partnerských vztahů. Typická je také snížená potřeba spánku a zvýšená energie. Přestože maniakální pacienti mohou mít tělesné potíže, většinou si na ně nestěžují.
 - Bipolární průběh vidí Orel a kol. (2012) jako další afektivní poruchu. Deprese a mánie se nemusí vyskytovat izolovaně. Pokud se během života objeví obě epizody (včetně hypománie), jedná se o bipolární poruchu. Depresivní a manické fáze se střídají v různém rozsahu a poměru. Deprese obvykle nastupuje pomalu během dní až týdnů, zatímco mánie se může rozvinout náhle a bez varování.
- Úzkostné poruchy – F41: spadají do kategorie Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Úzkostné poruchy mohou být charakterizovány výraznou úzkostí, která není spojena s konkrétní situací. Tyto poruchy často doprovází depresivní, obsedantní nebo fobické symptomy, které jsou však méně významné. U panické poruchy se objevují nečekané a nepředvídatelné záchvaty intenzivní úzkosti (paniky), které pacienti vnímají jako nepochopitelné. Biologické faktory přispívají spíše k rozvoji než příčině této poruchy. Často jí předchází stresující situace, často spojená se ztrátou (například separační úzkost; Probstová a Pěč, 2014).
- Poruchy osobnosti – F60-F69: dle Rabocha (2012) jsou poruchy osobnosti charakterizovány výrazně narušenými povahovými vlastnostmi, emocemi, náladami či chováním, které jsou neadaptivní a obtěžují jedince i jeho okolí. Objevují se již v dětství či dospívání a přetrvávají po celý život, přičemž mohou být ovlivněny vnějšími faktory, jako jsou konflikty nebo pracovní problémy, či vnitřními, například věkovými změnami nebo nemocemi.

- Mentální postižení – F70-F79: při výčtu duševních onemocnění nelze opomenout to, které je společné všem klientům Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci, neboť pouze na jeho základě se mohou stát klienty této služby. Poruchy intelektu vznikající prenatalně, perinatálně nebo během prvních dvou let života lze podle Rabocha (2012) zařadit mezi mentální retardaci. Nejvíce bývá narušena schopnost učit se nové informace, zatímco vzpomínky na dávno minulé často zůstávají zachovány. Demence se dělí na tři stupně:
 - mírná ovlivňuje složité aktivity, ale jedinec je stále samostatný;
 - středně těžká vyžaduje pomoc při běžných činnostech;
 - těžká znamená rozpad osobnosti a úplnou závislost na péči okolí.
- Poruchy autistického spektra (PAS) – F84: kategorie pervazivních vývojových poruch byla samostatně zavedena až v desáté revizi MKN a zahrnuje například dětský autismus, atypický autismus, aspergerův syndrom a Rettův syndrom. Nejčastějším typem u klientů sociálních služeb je dětský autismus, který se projevuje od tří let narušenou komunikací, sociálními vztahy a stereotypním chováním. Děti často nevyvíjejí přiměřené vztahy ani řeč a věnují se opakovaným ritualizovaným činnostem. Asi 5–20 % tvoří funkční autismus, umožňující určitou samostatnost v dospělosti, zatímco většina zůstává trvale závislá na péči rodiny nebo institucí (Orel a kol., 2012).

1.2.3 Důsledky duševního onemocnění

Duševní onemocnění představuje nejen zdravotní problém, ale také komplexní sociální a individuální výzvu, která zasahuje do mnoha oblastí lidského života. Tyto dopady jsou různorodé a mohou se výrazně lišit v závislosti na závažnosti, délce trvání onemocnění a podpoře, kterou má jedinec k dispozici. Tato podkapitola se zaměřuje na analýzu těchto vlivů ve dvou hlavních rovinách – individuální a sociální – přičemž poukazuje na jejich provázanost a komplexní charakter. Řešení individuálních a sociálních důsledků duševního onemocnění vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup, který zahrnuje podporu ze strany zdravotních a sociálních služeb, terapeutické intervence a zapojení komunitních zdrojů. Podstatné je odstraňování stigmatizace a budování podpůrného prostředí, které umožní jedincům s duševním onemocněním vést plnohodnotný život (WHO, 2001).

1.2.3.1 Individuální důsledky duševního onemocnění

Na individuální úrovni má duševní onemocnění zásadní vliv na kvalitu života postiženého jedince. Mezi hlavní důsledky patří zhoršení psychického a často i fyzického zdraví, což může ovlivnit schopnost vykonávat každodenní činnosti a dosahovat životních cílů. Duševní onemocnění bývá spojeno s pocitem beznaděje, sníženou sebeúctou a omezenými sociálními interakcemi, což přispívá k sociální izolaci a celkové nespokojenosti s životem. Pracovní schopnosti postiženého jedince jsou další oblastí, kterou duševní onemocnění významně ovlivňuje. Mnoho jedinců s duševním onemocněním čelí problémům při udržení zaměstnání nebo nalezení pracovního uplatnění, což může vést k ekonomickým potížím a pocitu neúspěchu. K tomu se přidávají obtíže spojené s nedostatkem podpory na pracovišti a stigmatizací, která může dále zhoršovat situaci. Přesto jsou vhodná intervence, například psychosociální rehabilitace nebo podporované zaměstnávání, důležité pro obnovu pracovní schopnosti a návrat ke spokojenému životu (Slade, 2009).

1.2.3.2 Sociální důsledky duševního onemocnění

Sociální dopady duševního onemocnění se neomezují pouze na samotného jedince, ale zahrnují i jeho rodinu, přátele, komunitu, a dokonce i organizaci, ve které působí. V rodinném prostředí duševní onemocnění často způsobuje zvýšenou psychickou i fyzickou zátěž pro blízké, kteří se starají o nemocného. Péče o člena rodiny s duševním onemocněním může vést k vyčerpání, zvýšení stresu, narušení rodinných vztahů a snížení kvality života ostatních členů rodiny. Pro přátele a širší komunitu může být interakce s osobou s duševním onemocněním obtížná vzhledem ke stigma, které stále kolem duševních onemocnění přetrvává. Sociální izolace a nedostatek pochopení mohou vést k oslabení mezilidských vztahů, a tím i k prohloubení dopadů onemocnění na postiženého jedince. Zároveň však existují případy, kdy solidární přístup a podpora ze strany komunity je zásadní v procesu zotavení. Na úrovni organizací může být přítomnost pracovníka s duševním onemocněním výzvou pro kolektivní spolupráci a produktivitu. Organizace mohou čelit náročné situaci, kdy je třeba zajistit odpovídající pracovní podmínky, podporu a poradenství. Současně mohou tyto situace přinášet cenné podněty pro rozvoj firemní kultury zaměřené na inkluzi a podporu diversity (WHO, 2001).

1.2.4 Metody léčby duševního onemocnění

Diagnostika a léčba psychických poruch spadá do působnosti dvou vzájemně propojených, avšak samostatných oborů – psychiatrie a klinické psychologie. Oba tyto obory čerpají především ze znalostí psychopatologie, která se zaměřuje na popis a klasifikaci duševních a behaviorálních poruch:

- Psychiatrie je lékařský obor zaměřený na diagnostiku, prevenci a léčbu duševních onemocnění, stejně jako na výzkum jejich příčin a mechanismů vzniku. Psychiatr může předepsat farmakologickou léčbu. V České republice se jí věnují absolventi lékařských fakult, kteří po atestaci získávají členství v České lékařské komoře.
- Klinická psychologie se zaměřuje na diagnostiku, prevenci a léčbu duševních chorob a využívání psychologických poznatků ve zdravotnictví. Tento obor vykonávají absolventi jednooborové psychologie, kteří po specializačním vzdělávání složí atestační zkoušku. Členství v Českomoravské psychologické společnosti je pro ně dobrovolné. Soukromé poradenství, jako koučink nebo terapie bez odborného vzdělání, není součástí klinické psychologie a není zákonem omezeno (Kučera, 2013).

Léčba psychických poruch se dříve zaměřovala na odstranění nebo zmírnění odchylek v chování a prožívání pacienta. Hlavním cílem je dosáhnout jeho uzdravení, tedy stavu celkové fyzické, duševní a sociální pohody. Při diagnostice a léčbě těchto poruch se využívají čtyři klíčové přístupy:

- psychiatrická péče a diagnostika (např. vyšetření, vyslovení diagnózy a hospitalizace),
- farmakoterapie (indikace léků),
- biologické metody (např. elektrická stimulace mozku, biofeedback a chirurgické zákroky),
- metody klinické psychologie (zejména psychoterapie; Kučera, 2013).

Dle Orla a kol. (2020) je moderní psychiatrie se výrazně liší od své minulosti a stále se vyvíjí jako progresivní lékařský obor. Pokrok je patrný v oblasti diagnostiky, klasifikace, genetických poznatků a etiopatogeneze duševních onemocnění, stejně jako v léčebných přístupech. Často se

preferuje koncept "dvojkolejně léčby," která kombinuje biologické metody zaměřené na mozek a psychologické metody zaměřené na psychiku. Pokud léčba zahrnuje i sociální a spirituální dimenze jedince, označuje se jako komplexní či celostní přístup.

Léčba duševních poruch zahrnuje širokou škálu metod, včetně psychoterapie, psychiatrické medikace, case managementu a dalších postupů. Psychoterapie představuje jednu z hlavních možností a zahrnuje různé techniky, jako kognitivně-behaviorální terapii, psychoanalýzu, systemickou terapii či humanisticky orientované přístupy, které se přizpůsobují individuálním potřebám klientů. Psychiatrické medikace, například antidepresiva, stabilizátory nálady či antipsychotika, jsou dalším důležitým pilířem léčby, přičemž jejich využití může být doprovázeno riziky spojenými s nežádoucími účinky či adherencí. Mezi další metody patří elektrokonvulzivní terapie, psychochirurgie, kreativní terapie, úpravy životního stylu a podpůrné opatření, jako je svépomoc nebo podporované bydlení. Různé formy péče jsou často propojeny v rámci case managementu nebo modelů zotavení, které se zaměřují na integraci do společnosti, potírání stigmatizace a posilování naděje. V rámci léčby je důležitý přístup zohledňující individuální potřeby klientů i jejich sociální začlenění, což je rozhodující pro kvalitní podporu osob s duševním onemocněním (© 2025 Dobrá psychoterapie).

1.2.5 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách má každý nárok na bezplatné sociální poradenství, a to buď základní (§ 37), které poskytuje informace pro řešení nepříznivých situací, nebo odborné, zaměřené na specifické skupiny.

Do služeb sociální péče pro klienty s duševním onemocněním patří:

- pečovatelská služba (§ 40) – pomoc při hygieně, stravování a chodu domácnosti;
- podpora samostatného bydlení (§ 43) – asistence při domácích a osobních záležitostech;
- centra denních služeb (§ 45) – ambulantní péče zahrnující aktivizační činnosti;
- denní (§ 46) a týdenní stacionáře (§ 47) – pomoc při běžných činnostech a zajištění ubytování;
- domovy se zvláštním režimem (§ 50) – péče pro osoby s demencí a duševními chorobami;
- chráněné bydlení (§ 51) – samostatné bydlení s podporou;
- sociální služby v nemocnicích (§ 52) – péče o pacienty, kteří nemohou být propuštěni.

Do služeb sociální prevence pro klienty s duševním onemocněním patří:

- telefonická krizová pomoc (§ 55) – podpora v krizových situacích;
- služby následné péče (§ 64) – pomoc pro osoby po léčbě;
- sociálně terapeutické dílny (§ 67) – podpora pracovních dovedností;
- terapeutické komunity (§ 68) – přechodná péče s cílem začlenění do společnosti;
- sociální rehabilitace (§ 70) – nácvik samostatnosti a soběstačnosti.

V roce 2013 byl v České republice zahájen proces reformy psychiatrické péče s cílem modernizovat a zkvalitnit systém péče o osoby s duševním onemocněním. Jeho realizace probíhá v několika fázích až do současnosti. Hlavním cílem reformy je přesun od centralizované ústavní péče k individuálně zaměřené komunitní péči, která umožňuje pacientům žít co nejvíce nezávislý život v jejich přirozeném prostředí. Očekávaný dopad reformy zahrnuje nejen zlepšení

kvality života lidí s duševním onemocněním, ale také jejich integraci do společnosti, snížení závislosti na hospitalizaci posílení autonomie. Tento přístup zároveň ukazuje důležitost propojení zdravotních a sociálních služeb, čímž zajišťuje komplexnější a dostupnější péči. Stěžejní prvky reformy jsou:

- centra duševního zdraví (CDZ) - poskytují multidisciplinární péči, zahrnující zdravotní i sociální služby, a podporují zotavení klientů v komunitním prostředí;
- komunitní péče – snižuje závislost na hospitalizaci a podporuje začlenění do společnosti prostřednictvím terénních služeb a ambulantní péče;
- destigmatizace – zvyšuje povědomí o duševním zdraví a bojuje proti předsudkům vůči lidem s duševními onemocněními;
- podpora zaměstnanosti a bydlení – pomáhá klientům získat stabilní bydlení a pracovní příležitosti, což je důležité pro jejich nezávislost;
- multidisciplinární týmy – zahrnují psychiatry, psychoterapeuty, sociální pracovníky a další odborníky, kteří společně poskytují komplexní péči (© MZČR, 2025).

1.3 Sociální služby, Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec

Tato kapitola se zaměřuje na sociální služby a jejich konkrétní realizaci prostřednictvím Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec. Jejím cílem je přiblížit význam sociálních služeb pro systém péče o klienty a ukázat jejich nezastupitelnou roli při podpoře osob, které tuto pomoc potřebují. Sociální služby představují klíčový nástroj péče, podpory a integrace lidí s různými potřebami do společnosti, přičemž jejich důležitost roste s ohledem na dynamicky se měnící společenské podmínky. Kapitola proto rozpracovává, jaké druhy služeb existují a co zahrnují, a jako příklad uvádí činnost Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, významného poskytovatele v regionu. Organizace nabízí široké spektrum podpory pro různé skupiny klientů, což je doplněno analýzou jejího portfolia služeb i klientů. Zvláštní pozornost je věnována roli sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, jejich každodennímu kontaktu s klienty a odpovědnostem, které zásadně ovlivňují kvalitu péče. Součástí kapitoly je také rozbor pracovních míst a specifik činnosti těchto profesí v kontextu vztahu ke klientům, což umožňuje lépe porozumět nárokům kladeným na tuto práci. Celkově kapitola poskytuje komplexní přehled o systému sociálních služeb, jejich organizaci, profesních rolích a vlivu na kvalitu poskytované podpory.

V okrese Jindřichův Hradec dle registru sociálních služeb fungují k březnu 2025 pouze čtyři zařízení specializovaná na podporu osob s duševním onemocněním:

- Fokus Tábor – sociální rehabilitace, chráněné bydlení;
- Město Jindřichův Hradec – odborné sociální poradenství;
- ARCHA Borovany, o. p. s. – pečovatelská služba;
- MESADA, z. s. – sociální rehabilitace (© MPSV, 2025).

Tento počet organizací specializovaných na podporu osob s duševním onemocněním je zcela nedostačující, což vede k tomu, že mnoho lidí s touto diagnózou využívá služby nespécializovaných zařízení, například právě Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci. Tato situace prezentuje naléhavou potřebu zaměřit další vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách ve specializovaných i nespécializovaných zařízeních i na oblast duševního zdraví

a nemoci, aby byli schopni poskytovat kvalitní každodenní podporu a péči klientům a jejich specifickým potřebám.

1.3.1 Sociální služba

Sociální služby jsou regulovány zákonným rámcem, který definuje, kdo je oprávněn tyto služby poskytovat a jaké subjekty se na jejich realizaci podílejí. Tento rámec zajišťuje organizovaný a efektivní systém podpory pro osoby v různých životních situacích. *Kdo je poskytovatelem sociálních služeb a prostřednictvím koho jsou tyto poskytovány, stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytovateli sociálních služeb ve smyslu uvedeného zákona jsou následující subjekty: územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo práce a sociálních věcí a jím zřízené organizační složky státu“* (Molek, 2019, str. 44).

Poskytování sociálních služeb se opírá o zákon č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášku č. 505/2006 Sb. Poskytují pomoc osobám v nepříznivých situacích pro jejich sociální začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení. *„Sociální služba je činnost (soubor činností), jejímž cílem je pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Nepříznivou sociální situaci se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění (proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný), jakož i ochranu před sociálním vyloučením (vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace)“* (Molek, 2019, Str. 41 a 42).

Dle autorů Čámské, Sembdnera a Krutilové (2011) má zákon o sociálních službách dva hlavní cíle: zajištění sociální péče pro potřebné osoby a nápravu právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli. Před rokem 1989 byl systém sociální péče dobře propracován a dostupný, avšak ne vždy respektoval lidská práva a důstojnost uživatelů. Potřební lidé byli často izolováni ve speciálních ústavech, s omezením svobody pohybu a vytrženi ze svého přirozeného prostředí. Zákon o sociálních službách přinesl zásadní změnu, opustil paternalisticko-direktivní přístup a vytvořil prostředí pro rovnoprávné a individuální vztahy mezi poskytovateli a uživateli služeb. Standardy kvality podrobně popisují, na co se má poskytovatel zaměřit, a jakým způsobem může prokázat soulad se zákonem.

Sociální služby se dělí dle MPSV (2021) na tři hlavní druhy. Toto členění nalezneme i v zákoně 108/2006 Sb. Dle Moleka (2019) je toto rozdělení určeno z hlediska funkce (orientace), kterou sociální služby ve společnosti plní:

- Sociální poradenství: tato služba poskytuje informace, rady a asistenci při řešení různých životních problémů, jako jsou finanční potíže, rodinné problémy, závislosti nebo zdravotní problémy. Molek (2019) uvádí, že sociální poradenství má za cíl poskytovat jednotlivcům potřebné informace, které jim pomáhají řešit nepříznivé sociální situace, týkající se jak jich samých, tak i jejich blízkých (členů rodiny). Poradenství má preventivní charakter (zaměřuje se na předcházení obtížným sociálním situacím a eliminaci jejich příčin či nepříznivých podmínek) a nápravný charakter (zaměřuje se na řešení problémů jednotlivce i jeho rodiny a zmírnění jejich důsledků). Tato služba je poskytována zdarma. Sociální poradenství je primární činností při poskytování všech druhů sociálních služeb

a zahrnuje dvě formy – základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Odborné sociální poradenství zahrnuje i práci s jedinci, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností, a zahrnuje také půjčování kompenzačních pomůcek.

- Sociální péče: hlavním účelem služeb sociální péče je podporovat fyzickou a psychickou soběstačnost lidí. Cílem je co nejvíce je zapojit do běžného života společnosti a v případech, kdy to jejich stav neumožňuje, zajistit důstojné podmínky a zacházení. Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních. Patří sem například péče o seniory, osoby s postižením nebo dlouhodobě nemocné (Molek, 2019).
- Sociální prevence: tato služba se zaměřuje na předcházení sociálním problémům a na podporu jedinců v jejich úsilí o začlenění do společnosti. Dle Moleka (2019) je primární misí služeb sociální prevence je předcházet jevům a situacím vedoucím k sociálnímu vyloučení jednotlivců, které nejsou způsobeny věkem nebo zdravotním stavem. Tyto služby se zaměřují na změnu nepříznivých sociálních podmínek, které vedou k negativním jevům, jako jsou kriminalita, zneužívání návykových látek a rodinné krize. Cílem je především eliminovat příčiny těchto jevů, zabránit jejich šíření do nezasažené části společnosti a pomoci jednotlivcům znovu se začlenit do společnosti. Mezi služby sociální prevence patří raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní a krizová centra, intervenční centra, nízkoprahová denní centra a zařízení pro děti a mládež, noclehárny, následné služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny, seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Sociální služby jsou poskytovány různými organizacemi, včetně státních institucí, neziskových organizací, církevních organizací a soukromých poskytovatelů. Finanční zdroje pro poskytování těchto služeb pocházejí z různých zdrojů, jako jsou veřejné rozpočty, evropské fondy, dary a vlastní příjmy poskytovatelů.

1.3.2 Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, se sídlem na Česká 1175, je největším poskytovatelem sociálních služeb v Jihočeském kraji a patří mezi největší v České republice (CSS J. Hradec, 2024). Jako příspěvková organizace zřízená Jihočeským krajem poskytuje široké spektrum pobytových i ambulantních služeb osobám s mentálním či kombinovaným postižením, přičemž klade důraz na budování přirozených vztahových sítí, respektování práv a lidské důstojnosti uživatelů. Jejím dlouhodobým cílem je zkvalitňování služeb, zlepšování pracovních podmínek zaměstnanců, racionalizace a digitalizace administrativních procesů i sdílení zkušeností a příkladů dobré praxe mezi středisky. Organizace se neustále vyvíjí a od 1. 1. 2025 provozuje domov, týdenní a denní stacionář pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením v Jindřichově Hradci a chráněná bydlení v Jindřichově Hradci, Lišově, Lomnici nad Lužnicí a Třeboni. Veškeré služby jsou poskytovány v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a souvisejícími standardy sociální péče (CSS J. Hradec, 2025).

1.3.2.1 Poskytované služby

Dle Výroční zprávy za rok 2023 Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec poskytuje pobytové a ambulantní služby sociální péče podle § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v různých střediscích. Na svých webových stránkách organizace uvádí, že od 1. 1. 2025 poskytuje Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec pouze služby pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením. Mezi hlavní služby patří:

- domov pro osoby se zdravotním postižením: tento typ služby poskytuje dlouhodobé ubytování a péči pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením;
- týdenní stacionář: Osoby navštěvují zařízení jednou týdně, kde dostávají podporu a péči;
- denní stacionář: Osoby navštěvují zařízení každý den, kde dostávají podporu a péči;
- chráněné bydlení: Poskytuje podporu pro osoby, které žijí samostatně, ale potřebují pravidelnou pomoc a podporu;
- půjčovna zdravotních a kompenzačních pomůcek: Nabízí půjčování různých pomůcek, které mohou usnadnit každodenní život osobám s postižením (CSS J. Hradec, 2024).

Organizace se zaměřuje na zajištění přirozených vztahových sítí a respektování práv a lidské důstojnosti každého uživatele. Následující tabulka znázorňuje kapacitu a personální zajištění služeb poskytovaných Centrem sociálních služeb Jindřichův Hradec. Údaje pocházejí z výroční zprávy za rok 2023. V tabulce jsou vybrané pouze aktuální služby, počty zaměstnanců v domovech seniorů, které byly součástí CCS J. Hradec do konce roku 2024 byly součástí jiné tabulky (CSS J. Hradec, 2025).

Kapacita a personální zabezpečení služeb pro osoby se zdravotním postižením k 31. 12.		
Název zařízení, druh služby	Kapacita pro klienty	Pracovní úvazky
Sociální služby Česká – denní stacionář	15	5,62
Sociální služby Česká – týdenní stacionář	15	11,80
Sociální služby Česká – domov pro osoby se zdravotním postižením	112	136,31
Chráněné bydlení Naplno	80	68,00

Obrázek 2 - Kapacita a personální zabezpečení služeb CSS J. Hradec k roku 2023

Zdroj: CSS J. Hradec (2024, str. 16)

1.3.2.2 Portfolio klientů organizace

Klienty této organizace jsou především osoby se zdravotním znevýhodněním, tyto lidé ale mají různý stupeň postižení. „Zdravotní pas“ je interní dokument organizace, který představuje důležitý dokument pro klienta i právě pro organizaci. Tento dokument shrnuje důležité zdravotní informace týkající se daného klienta, aby bylo možné rychle poskytnout relevantní údaje v případě akutních situací, jako je například volání rychlé záchranné služby, nebo návštěva nového lékaře. Dokument obsahuje například:

- seznam diagnostikovaných onemocnění,
- záznamy o provedených zdravotních zákrocích,
- informace o zdravotní pojišťovně,
- potřebu vystavení pracovní neschopnosti v případě nemoci + adresu zaměstnavatele,
- přehled očkování,

- důležité telefonní kontakty (např. opatrovník, kontakty vedoucího dané pobytové služby),
- seznam alergií,
- seznam užívaných léků,
- krátké informace o specifických potřebách klienta (komunikační potřeby, schopnost porozumění apod.).

Klienti Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci se kromě mentálního postižení často potýkají i s různorodými duševními onemocněními. Tato kombinace zdravotních obtíží vyžaduje individuální a komplexní přístup, který zohledňuje potřeby každého klienta, a vyzdvihuje multidisciplinární péči a podporu. Portfolio duševních onemocnění mezi klienty organizace je vzhledem k jejich počtu mimořádně pestré. Nejčastěji se vyskytující diagnózy mezi klienty Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci jsou:

- schizofrenie,
- afektivní poruchy (především deprese, bipolární poruchy),
- úzkostné poruchy,
- poruchy osobnosti,
- poruchy autistického spektra (PAS),
- demence – zejména u starších klientů, kde se kombinuje mentální postižení a zhoršení kognitivního myšlení (CSS J. Hradec, 2025).

1.3.3 Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách – jejich místo a role v Centru sociálních služeb Jindřichův Hradec

Dle Moleka (2019) je organizace výsledkem procesu organizování a sestává z pracovních míst propojených vazbami. Pracovní místo zahrnuje úkoly vykonávané určitou osobou a plní konkrétní funkci v organizační struktuře. Pracovní role je úlohou, kterou lidé plní při své práci, a vztahuje se k očekávanému chování a výsledkům. Popis pracovního místa a pracovní role vymezuje úkoly, odpovědnosti, požadavky a očekávání. Tyto popisy slouží nejen k formulaci činností a odpovědností, ale také k určení potřebných znalostí, dovedností a očekávaného výkonu. Mají svou důležitost při náboru, výběru, řízení pracovního výkonu, odměňování a vzdělávání zaměstnanců.

Dle výroční zprávy za rok 2022 (CSS J. Hradec, 2024) jsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách podstatní v podpoře a pomoci klientům, kteří čelí různým životním obtížím. Jejich práce zahrnuje širokou škálu činností, které jsou zaměřeny na zajištění sociálního, emocionálního a praktického zabezpečení klientů. Sociální pracovníci v Centru sociálních služeb J. Hradec hodnotí potřeby klientů, poskytují poradenství, vytvářejí a implementují plány péče, spojují klienty s dalšími zdroji a službami, a podporují je v krizových situacích. Jsou často mediátory mezi klienty a dalšími službami nebo institucemi a pomáhají řešit komplexní problémy. Naopak pracovníci v sociálních službách poskytují přímou péči a podporu klientům v každodenních činnostech, jako je osobní hygiena, stravování, a účast na volnočasových aktivitách. Pracovníci v sociálních službách se zaměřují na udržení a rozvoj schopnosti klientů, aby mohli co nejdéle zůstat soběstační. Obě pracovní pozice spolupracují úzce s klienty, rodinami a dalšími odborníky, aby zajistili komplexní a účinnou podporu. Jejich role jsou nepostradatelné pro zlepšení kvality života klientů a pro jejich začlenění do společnosti.

Obě profese se s klienty setkávají například při schůzkách individuálního plánování, nastavování plánu péče a spolupracují při vyřizování úředních záležitostí pro klienty Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec.

2 Výzkumná část / Praktická část

Praktická část má na základě zjištění výzkumu přinést nejen praktická doporučení, ale také obohatit širší povědomí o významu neustálého vzdělávání v sociálních službách; výsledky budou vycházet z identifikovaných potřeb a hodnocení současných vzdělávacích programů a umožní navrhnout konkrétní opatření, která může organizace zavést pro zlepšení svého systému vzdělávání.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit a popsat, jak je zajištěno další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vybrané organizace poskytující podporu lidem s duševním onemocněním a zda je z pohledu těchto pracovníků účinně zaměřeno na problematiku práce s lidmi s duševním onemocněním.

V této kapitole jsou formulovány výzkumné otázky, které slouží jako základ pro hlubší zkoumání tématu. Otázky reflektují důležité oblasti, které mají být zkoumány. Jejich konkretizace umožňuje lépe pochopit problematiku dalšího vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách a jeho vliv na jejich schopnost poskytovat podporu klientům. Výzkumné otázky zároveň přispívají k důslednému vedení výzkumu a zajišťují, že budou podrobně zkoumány všechny důležité oblasti tématu.

HVO: Jak je zajištěno další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách poskytujících podporu lidem s duševním onemocněním a zda je z jejich pohledu užitečně zaměřeno na problematiku práce s touto cílovou skupinou?

DVO 1: Jaký je aktuální stav vzdělávání pracovníků?

DVO 2: Jakým způsobem reflektuje dosavadní vzdělávání pracovníků potřeby a specifika, která vyplývají z poskytování pomoci a podpory lidem s duševním onemocněním?

DVO3: Jaké jsou potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání zaměřené na pomoc lidem s duševním onemocněním?

DVO4: Jak užitečné byly dosavadní vzdělávací programy ve vztahu ke každodenní praxi pro práci s lidmi s duševním onemocněním z pohledu pracovníků vybrané organizace?

2.2 Metodika výzkumu

V úvodu kapitoly jsou představeny znaky kvalitativního výzkumného designu, který byl zvolen jako hlavní výzkumná strategie, a následně je podrobněji rozpracována použitá metoda sběru dat, včetně způsobu práce s technikou a kontextem výzkumu. Samotný výzkum probíhal od 1. do 30. dubna 2025 a je zakončen popisem nástroje výzkumného souboru tvořeného participanty z řad sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách jedné konkrétní organizace. Pro minimalizaci dopadů limitů bylo nezbytné důkladně plánovat, pečlivě sestavit základní scénář rozhovorů a zajistit ochotu participantů k účasti, stejně jako dbát na objektivitu a konzistenci při analýze kvalitativních dat a udržet vysokou kvalitu jejich sběru.

2.2.1 Nástroj sběru dat – rozhovory

Do výzkumu bylo zahrnuto pět sociálních pracovníků a pět pracovníků v sociálních službách za účelem zjištění jejich zkušeností a názorů týkajících se předmětu bádání, tedy dalšího vzdělávání poskytovaného organizací a oblastmi, které jim chybí pro kvalitní a adekvátní reakci na potřeby klientů s duševním onemocněním v běžných, ale i krizových situacích jejich každodenního života. Výsledky tak uceleněji směřují ke konkrétním a praktickým doporučením pro systém dalšího vzdělávání pracovníků organizace.

Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly přímo zacíleny na hodnocení účinnosti dosavadního vzdělávání a na porozumění potřebám pracovníků v oblasti dalšího vzdělávání, zejména se zaměřením na podporu klientů s duševním onemocněním. Před každým rozhovorem byl oslovený pracovník informován o výzkumu a jeho účelu a především ujištěn o dodržení anonymity, což bylo důležité pro vytvoření důvěryhodného prostředí pro otevřenou komunikaci. Záznamy rozhovorů byly pořízeny, následně zpracovány a využity k podrobné analýze.

Otázky použité v rozhovorech byly formulovány tak, aby se vždy tři až čtyři otázky zaměřovaly na jedno konkrétní téma odpovídající dílčí výzkumné otázce. Struktura umožnila detailně prozkoumat jednotlivé složky problematiky. Zvolený přístup zajistil komplexnější pochopení názorů a zkušeností participantů a poskytl hlubší vhled do zkoumané oblasti.

Pro sociální pracovníky i pracovníky v sociálních službách byl použitý stejný scénář rozhovoru, který je přílohou B této diplomové práce.

2.2.2 Lokalizace výzkumu

Výzkum probíhal v Centru sociálních služeb Jindřichův Hradec, které poskytuje podporu osobám se zdravotním a kombinovaným postižením, přičemž řada klientů se potýká i s duševními problémy. To klade zvýšené nároky na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří musí pružně reagovat na specifické potřeby klientů. Organizace nabízí svým zaměstnancům vzdělávací aktivity v souladu se zákonem o sociálních službách, zaměřené na rozvoj dovedností pracovníků a zajištění kvalitní péče.

Organizace byla vybrána nejen pro svůj význam, ale i na základě mé dlouholeté profesní zkušenosti. Výzkum se soustředil na zkušenosti pracovníků s dalším vzděláváním, identifikaci jejich potřeb a posouzení, zda vzdělávání dostatečně reflektuje práci s klienty s duševním onemocněním. Výzkum probíhal v prostředí s intenzivním kontaktem mezi pracovníky a klienty, což umožnilo zmapovat praktickou využitelnost vzdělávání a jeho dopad na každodenní praxi. Rozhovory byly vedeny důvěrně, což přineslo otevřené odpovědi. Od ledna 2025 změny v organizační struktuře centra snížily počet participantů, proto bylo nutné upravit výzkumné metody, což přineslo nové výzvy i rozmanitější perspektivy.

2.2.3 Výzkumný soubor

Pro realizaci rozhovorů byli po vzájemné dohodě s ředitelkou Centra sociálních služeb v Jindřichově Hradci vybráni participanté metodou záměrného výběru (purposive sampling), která umožňuje cíleně oslovit osoby splňující předem stanovená kritéria uvedená v tabulce č. 3. Při výběru se zohledňovala nejen délka praxe, ale také aktivní zapojení do činností organizace,

což zajistilo, že do výzkumu byli zařazeni pracovníci schopní reflektovat dopady dalšího vzdělávání na svou každodenní praxi. Z původně oslovených osob bylo nakonec vybráno pět sociálních pracovníků a pět pracovníků v sociálních službách, jejichž výpovědi poskytly podrobné poznatky o účinnosti vzdělávacích aktivit, jejich nedostatcích i možnostech zlepšení. Získaná zpětná vazba tak přispěla k hlubšímu porozumění tomu, zda a jak vzdělávací programy podporují lepší připravenost pracovníků na poskytování pomoci klientům s duševním onemocněním, a zároveň umožnila zachytit různorodé zkušenosti jednotlivých pracovníků v organizaci.

Kritérium	Popis
Délka praxe	Více než 2 roky působení v organizaci.
Pracovní pozice	Sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách.
Účast na vzdělávání	Aktivní zapojení do vzdělávacích programů organizace.
Ochota spolupracovat	Souhlas s účastí na rozhovorech a sdílení zkušeností.

Tabulka 3 - Kritéria pro zařazení participantů do výzkumu

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka číslo 4 přehledně znázorňuje rozdělení participantů podle pracovní pozice a délky jejich praxe v organizaci. Do výzkumu byli zařazeni pracovníci v sociálních službách i sociální pracovníci, přičemž kritériem byla minimálně dvouletá zkušenost v dané organizaci. Jak je patrné z tabulky, větší část souboru tvořili pracovníci s více než tříletou praxí, což zajišťuje vyšší míru odborných zkušeností a schopnost reflektovat dopady dalšího vzdělávání na každodenní praxi. Rozdělení podle délky působení zároveň umožňuje porovnat, zda se v hodnocení vzdělávacích aktivit liší perspektiva pracovníků s kratší a delší praxí.

Pracovní pozice	2-3 roky praxe	3 a více let praxe
Pracovník v sociálních službách	2	3
Sociální pracovník	1	4

Tabulka 4 - Rozdělení participantů podle pracovní pozice a délky praxe

Zdroj: vlastní zpracování

Rozhovory byly koncipovány tak, aby se zaměřily na zjištění osobních názorů a zkušeností participantů. Cílem bylo pochopit jejich pohled na využitelnost dalšího vzdělávání organizovaného Centrem sociálních služeb pro každodenní praxi a zjistit, zda jim poskytuje dostatečnou podporu pro práci s klienty s duševním onemocněním, včetně situací vyžadujících krizovou intervenci. Takový přístup poskytl hloubkovou analýzu zkušeností a perspektiv pracovníků, která může sloužit jako podklad pro doporučení na zlepšení vzdělávacích programů a rozvoj podpory v praxi.

Pracovní pozice	Počet participantů	Z toho ženy	Z toho muži
Pracovník v sociálních službách	5	3	2
Sociální pracovník	5	5	0

Tabulka 5 - Přehledová tabulka výběrového souboru

Zdroj: vlastní zpracování

2.2.4 Limity použité výzkumné strategie

Každá výzkumná strategie má své limity a kvalitativní výzkum není výjimkou. V případě tohoto šetření lze identifikovat následující omezení:

- Časová náročnost sběru a analýzy dat – realizace rozhovorů a jejich následná transkripce a analýza vyžadovala značný čas, což mohlo ovlivnit hloubku zpracování některých detailů.
- Výběr participantů – soubor byl tvořen pracovníky, kteří splňovali předem stanovená kritéria (viz tabulka č. 3). To sice zajišťuje relevanci dat, ale zároveň omezuje možnost zobecnění výsledků na všechny zaměstnance organizace či na jiné poskytovatele sociálních služeb.
- Subjektivita interpretace – analýza rozhovorů je do určité míry ovlivněna interpretací výzkumníka, což může mít vliv na výsledné závěry.
- Velikost vzorku – výzkum zahrnoval pouze deset rozhovorů (pět sociálních pracovníků a pět pracovníků v sociálních službách). Tento počet poskytuje cenné poznatky, ale nemusí plně zachytit všechny perspektivy a zkušenosti zaměstnanců organizace.
- Upřímnost odpovědí – kvalita získaných dat závisela na otevřenosti participantů. Vzhledem k tomu, že rozhovory probíhaly v rámci jejich zaměstnání, mohli někteří pracovníci své odpovědi formulovat opatrněji.
- Specifičnost prostředí – výzkum byl realizován v jedné konkrétní organizaci, což omezuje možnost přímého přenosu výsledků na jiné instituce, které mohou mít odlišné podmínky či organizační kulturu.

2.2.5 Etika výzkumu

Etické aspekty výzkumu byly pečlivě promyšleny a zbyly zahrnuty do všech kroků realizace výzkumu. Protože kvalitativní výzkum zahrnuje přímé interakce s participanty a hluboké polostrukturované rozhovory, byla dána velká pozornost ochraně práv a důstojnosti všech zúčastněných. Etická odpovědnost byla základním principem, který provázel celý proces sběru dat, jejich analýzu i interpretaci výsledků. Součástí etických úvah bylo také vypořádání se s otázkou anonymity komunikačních partnerů, která bývá obtížně naplnitelná, pokud je výzkum vztahován ke konkrétní organizaci, protože kontext může nepřímo naznačovat identitu participantů. Z etického hlediska proto bylo nezbytné věnovat této problematice zvláštní pozornost – anonymita byla chráněna nejen formálním závazkem, ale i způsobem prezentace výsledků, kdy byly odpovědi zobecněny a upraveny tak, aby nebylo možné jednotlivce identifikovat.

Účast ve výzkumu vycházela z principu dobrovolnosti. Participantů byli dopředu seznámeni s charakterem výzkumu, jeho cíli a způsobem jakým budou jejich odpovědi využity. Měli možnost odmítnout účast nebo se rozhodnout, že odpoví jen na otázky, které jim vyhovují. Tímto přístupem bylo zajištěno, že participantů mohli sdílet své názory a zkušenosti bez pocitu nátlaku.

Před zahájením rozhovorů byl od každého participanta získán informovaný souhlas. Tento proces zahrnoval jasné vysvětlení účelu výzkumu, metod sběru dat a způsobu nakládání s poskytnutými informacemi. Participantů byli rovněž ujištěni, že jejich anonymita bude zachována a výstupy výzkumu budou prezentovány tak, aby je nešlo identifikovat.

Veškeré odpovědi a získaná data prošla zpracováním s nejvyšší mírou diskrétnosti. Rozhovory byly nahrávány jedinečně za předpokladu, že účastníci dali svůj souhlas. Nahrávky byly bezpečně uchovávány a po jejich přepisu pro účely analýzy smazány, aby byla zajištěna ochrana soukromí účastníků. Důvěrnost dat byla neopomenutelným faktorem, jenž umožnil vytvoření bezpečného prostředí pro otevřenou komunikaci.

Vzhledem k tomu, že rozhovory se týkaly témat spojených s prací s klienty s duševním onemocněním, bylo podstatné zachovat citlivý přístup k účastníkům. Bylo postaráno o to, aby otázky byly formulovány tak, aby nevyvolávaly stres nebo nepříjemnosti. Pokud účastníci vyjádřili obavy nebo diskomfort, dostali možnost otázku přeskočit nebo rozhovor ukončit.

Výběr účastníků probíhal v úzké spolupráci s ředitelkou organizace, která schválila provedení výzkumu v rámci Centra sociálních služeb. Tento proces zahrnoval jasnou komunikaci o cílech výzkumu, jeho zaměření a přínosech, aby se respektovaly zájmy organizace i účastníků.

Etické aspekty byly zásadním pilířem výzkumu, který zajistil nejen respekt vůči zúčastněným, ale také důvěryhodnost získaných dat. Tento přístup přispěl k vytvoření otevřeného prostředí, v němž účastníci mohli sdílet své názory a zkušenosti bez obav z negativních důsledků.

Přílohou A je vzor informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru, který byl podepsán s každým dotazovaným před zahájením rozhovoru.

2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Tato kapitola prezentuje důležitá zjištění získaná během výzkumu, která jsou strukturovaně předložena v souladu se stanovenými cíli práce a formulovanými výzkumnými otázkami. Získaná data poskytují hlubší vhled do problematiky dalšího vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách ve vybrané organizaci a jejich připravenosti na podporu klientů s duševním onemocněním.

Interpretace dat vychází nejen ze samotných výsledků šetření, ale také z poznatků prezentovaných v teoretické části práce. Tento přístup umožňuje zachytit širší souvislosti a propojit jednotlivé výzkumné závěry s relevantními teoretickými koncepty. Díky tomu lze výsledky nejen popsat, ale také zasadit do kontextu, který přispívá k lepšímu pochopení jejich významu a praktické využitelnosti.

2.3.1 Úvod do interpretace dat

Tato část práce se zaměřuje na představení a výklad výsledků kvalitativního výzkumu, který byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Získané údaje jsou uspořádány podle cílů práce a výzkumných otázek, což umožňuje jejich přehledné zpracování a následnou analýzu. Výsledky jsou prezentovány objektivně a dále interpretovány s využitím nejen výpovědí účastníků, ale i poznatků teoretické části práce, čímž se propojuje teorie s praxí a otevírá se prostor pro hlubší pochopení souvislostí a širšího kontextu. Veškerá zjištění jsou rozdělena do kapitol – kapitola 2.3.2 obsahuje samotné výsledky šetření, zatímco kapitola 2.3.3 přináší jejich interpretaci na základě provedené analýzy. Tento postup zajišťuje transparentnost a přehlednost a čtenáři umožňuje sledovat, jak jsou poznatky zasazeny do širšího rámce. Hlavním cílem kapitoly je

představit získaná data a nabídnout jejich interpretaci ve světle teoretických konceptů, aby mohly sloužit jako podklad pro doporučení a návrhy formulované v závěru práce.

V této kapitole jsou výsledky kvalitativního výzkumu prezentovány v kontextu hlavní výzkumné otázky (HVO) a dílčích výzkumných otázek (DVO), které byly stanoveny v úvodních částech práce. Tyto otázky slouží jako hlavní vodítka pro strukturu této kapitoly, jelikož umožňují systematické zpracování získaných dat a jejich interpretaci v souladu s cíli výzkumu.

2.3.2 Výsledky výzkumu a jejich implementace

V této kapitole jsou předkládány odpovědi z rozhovorů provedených s pracovníky organizace. Dotazování se soustředilo na jejich zkušenosti, názory a návrhy týkající se vzdělávacích programů zaměřených na práci s klienty s duševním onemocněním. Cílem bylo získat detailní vhled do toho, jak pracovníci hodnotí stávající systém vzdělávání organizace, jaké výhody jim přináší a jaké úpravy či rozšíření by podle nich mohly lépe posloužit v jejich každodenní práci. Rozhovory též odhalují nejdůležitější potřeby a očekávání pracovníků spojené s touto problematikou, a poskytují cenné impulsy pro budoucí vývoj vzdělávacích programů. Účastníci byli pro účely analýzy označeni kódy P1 až P10, aby byla zachována jejich anonymita a zároveň bylo možné přehledně odlišit jednotlivé výpovědi.

Úvodní otázky se zaměřily na pracovní pozici a motivaci participantů. Odpovědi ukázaly různorodé zdroje inspirace – od smysluplnosti práce „dělám práci, která mi dává smysl“, přes posuny klientů a osobní růst, až po možnost pomáhat lidem žít běžný život mimo ústavy. Motivace se liší podle individuálních zkušeností i pracovní pozice; pracovníci v sociálních službách mají zpravidla bližší kontakt s klienty než sociální pracovníci. Délka praxe participantů se pohybovala mezi dvěma až deseti lety, přičemž výzkum byl záměrně omezen na zaměstnance s více než dvouletou zkušeností, aby jejich odpovědi byly relevantní a opřené o praxi. Další část úvodních otázek se věnovala zkušenostem s dalším vzděláváním. Většina zaměstnanců jej hodnotila pozitivně a oceňovala pestrou nabídku aktivit – od interních seminářů po akreditovaná školení. Někteří však uvedli, že vzdělávání ve volném čase, respektive nad rámec pracovních povinností bohužel není vždy dostatečně oceněno vedením. Úvodní otázky poskytly ucelený pohled na profesní profil, motivaci a zkušenosti zaměstnanců s dalším vzděláváním. Tyto poznatky tvoří základ pro další analýzu dopadu vzdělávacích aktivit na každodenní praxi a kvalitu poskytované péče.

2.3.2.1 Aktuální stav vzdělávání pracovníků?

Participantů vnímali zaměření dalšího vzdělávání rozdílně. Někteří poukazovali na nedostatek specifických kurzů, například účastnice P4 uvedla: „*Nebyla jsem na žádném kurzu přímo zaměřeném na klienty s duševním onemocněním.*“ Participantů (P2, P3, P6 a P7) však hodnotili vzdělávání pozitivně: „*Vzdělávání je kvalitní, zaměřeno na praxi a potřeby klientů. Jsem spokojená.*“ Objevily se i názory (P1, P8, P10), které oceňovaly rozmanitost kurzů, včetně zaměření na klienty s duševním onemocněním: „*Školení jsou různorodé, ale vždy se najde nějaké, které je zaměřeno na tuto skupinu, nebo minimálně se této cílovky dotkne.*“ Kritické hlasy (P3, P5, P9) upozorňovaly na nedostatečnost či neodbornost: „*Informace jsou zkreslené, respektive neodborné.*“

Pokud jde o vliv vzdělávání na práci s klienty, část participantů (P2, P4, P6) jej hodnotila pozitivně: „*Jako sociální pracovník uplatňuji nabyté znalosti a dovednosti v praxi. Vliv na práci*

s klienty má tedy pozitivní.“ Jiní (P1, P5, P7, P8) zdůrazňovali přínos aktualizace znalostí: „Určitě velké, hlavně tím, že se stále dozvídáme aktuální a nové poznatky, které pak můžeme používat v praxi.“ Byly zaznamenány i připomínky (P3) k omezené kvalitě či rozsahu vzdělávání: „Vzdělání v této oblasti není dostatečné, a tak si myslím, že práce s lidmi s duševním onemocněním je spíše intuitivní a nenabízí jistotu.“ Část participantů (P9, P10) by uvítala více praktických školení formou kazuistik a sdílení dobré praxe.

Výběr vzdělávacích programů probíhá různými způsoby – od možnosti zaměstnanců navrhnout témata, přes spolupráci s metodiky a vedoucími, až po předem určené kurzy vybrané managementem. Jak uvedl jeden participant (P3): „Každý rok se vedoucí ptá, co bychom chtěli za školení, co si myslíme, že potřebujeme... pak z toho utvoří plán vzdělávání.“ Rozhodování je často ovlivněno finančními možnostmi organizace.

Pokud participanta zaujme jiný vzdělávací program, než organizace nabízí, postup se liší. Někteří (P2, P7, P8) jej absolvují samostatně ve svém volnu, jiní se mohou obrátit na vedení, které posoudí přínos a finanční dostupnost. Jak zaznělo (P10): „Pokud by bylo školení pro naši práci užitečné, možná by ho zařadili do každoročního vzdělávání.“

Za poslední rok participanti absolvovali širokou škálu kurzů – od semináře „Hranice práce s klientem“ či kurzu „Individuální plánování“ přes „Virtuální demenci“ až po „PBS – podpora pozitivního chování“. Oceněny (P4, P8, P9) byly i interní semináře a přednášky zahraničních lektorů. Přesto někteří (P1, P3, P10) zdůrazňovali potřebu více praktických doporučení a kazuistik.

Z výsledků dotazování vyplývá, že současný systém vzdělávání pracovníků, zejména ve vztahu k péči o klienty s duševním onemocněním, vykazuje určité nedostatky. V nabídce organizace se objevuje mezera v podobě absence specificky zaměřených kurzů, což omezuje možnosti cíleného rozvoje. Vzdělávání je obecně vnímáno jako přínosné, protože podporuje odborný růst a pomáhá při práci s klienty, avšak jeho obsah bývá často kritizován pro převahu teoretických informací bez dostatečného praktického nácviku či využití kazuistik. Výběr kurzů probíhá různými způsoby – někdy mají zaměstnanci možnost volby, jindy rozhoduje management či centrální služba s ohledem na rozpočet a akreditace. Pokud je zájem o školení mimo standardní nabídku, jeho realizace závisí na posouzení přínosu a finanční dostupnosti; v opačném případě si jej pracovníci hradí sami. Přestože za poslední rok byla absolvována široká škála vzdělávacích aktivit, vzdělávání přímo zaměřené na komplexní podporu osob s duševním onemocněním bylo minimální, což naznačuje potřebu jeho rozšíření. Celkově lze shrnout, že vzdělávání je hodnoceno pozitivně, zejména s ohledem na praktické využití, avšak postrádá dostatečnou specializaci na problematiku duševních onemocnění a vyžaduje větší rozmanitost témat i cílenější zaměření kurzů, které by lépe reflektovaly specifické požadavky této cílové skupiny.

Analýza odpovědí ukázala, že pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci vnímali aktuální stav dalšího vzdělávání poněkud odlišně. Zatímco sociální pracovníci oceňovali především rozšíření teoretických znalostí a metodickou podporu, pracovníci v sociálních službách zdůrazňovali potřebu kurzů více zaměřených na praktickou práci s klienty s duševním onemocněním, protože jsou s nimi v každodenním kontaktu a častěji se dostávají do krizových situací. Pokud jde o vliv vzdělávání na praxi, sociální pracovníci jej hodnotili jako přínosné zejména pro plánování a koordinaci služeb, zatímco pracovníci v sociálních službách oceňovali

konkrétní dovednosti využitelné při přímé práci s klienty. Rozdíl se objevily i v popisu výběru programů – sociální pracovníci častěji uváděli, že rozhodování probíhá na úrovni managementu či centrální služby, zatímco pracovníci v sociálních službách více reflektovali vlastní potřebu volby a možnost reagovat na aktuální situace v praxi. Pokud se objevila situace, kdy zaměstnanec zaujal jiný vzdělávací program, než organizace nabízela, sociální pracovníci spíše zdůrazňovali otázku rozpočtu a akreditace, zatímco pracovníci v sociálních službách poukazovali na nutnost hradit si takové školení sami. V popisu absolvovaných programů za poslední rok se obě skupiny shodovaly na široké nabídce aktivit, avšak pracovníci v sociálních službách častěji upozorňovali na nedostatek kurzů přímo zaměřených na komplexní podporu osob s duševním onemocněním, což pro ně vzhledem k charakteru jejich práce představuje výraznější potřebu než pro sociální pracovníky.

2.3.2.2 Reflexe dosavadního vzdělávání pracovníků ve vztahu k potřebám podpory lidí s duševním onemocněním

Názory na vzdělávací programy a jakým způsobem zohledňují potřeby a specifika práce s lidmi s duševním onemocněním byly mezi účastníky rozmanité – od stručných odpovědí typu „Okrajově“ (P2) či „Nezohledňuji“ (P5) až po pozitivní zkušenosti (P1, P8), kdy kurzy podle nich „ukazují konkrétní příklady z praxe a doporučují řešení“ nebo „ve většině případů zohledňují, ve snaze pomoci asistentovi dělat práci lépe a kvalitněji“. Někteří (P3, P9, P10) zdůrazňovali univerzálnost přístupu: „Podle mě je člověk s duševním onemocněním pořád člověk, který má stejné potřeby jako všichni ostatní. Výše zmíněná školení se tedy hodí i při práci s lidmi s duševním onemocněním.“ Odpovědi tak ukazují, že vzdělávání někdy reflektuje specifika práce s touto cílovou skupinou, jindy je vnímáno spíše obecně či nedostatečně.

V otázce zaměřené na konkrétní příklady, kdy další vzdělávání pomohlo lépe zvládnout práci s klienty s duševním onemocněním odpovídky ukazují, že vzdělávání může mít praktický dopad. Jeden účastník (P8) uvedl: „Konkrétně znalost Korsakovova syndromu mi pomohla nastavit způsob práce s klientem s tímto onemocněním.“ Jiný (P3) popsal přínos při komunikaci: „Určitě při komunikaci s klienty s chováním náročným na péči. Dále, jak se chovat k lidem trpícím demencí, to bylo velmi zajímavé a přínosné.“ Další zdůraznil (P6) hlubší pochopení potřeb klienta: „Pomohlo mi pochopit, jak souvisí 'hromadění', odkládání, neochota opustit zónu komfortu s duševním onemocněním klientky... byla jsem jí spíš průvodcem situací.“ Tyto zkušenosti ukazují, že vzdělávání může pracovníkům pomoci lépe porozumět specifickým projevům duševních onemocnění a přizpůsobit jim svou podporu.

Ve valné většině za nejprínosnější znalosti a dovednosti účastníci (P1, P2, P4, P5, P6, P8, P10) označovali zejména praktické schopnosti – „Komunikace s klienty, rozpoznání aktuálního rozpoložení klienta a adekvátní přístup k němu“ nebo „Nejprínosnější je určitě zkušenost, takže když si během školení můžeme techniky vyzkoušet, a ne jen celou dobu poslouchat.“ Důležitý byl i respektující přístup (P3): „Mně přijde hodně důležité si člověka nedémonizovat, vědět o jeho nemoci co nejvíce, ale nestavět tu diagnózu před člověka.“

Účastníci (P5, P8, P9) zároveň vyjadřovali potřebu rozšíření kurzů o specifická témata – například „Konkrétní onemocnění, například schizofrenie, jak ke klientovi přistupovat, jaké jsou projevy nemoci apod.“, „Krizová intervence pro lidi s duševním onemocněním“ nebo „Respektující přístup a práce s okolím klienta“. Zazněl i zájem o poznávání služeb a procesů (P2,

P3, P10): „Ráda bych se podívala do centra duševního zdraví, jak pracuje. Možná by nebyl špatný peer konzultant – nějaká beseda s ním.“

Pokud participanti (P4, P5, P8, P9) vnímali nedostatek znalostí či dovedností, řešili situaci různě – konzultovali s odborníky „*Náš tým situaci konzultoval s odborníky z Fokusu*“, obraceli se na kolegy „*Zahrála jsem to do autu a konzultovala se zkušenějšími kolegyněmi*“, nebo hledali pomoc mimo organizaci (P2) „*Hledala jsem v odborné literatuře, konzultovala jsem s pracovníky z jiných organizací*“. Někteří (P3, P6) spoléhali na vlastní intuici, jiní (P7, P10) proaktivně žádali vedení o školení, což vedlo i k nové spolupráci: „*Řekla jsem si o pomoc šéfovi... tak tenkrát vznikla spolupráce s Fokusem.*“

Z odpovědí vyplynula značná variabilita v hodnocení dosavadních vzdělávacích programů. Některé zkušenosti ukazují, že téma duševního zdraví je v kurzech zastoupeno spíše okrajově, zatímco jiné poukazují na jejich přínos pro kvalitnější výkon práce, byť často s nedostatkem konkrétních příkladů z praxe. Objevila se také kritika nedostatečné nabídky specializovaných školení. Přesto byly zaznamenány i praktické přínosy, například uvědomění si významu znalostí o vlivu psychiatrických léků, porozumění specifickým diagnózám či potřeba dovedností v oblasti první pomoci, kinestetiky a nastavování hranic. V některých případech vzdělávání pomohlo lépe porozumět chování klientů, například při komunikaci s osobami trpícími halucinacemi. V kontrastu s tím byla zdůrazněna převaha teoretických informací bez dostatečné praktické složky. Jako nejvíce žádoucí se ukazuje vzdělávání zaměřené na rozvoj praktických dovedností, například schopnost adekvátní komunikace, rozpoznání rozpoložení klienta či nácvik technik, které posilují jistotu při práci. Do budoucna je proto žádoucí rozšířit nabídku kurzů o témata jako konkrétní diagnózy (např. schizofrenie, bipolární porucha), krizová intervence, respektující přístup, práce s okolím klienta či psychohygiena. Shrnutí výsledků ukazuje, že dosavadní vzdělávání reflektuje potřeby a specifika práce s lidmi s duševním onemocněním pouze částečně – někdy přináší konkrétní a praktické přínosy, jindy je vnímáno jako příliš obecné či nedostatečné, což ukazuje na nutnost posílit prakticky orientovaná školení s jasným zaměřením na problematiku duševního zdraví.

Reflexe dosavadního vzdělávání pracovníků ve vztahu k potřebám podpory lidí s duševním onemocněním ukázala rozdíly mezi odpověďmi pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků. Sociální pracovníci vnímali vzdělávací programy spíše jako obecně přínosné, avšak méně cílené na specifika práce s lidmi s duševním onemocněním. Ocenili zejména rozšíření teoretických znalostí, metodickou podporu a legislativní rámec, které jim pomáhají při plánování a koordinaci služeb. Naproti tomu pracovníci v sociálních službách zdůrazňovali výraznější potřebu kurzů zaměřených na praktické zvládání krizových situací, protože jsou s klienty v každodenním kontaktu a častěji se setkávají s projevy jejich onemocnění. V příkladech, kdy jim vzdělávání pomohlo lépe zvládnout práci, sociální pracovníci uváděli využití teoretických znalostí při komunikaci s institucemi, zatímco pracovníci v sociálních službách oceňovali konkrétní dovednosti, například techniky zvládání agresivního chování či komunikační strategie. Rozdíly se objevily i v pohledu na výběr programů – sociální pracovníci častěji reflektovali rozhodování managementu či centrální služby, zatímco pracovníci v sociálních službách zdůrazňovali potřebu větší volby podle aktuálních potřeb praxe. Pokud se objevila situace, kdy zaměstnanci vnímali nedostatek znalostí nebo dovedností, sociální pracovníci popisovali komplikace spíše v rovině metodické či administrativní, zatímco pracovníci v sociálních službách uváděli obtíže přímo při práci s klienty, kdy absence vhodných postupů mohla vést ke zhoršení jejich stavu.

2.3.2.3 Dosavadní zkušenosti s obsahem a strukturou kurzů pro práci s klienty s duševním onemocněním

Oslovení participantů se v hodnocení obsahu a struktury kurzů zaměřených na práci s klienty s duševním onemocněním lišili. Někteří (P2, P6) uvedli, že se takových školení vůbec nezúčastnili: „Na kurzech s tímto zaměřením jsem nebyla.“ Jiní (P8, P9) neměli dostatek zkušeností k hodnocení: „Nepřijde mi, že mám za ty dva roky dostatečné zkušenosti, abych to mohla hodnotit.“ Objevily se stručné reakce (P1) jako „Pozitivně, průměrně“ nebo „Dobře“ (P3), ale také konkrétní postřehy (P5): „Většinou školení bývá zaměřeno na konkrétní skupinu osob. Plus je v tom, že jsou většinou přizpůsobena na naši klientelu, ale mínus, že bych se ráda dozvěděla informace i mimo naši klientelu.“ Někteří (P4) hodnotili školení jako nedostatečná: „Myslím, že v podstatě není, takže se těžko vyjadřovat k obsahu a struktuře...“ Jiní (P10) měli smíšené zkušenosti, například: „Byly to náhodně vybrané kurzy. Jeden z nich byl zoufalý, nějaké psychiatrické minimum, ale přednáška pana Fojtíčka byla obsahově plná zkušeností.“ Naopak pozitivní zpětná vazba zahrnovala (P7): „Dost příkladů z praxe, vždy nějaká diskuze a doporučení. Jsem spokojená.“ Tyto odpovědi opět ukazují, že participanté oceňují především praktické příklady a diskuze, ale zároveň vnímají potřebu širšího tematického záběru a vyšší kvality obsahu.

Pokud jde o budoucí vzdělávací programy, participanté vyjadřovali zájem o kombinaci teoretických znalostí, praktických dovedností i konkrétních zkušeností. Zazněly návrhy na témata jako „dopad traumatu na duševní zdraví a techniky práce s traumatizovanými klienty“ (P4), „specifika duševního zdraví u seniorů“ (P7) či „krizová intervence“ (P10). Jiní (P1, P5) doporučovali rozšíření o psychologii: „Širší pohled do psychologie, techniky práce například u lidí s demencí.“ Častý (P2, P3, P8) byl požadavek na praktičtější zaměření: „Více psychologie, praktická školení.“ Někteří (P9) participanté zdůrazňovali potřebu poznat fungování dalších služeb: „Já bych potřebovala dobrou praxi. Být třeba den dva ve službě, jejíž cílovka jsou lidé s duševním onemocněním... zajímala by mě centra duševního zdraví.“ Objevila se (P10) i témata osobního rozvoje, například „Možná asertivita?“

K návrhům na zlepšení současného vzdělávacího systému participanté (P2, P3, P5) uváděli potřebu zavést více kurzů s tímto zaměřením, rozšířit nabídku témat a vyhnout se opakování stejných školení každý rok. Jeden z návrhů (P1) zněl: „Zařadit tuto oblast do povinných kurzů pro nové zaměstnance; vytvořit odborníka na tuto problematiku.“ Jiní (P4, P8) doporučovali moderní formy vzdělávání: „Možnost online školení.“ Objevila se i reflexe (P9), že organizace reaguje na poptávku, ale je třeba ji více zacílit: „Možná je třeba neusnout na vavřínech a tu poptávku občas víc zacílit.“

Zkušenosti pracovníků potvrzují, že vzdělávání je vnímáno jako zásadní součást jejich profesního rozvoje. Pozitivně je hodnoceno zejména tehdy, když je prakticky orientované, tematicky rozmanité a zaměřené na specifika práce s lidmi s duševním onemocněním. Jako žádoucí se ukazuje zahrnutí kurzů zaměřených na krizovou intervenci, práci s konkrétními diagnózami, spolupráci s okolím klienta či možnost získat přímou praxi v prostředí specializovaných služeb. Důležitá je také inovace, povinné zařazení témat duševního zdraví pro nové zaměstnance a využívání moderních forem vzdělávání, například online kurzů. V rámci návrhů se objevila i myšlenka vytvoření pozice odborníka na duševní zdraví, který by mohl poskytovat konzultace a podporu při nastavování spolupráce s klienty. Obsah a struktura kurzů posledních let byla hodnocena různě – oceňováno bylo přizpůsobení specifické klientele, zároveň však byla zdůrazněna potřeba širšího záběru zahrnujícího nové poznatky, moderní terapeutické přístupy

a inovativní metody krizové intervence. Pro budoucí vzdělávání se nejčastěji objevují požadavky na témata jako dopad traumatu na duševní zdraví, práce s traumatizovanými klienty, specifika duševního zdraví u seniorů, techniky práce s lidmi s demencí, krizová intervence či asertivita. Vítaná by byla i možnost získat praktickou zkušenost formou pobytů ve specializovaných službách nebo návštěv center duševního zdraví. Celkově se potřeby pracovníků soustředí na zvýšení kvality a praktičnosti vzdělávání, rozšíření tematického záběru a systematické zaměření na problematiku duševního zdraví. Výsledky tak ukazují na nutnost aktualizace a rozšíření vzdělávacích programů, aby lépe odpovídaly specifickým potřebám pracovníků a podpořily jejich schopnost poskytovat kvalitní péči lidem s duševním onemocněním.

Reflexe dosavadního vzdělávání pracovníků ve vztahu k potřebám podpory lidí s duševním onemocněním ukázala rozdíly mezi odpověďmi pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků. Sociální pracovníci vnímali vzdělávací programy spíše jako obecně přínosné, avšak méně cílené na specifika práce s lidmi s duševním onemocněním. Ocenili zejména rozšíření teoretických znalostí, metodickou podporu a legislativní rámec, které jim pomáhají při plánování a koordinaci služeb. Naproti tomu pracovníci v sociálních službách zdůrazňovali výraznější potřebu kurzů zaměřených na praktické zvládání krizových situací, protože jsou s klienty v každodenním kontaktu a častěji se setkávají s projevy jejich onemocnění. V příkladech, kdy jim vzdělávání pomohlo lépe zvládnout práci, sociální pracovníci uváděli využití teoretických znalostí při komunikaci s institucemi, zatímco pracovníci v sociálních službách oceňovali konkrétní dovednosti, například techniky zvládání agresivního chování či komunikační strategie. Rozdíly se objevily i v pohledu na výběr programů – sociální pracovníci častěji reflektovali rozhodování managementu či centrální služby, zatímco pracovníci v sociálních službách zdůrazňovali potřebu větší volby podle aktuálních potřeb praxe. Pokud se objevila situace, kdy zaměstnanci vnímali nedostatek znalostí nebo dovedností, sociální pracovníci popisovali komplikace spíše v rovině metodické či administrativní, zatímco pracovníci v sociálních službách uváděli obtíže přímo při práci s klienty, kdy absence vhodných postupů mohla vést ke zhoršení jejich stavu.

2.3.2.4 Přínos dosavadních vzdělávacích programů pro každodenní praxi při práci s lidmi s duševním onemocněním

Z odpovědí participantů vyplývá, že dosavadní vzdělávání bylo vnímáno převážně pozitivně. Někteří (P3, P7) na přímou otázku vyjádřili jednoznačnou spokojenost: „*Jsem spokojená*“ nebo „*Kladně. Školení mě baví a vždy mě obohatí. Téměř pokaždé se dozvím něco nového.*“ Jiní (P2, P5) reflektovali svou krátkou zkušenost: „*Vzhledem k mé relativně krátké dvouleté pracovní zkušenosti pozitivně a dostatečně. Věřím, že po 10 letech na mé pracovní pozici a snaze někam vzděláváním růst, bych měla jiný názor.*“ Nicméně objevily se i smíšené postoje (P1, P4, P8), například: „*Řekla bych tak 75 % přínosné, 25 % ne moc přínosné.*“ Jeden z participantů (P9) ocenil celkovou hodnotu kurzů, ale upozornil na omezený výběr: „*Každý kurz mě něco naučí nebo si v něm minimálně něco zopakuji. Vzdělávám se ráda, ale ocenila bych, kdybych si mohla alespoň něco vybrat dle svých skutečných zájmů a předchozích zkušeností.*“

Pokud jde o možnosti úprav vzdělávacích programů, participanté (P3, P5, P10) zdůrazňovali potřebu větší tematické rozmanitosti a praktičnosti. Zaznělo například (P3): „*Nabídka by mohla být pestřejší. Téma duševního zdraví v ní podle mě chybí úplně.*“ Jiní (P6, P9) navrhovali doplnění souhrnných materiálů: „*Napadá mě jen poskytnutí nějakého souhrnu, který bych mohla mít u sebe.*“ Častý byl požadavek na větší propojení s každodenní praxí (P1, P4, P8): „*Asi zohlednit to, co každý den ve službě děláme a s čím přicházíme do kontaktu, a podle toho navrhopat*

vzdělávání.“ Někteří doporučovali zapojení peer školitelů (P7): „*Kdyby na školeních byli přítomni peer školitelé, to je určitě velmi přínosné.*“ Další (P2) ocenili praktický přístup: „*Více praktické a zážitkové programy.*“

V otázce naplnění potřeb a očekávání od dalšího vzdělávání se postoje lišily. Někteří (P6, P9) byli spokojeni: „*Potřeby podle mě naplňují. Očekávání taky – vždy se něčemu přiučím.*“ Jiní (P3, P4) hodnotili spíše průměrně: „*Průměrně.*“ Objevily se i obavy (P5) z opakování: „*Občas mi přijde, že se školení opakují a málo se obměňují.*“ Jeden participant (P10) upozornil na nedostatečný přenos znalostí do praxe: „*Mnohdy se dozvím, že jsem něco neudělala dobře, ale nevím, jak to prakticky udělat dobře.*“ Jiní (P2, P7) ocenili možnost podílet se na výběru kurzů: „*Z mého pohledu jsou očekávání do určité míry naplněna, protože se na výběru máme možnost podílet.*“

Pokud zaměstnanci cítili potřebu vzdělávat se v určitém tématu, naplňování těchto potřeb záviselo na více faktorech. Někteří (P3, P4) uvedli, že o vzdělávání nad rámec kurzů neuvažovali: „*Nikdy jsem neměla potřebu vzdělávat se nad rámec nabízených kurzů.*“ Jiní (P1, P7) poukazovali na soulad s pracovní náplní: „*Jsou-li v souladu s pracovní náplní, jsou naplňovány.*“ Někteří (P9) zdůrazňovali vlastní iniciativu: „*Pokud mě nová téma zajímají, zjišťuji si o tom informace v mém volném čase pomocí internetu.*“ Objevily se i zkušenosti (P10) s nevyhověním ze strany organizace: „*Žádala jsem o konkrétní školení dva roky po sobě, ale nevyhovělo se.*“ Jiní (P2, P5) poukazovali na finanční limity: „*Záleží na tom, zda to téma je využitelné pro naši praxi a taky záleží na rozpočtu.*“

Výsledky ukazují, že dosavadní vzdělávací programy jsou obecně vnímány jako přínosné, zejména díky novým poznatkům, příkladům z praxe a možnosti rozšířit profesní obzory. Pozitivně je hodnoceno jejich obohacující působení, zároveň se však objevují výhrady k opakování základních témat a nedostatečnému propojení získaných znalostí s každodenní praxí. Zdůrazněna je potřeba větší tematické rozmanitosti, častějšího zařazení vzdělávání zaměřeného na problematiku duševních onemocnění, zapojení peer školitelů a klientů, širší možnosti volby kurzů podle individuálních potřeb a lepší dostupnosti souhrnných materiálů. Celkově lze konstatovat, že vzdělávání naplňuje základní požadavky pracovníků, avšak současně se ukazuje prostor pro jeho další rozvoj – zejména prostřednictvím praktičtějších, specializovaných a flexibilněji koncipovaných kurzů, které by lépe reflektovaly specifické nároky práce s lidmi s duševním onemocněním.

Hodnocení přínosu dosavadních vzdělávacích programů ukázalo, že obě skupiny pracovníků vnímají vzdělávání jako důležitou podporu pro svou praxi, avšak s odlišnými akcenty. Sociální pracovníci oceňovali především teoretické znalosti, metodické postupy a legislativní rámec, které jim pomáhají při plánování služeb, koordinaci péče a komunikaci s institucemi. Pracovníci v sociálních službách naopak zdůrazňovali praktický přínos kurzů, zejména dovednosti využitelné při přímém kontaktu s klienty a zvládání krizových situací. Pokud jde o návrhy na úpravu vzdělávacích programů, sociální pracovníci by uvítali hlubší teoretické zázemí v oblasti duševního zdraví a systematictější provázání kurzů s metodickými standardy organizace, zatímco pracovníci v sociálních službách požadovali více praktických školení s důrazem na modelové situace, kazuistiky a krizovou intervenci. V otázce naplňování potřeb zaměstnanců se ukázalo, že možnosti vzdělávání jsou vnímány jako částečně flexibilní – pokud se objeví zájem o specifické téma, rozhoduje o jeho realizaci vedení organizace s ohledem na rozpočet a akreditace. Sociální pracovníci tento proces popisovali spíše z pohledu systémového řízení, zatímco pracovníci

v sociálních službách upozorňovali na to, že v případě nenabízených kurzů si je často musí hradit sami.

2.3.3 Souhrn výsledků

V této kapitole jsou shrnuty nejdůležitější poznatky získané z kvalitativního výzkumu zaměřeného na přínos dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách při poskytování pomoci lidem s duševním onemocněním.

Téma	Klíčové zjištění	Detail / příklady
Přínos dalšího vzdělávání	Vzdělávání je vnímáno jako důležitý nástroj profesního rozvoje	- poskytuje teoretické znalosti a rozšiřuje obzory - přináší nové přístupy k řešení každodenních situací - posiluje sebevědomí a připravenost při práci s klienty s duševním onemocněním
Praktická využitelnost školení	Praktické prvky jsou hodnoceny pozitivně, teorie méně účinná	- praktická cvičení, ukázky a návody usnadňují přenos znalostí do praxe - chybí jasné postupy pro práci s klienty s náročným chováním či v krizích - čistě teoretická školení jsou vnímána jako nedostatečná
Reflektování specifických potřeb pracovníků	Programy nejsou vždy dostatečně zaměřené na duševní zdraví	- témata duševního zdraví často jen okrajová - potřeba rozšíření o konkrétní diagnózy (schizofrenie, bipolární porucha) - požadavek na krizovou intervenci a techniky práce s traumatizovanými klienty - zájem o stáže a návštěvy center duševního zdraví
Návrhy na zlepšení vzdělávacích programů	Potřeba inovace, interaktivity a flexibility	- širší nabídka zaměřená na duševní zdraví - větší důraz na praktické techniky - zařazení peer školitelů a klientů - možnost dlouhodobějších vzdělávacích aktivit - flexibilnější výběr kurzů podle potřeb pracovníků

Tabulka 6 - Přehledová tabulka shrnující nejdůležitější výsledky výzkumu

Zdroj: vlastní zpracování

Při závěrečném hodnocení lze tedy říci, respektive výzkum potvrdil, že další vzdělávání má zásadní význam při zvyšování kvality poskytované péče a profesního růstu zaměstnanců v sociálních službách. Aby však vzdělávání plně odpovídalo potřebám pracovníků a dynamice každodenní praxe, je nutné jeho obsah neustále inovovat a rozšiřovat. Specifická tematika duševního zdraví by měla být více pokryta, aby pracovníci byli lépe připraveni na náročné

situace, které práce s touto cílovou skupinou přináší. Tyto změny mohou přispět nejen k větší spokojenosti a aktivitě zaměstnanců, ale právě také ke zlepšení kvality poskytované péče.

Pro lepší přehlednost byly zjištěné rozdíly mezi odpověďmi sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách shrnuty do následující tabulky. Tabulka ukazuje hlavní oblasti, ve kterých se jejich pohledy na dosavadní vzdělávání liší – od zaměření kurzů přes jejich vliv na každodenní praxi až po možnosti výběru programů a návrhy na zlepšení. Díky tomuto srovnání je možné jasněji vidět, že zatímco sociální pracovníci oceňují především teoretické znalosti, metodickou podporu a legislativní rámec, pracovníci v sociálních službách kladou větší důraz na praktické dovednosti, krizovou intervenci a přímou práci s klienty.

Oblast hodnocení	Sociální pracovníci	Pracovníci v sociálních službách
Zaměření vzdělávání	Oceňují rozšíření teoretických znalostí, metodickou podporu a legislativní rámec.	Zdůrazňují potřebu kurzů více zaměřených na praktickou práci s klienty s duševním onemocněním.
Vliv na praxi	Přínosné zejména pro plánování, koordinaci služeb a komunikaci s institucemi.	Přínosné pro přímou práci s klienty, zvládání krizových situací, komunikační dovednosti.
Výběr programů	Rozhodování probíhá spíše na úrovni managementu či centrální služby.	Více reflektují vlastní potřebu volby a aktuální situace v praxi.
Možnost jiných kurzů	Zdůrazňují otázku rozpočtu a akreditace při schvalování.	Často nutnost hradit si školení sami, pokud není v nabídce organizace.
Absolvované programy	Oceňují širokou nabídku aktivit, i když méně cílených na duševní onemocnění.	Upozorňují na nedostatek kurzů přímo zaměřených na komplexní podporu osob s duševním onemocněním.
Řešení nedostatku znalostí	Komplikace spíše metodické či administrativní.	Obtíže přímo při práci s klienty, někdy vedoucí ke zhoršení jejich stavu.
Celkový přínos	Vzdělávání vnímají jako obecně přínosné, ale méně cílené na specifika duševního zdraví.	Vzdělávání hodnotí jako důležité, ale požadují více praktických školení a krizovou intervenci.
Návrhy na zlepšení	Hlubší teoretické zázemí, systematictější provázání s metodickými standardy organizace.	Více praktických školení, kazuistiky, modelové situace, krizová intervence.

Tabulka 7 - Pohledy na vzdělávání: sociální pracovníci vs. pracovníci v sociálních službách

Zdroj: vlastní zpracování

2.4 Diskuse

Výsledky ukázaly, že další vzdělávání je ústředním prvkem profesního rozvoje zaměstnanců v sociálních službách. Participantů jej hodnotili pozitivně, zejména díky získaným teoretickým znalostem, rozšíření profesních obzorů a posílení sebedůvěry. Tento závěr je v souladu

s poznatky Slada (2009) a ukazuje, že vzdělávání a rozvoj kompetencí jsou klíčové pro podporu zaměstnanců pracujících s osobami s duševním onemocněním, přičemž zvláštní význam má přístup orientovaný na zotavení. Podobně WHO ve svých doporučeních (2022, 2025) uvádí, že systematické vzdělávání pracovníků v oblasti duševního zdraví je nezbytné pro zajištění kvalitní péče a prevenci vyhoření.

Nicméně výzkum odhalil i nedostatky v praktické využitelnosti současných vzdělávacích programů. Praktická cvičení, příklady z praxe a konkrétní návody byly hodnoceny velmi pozitivně, zatímco čistě teoretická školení byla označena za méně účinná. Tento trend potvrzuje například studie Rahmana Shiriho a kol. (2023) o intervencích pro pracovníky v sociálních službách a ukazuje, že největší efekt mají interaktivní a prakticky orientované formy vzdělávání.

Dalším významným zjištěním je nedostatečné zaměření vzdělávacích programů na specifickou problematiku duševního zdraví. Participantů uváděli, že tato tematika bývá zahrnuta pouze okrajově. To koresponduje s výsledky scoping review Kourgiantakis a kol. (2019), která ukazuje, že vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví, ale i závislostí a prevence sebevražd je v mezinárodním kontextu často neucelené a nedostatečně systematické.

Některé návrhy na zlepšení vzdělávacích programů zahrnovaly větší flexibilitu při výběru kurzů, zapojení peer školitelů a zavedení dlouhodobějších vzdělávacích aktivit. Tyto požadavky odpovídají i zahraničním doporučením – WHO (2019, 2021) ve svých materiálech *Quality Rights and Guidance on community mental health services* zdůrazňuje význam participace uživatelů služeb, multidisciplinárního přístupu a dlouhodobého rozvoje kompetencí.

Limity výzkumu spočívají především v malém vzorku participantů a zaměření na jednu organizaci, což omezuje možnosti zobecnění. Nicméně dalo by se říci, že výsledky tohoto výzkumu jsou v souladu s mezinárodními poznatky, které potvrzují význam kontinuálního vzdělávání pro profesní rozvoj zaměstnanců v sociálních službách. Zahraniční literatura zároveň poukazuje na stejné nedostatky – nedostatek praktické složky, omezené zaměření na duševní zdraví a potřebu inovace. Diskuse tak ukazuje, že doporučení participantů (větší praktičnost, specializace, zapojení peer školitelů) odpovídají trendům identifikovaným i v mezinárodních studiích. To podtrhuje nutnost systematického rozvoje vzdělávacích programů, které budou reflektovat jak lokální, tak globální zkušenosti.

2.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu lze formulovat několik dílčích návrhů a doporučení, které mohou přispět ke zkvalitnění vzdělávacího systému pro pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky organizace Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec a tím i ke zlepšení poskytované péče osobám se zdravotním, a především s duševním onemocněním.

Důležitým zjištěným požadavkem je větší praktičnost vzdělávacích aktivit. Závěry výzkumu ukázaly, že praktická cvičení, simulace a návody jsou pro pracovníky velmi užitečné, jelikož jim umožňují aplikovat získané znalosti do každodenní praxe. Doporučuji zařazení interaktivních metod výuky, jako jsou modelové situace, workshopy nebo stáže v zařízeních specializovaných na péči o osoby s duševním onemocněním. Tyto přístupy by měly být prioritou při plánování a případném objednávání dalších vzdělávacích programů externích organizací.

Dalším doporučením je rozšíření vzdělávacích programů o témata zaměřená na specifické aspekty práce s duševně nemocnými klienty. Participanti výzkumu opakovaně zmiňovali potřebu vzdělávání v oblastech, jako jsou krizová intervence, techniky práce s traumatizovanými klienty nebo porozumění specifickým diagnózám, například schizofrenii či bipolární poruše. Zahrnutí těchto témat do vzdělávacích aktivit by mohlo výrazně zvýšit schopnosti pracovníků zvládat náročné situace a zlepšit kvalitu péče.

Flexibilita vzdělávacích programů je dalším významným bodem. Pracovníci často vyjadřují potřebu možnosti volby kurzů, které nejlépe odpovídají jejich profesním potřebám a zájmům. Doporučuji zavést širší nabídku kurzů a umožnit pracovníkům vybírat z různých specializací. Tím by bylo možné lépe reflektovat individuální požadavky pracovníků a podpořit jejich profesní růst.

Pro zkvalitnění vzdělávacího procesu se rovněž doporučuje zapojení peer lektorů, kteří mají vlastní praktické zkušenosti z každodenní práce. Jejich zapojení může obohatit vzdělávací aktivity o cenné poznatky z praxe, které mohou být pro pracovníky inspirativní a užitečné.

Kromě vzdělávacích programů by měly být podpořeny i možnosti dlouhodobějších vzdělávacích aktivit, například formou odborných certifikací nebo specializačních programů. Tyto aktivity by umožnily hlubší specializaci pracovníků v konkrétních oblastech a posílily jejich odborné kompetence.

Důležité je také zajištění podpůrných mechanismů, jako jsou supervizní nebo intervizní setkání. Tato opatření mohou sloužit jako nástroj pro přenos znalostí, řešení náročných situací a zvyšování kvality poskytované péče.

Také je třeba věnovat pozornost organizaci vzdělávacích programů z hlediska dostupnosti a financování. Rozpočtová omezení byla identifikována jako jeden z možných limitů vzdělávání. Doporučuji proto aktivně hledat možnosti finanční podpory, a to nejen prostřednictvím grantových programů, ale také formou spolupráce s odbornými institucemi, univerzitami či neziskovými organizacemi. Taková podpora může zajistit stabilní financování vzdělávacích aktivit, umožnit jejich širší tematické zaměření a zvýšit dostupnost kurzů pro všechny pracovníky.

Implementace těchto návrhů může přispět k profesnímu rozvoji pracovníků v sociálních službách i sociálních pracovníků organizace Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, zlepšit kvalitu péče poskytované klientům a zvýšit spokojenost zaměstnanců. Díky těmto opatřením by sociální služby mohly adekvátněji reagovat na potřeby osob s duševním onemocněním a lépe plnit svůj společenský účel.

3 Závěr

Cílem této práce bylo zkoumat přínosy dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách pro poskytování kvalitní pomoci osobám s duševním onemocněním. Výsledky kvalitativního výzkumu potvrdily hlavní výzkumnou otázku, která se zaměřovala na význam profesního vzdělávání pro zvyšování kvality péče a rozvoj kompetencí pracovníků. Participanti ocenili vzdělávací programy zejména z hlediska rozšíření teoretických znalostí, obohacení profesních obzorů a posílení sebedůvěry, což jsou zásadní prvky pro kvalitní výkon jejich práce.

Stanovené výzkumné otázky byly zhodnoceny na základě získaných dat. Důležitost praktického zaměření vzdělávacích aktivit byla potvrzena – participanti vyzdvihli význam interaktivních metod, které umožňují aplikaci teorie do každodenní praxe. Zároveň byla potvrzena potřeba rozšíření vzdělávacího obsahu o specifická témata související s duševním zdravím, což reflektuje požadavky pracovníků na hlubší znalosti a praktické dovednosti v této oblasti. Hypotéza o omezeních současného vzdělávacího systému byla rovněž podpořena – výzkum poukázal na limity, jako jsou nedostatečná flexibilita výběru kurzů či rozpočtová omezení.

Přínos autora k řešení dané problematiky spočívá v identifikaci konkrétních návrhů na zlepšení vzdělávacích programů, které mohou být využity v praxi. Mezi hlavní přínosy patří doporučení na zvýšení interaktivity vzdělávacích aktivit, zařazení stáží ve specializovaných organizacích a rozšíření obsahu školení o specifické diagnózy a krizovou intervenci. Tyto návrhy nejen reflektují potřeby pracovníků, ale také poskytují konkrétní podněty pro inovaci vzdělávacího procesu.

Dosažené výsledky práce jsou využitelné nejen pro zlepšení vzdělávacích aktivit v oblasti sociálních služeb vybrané organizace, ale také pro strategické plánování rozvoje profesního vzdělávání na úrovni ostatních organizací. Praktická aplikovatelnost závěrů výzkumu může přispět ke zvyšování kvality poskytované péče, optimalizaci pracovního výkonu a spokojenosti pracovníků. Výsledky práce mohou být rovněž inspirací pro další výzkumy zaměřené na profesní vzdělávání a jeho vlivu na kvalitu sociálních služeb.

Návrhy na směr dalšího bádání zahrnují rozšíření výzkumu na větší a různorodější vzorky participantů z více organizací, což by umožnilo získat komplexnější pohled na danou problematiku. Doporučuji se také zaměřit na kvantitativní metody sběru dat, které by poskytly širší možnosti analýzy a porovnání. Další výzkumy by mohly zahrnovat i evaluaci dlouhodobých výsledků vzdělávacích programů na pracovní výkon a spokojenost zaměstnanců.

4 Seznam použitých zdrojů

- ALLIA HEALTH (n.d.). *Allia Health*. [online]. [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: <https://allia.health>
- ALLIA HEALTH (n.d.). *Continuing Education for Mental Health Professionals*. [online]. [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: <https://allia.health/blog/continuing-education-for-mental-health-professionals>
- ARMSTRONG, Michael. *A Handbook of Human Resource Management*. London: Kogan Page, 1990. ISBN 9780749401543.
- ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. Institut vzdělávání APSS ČR: nabídka kurzů a seminářů. Praha: APSS ČR, 2025 [cit. 2025-11-25]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz>
- ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI. Minimální standard vzdělávání v sociální práci. Brno: ASVSP, 2014 [cit. 2025-11-25]. Dostupné z: <https://www.asvsp.org>
- BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer, 2008. ISBN 978-80-7357-421-8.
- BIERNÁTOVÁ, Olga a SKŮPA, Jan. *Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 0197) platné od 1. dubna 2011*. [online]. Brno, 2011 [cit. 2025-10-29]. Dostupné z: <http://www.citace.com/soubory/csniso690-interpretace.pdf>
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Vzdělávací projekty a metodiky. Praha: CMHCD, 2025 [cit. 2025-11-25]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz>
- CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JINDŘICHŮV HRADEC (n.d.). *Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec*. [online]. [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.cssjh.cz>
- CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JINDŘICHŮV HRADEC. *Výroční zpráva*. Jindřichův Hradec: CSS, 2023.
- CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JINDŘICHŮV HRADEC. *Výroční zpráva*. Jindřichův Hradec: CSS, 2024.
- CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JINDŘICHŮV HRADEC. *Interní dokument: Zdravotní pas klienta*. Jindřichův Hradec: CSS, 2025.
- ČAMSKÁ, Dagmar, SEMBDNER, Jiří a KRUTILOVÁ, Věra. *Sociální práce v praxi: metodické přístupy*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-815-2.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 157.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006.
- ČSN ISO 690 (01 0197). *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. 3. vyd. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011. Česká technická norma.

- DB TERAPIE (n.d.). *Léčba duševních poruch*. [online]. [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: <https://dbterapie.cz/encyklopedie/lecba-dusevnich-poruch/>
- DUŠEK, Jiří, VEČEŘOVÁ, Hana a PROCHÁZKOVÁ, Iva. *Sociální služby v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-0.
- FISHER, Ondřej a ŠKODA, Jiří. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5019-4.
- FOKUS PRAHA. Centrum vzdělávání: kurzy a programy pro práci s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Fokus Praha, 2025 [cit. 2025-11-25].. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz>
- HARTL, Pavel a kol. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0874-3.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (IFSW n.d.). *Effective and Ethical Working Environments for Social Work: The Responsibilities of Employers of Social Workers*. [online]. [cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/effective-and-ethical-working-environments-for-social-work-the-responsibilities-of-employers-of-social-workers-2>
- INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (IFSW) (n.d.). *Global definition of social work*. [online]. [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what>
- JOCHMANNOVÁ, Andrea. *Sociální práce a její výzvy v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-9821-4.
- KALINA, Karel. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-882-6.
- KOURGIANTAKIS, T., SEWELL, K.M., McNEIL, S. a kol. Social work education and training in mental health, addictions, and suicide: A scoping review. *Journal of Social Work Education*. 2019, 55(1), s. 1–13. ISSN 1043-7797.
- KUBALÁKOVÁ, J. a kol. (2020). Další vzdělávání pracovníků v sociálních službách. *Sociální práce/Sociální práce*, 20(2), 45–58.
- KUČERA, Karel. *Sociální práce v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0365-6.
- MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace s klientem v sociálních službách*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2367-9.
- MALÁ, Dana. *Sociální služby v praxi*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-679-9.
- MEZINÁRODNÍ FEDERACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. *Global definition of social work*. Bern: IFSW, 2014. [online]. [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org>
- MEZINÁRODNÍ ASOCIACE ŠKOL SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. *Global standards for social work education and training*. IASSW, 2014. [online]. [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.iassw-aiets.org>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Akreditované vzdělávací programy v sociálních službách. Praha: MPSV, 2025 [cit. 2025-11-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Bílá kniha o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2003.

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Koncepce vzdělávání pracovníků v sociálních službách*. Praha: MPSV, 2021.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní akční plán sociálního začleňování*. Praha: MPSV, 2008.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV) (n.d.). *Registr poskytovatelů služeb*. [online]. [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Duben 2017. [online]. [cit. 2025-04-05]. Dostupné z: <https://img.dokumen.tips/doc/image/5b9d2eb309d3f2df1f8c6698/maly-pruvodce-reformou-psychiatricke-netykaji-jen-medicinskeho-oboru.jpg>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0, vydáno 8. října 2013. [online]. [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatricke%20pece.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Reforma péče o duševní zdraví*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013–2025 [cit. 2025-11-25]. Dostupné z: <<https://reformapsychiatrie.cz>>
- MLEJNKOVÁ, Dagmar a MÄRZOVÁ, Kateřina. *Případová studie v sociální práci*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4032-5.
- MOLEK, Petr. *Sociální služby: legislativa a praxe*. Praha: Wolters Kluwer, 2019. ISBN 978-80-7598-456-6.
- MUSIL, Libor a kol. *Sociální práce v měnícím se prostředí*. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-9820-7.
- MUŽÍK, Jaroslav. *Andragogika: teorie a praxe vzdělávání dospělých*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-828-1.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie*. Praha: Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1884-9.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0568-8.
- ONSP. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: ONSP, 2024.
- OREL, Michal a kol. *Sociální práce a vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9823-8.
- OREL, Michal a kol. *Sociální práce v kontextu současných výzev*. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-9822-1.
- PALÁN, Zdeněk. *Personální management*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-466-9.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Poruchy osobnosti v psychologii a psychiatrii*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-6.
- PROBSTOVÁ, Vlasta a PĚČ, Jiří. *Sociální práce v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0645-9.
- RABOCH, Jiří. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2089-2.

- RAHMAN SHIRI, M. a kol. Effectiveness of training interventions for social service workers in mental health: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*. 2023, 17(1), s. 1–15. ISSN 1752-4458.
- REFORMA PSYCHIATRIE (n.d.). *Vzdělávání a zaměstnávání peer konzultantů v zahraničí a v ČR*. [online]. [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/vzdelavani-zamestnavani-peer-konzultantu-v-zahranici-v-cr-0?term_id=62
- ROGERS, Everett M. a VIDGEN, Richard. *Diffusion of Innovations in Service Organizations*. London: Routledge, 2006. ISBN 9780415392016.
- SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0460-5.
- SLADE, Mike. *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. ISBN 9780521728662.
- SEWPAUL, Vishanthie a JONES, David. Global standards for social work education and training. *Social Work Education*. 2004. [online]. [cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/0261547042000252244>
- SVOBODA, Miroslav. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-715-5.
- SVOBODA, Miroslav, ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-188-7.
- TRIBUNE.CZ (n.d.). *Stigmatizace duševně nemocných: výsledky studií neukazují změny k lepšímu*. [online]. [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/stigmatizace-dusevne-nemocnych-vysledky-studii-neukazuji-zmeny-k-lepsimu/>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR) (n.d.). *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*. [online]. [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-820-4.
- VENCOVSKÝ, František. *Psychopatologie*. Praha: Avicenum, 1983.
- WEIMEROVÁ, Dana. *Sociální práce s rodinou*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3220-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001. ISBN 9241562013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: WHO, 2021. ISBN 9789240020481.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO QualityRights initiative – improving quality of care and human rights in mental health*. Geneva: WHO, 2019. [online]. [cit. 2025-11-20]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights>

5 Přílohy

5.1 Příloha A – Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas účastníka dotazníkového šetření

Název diplomové práce: Vzdělávání pracovníků vybrané organizace sociálních služeb pro podporu lidí s duševním onemocněním

Autor diplomové práce: Bc. Alena Křenková

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Instituce: Vysoká škola polytechnická, Jihlava

Účel výzkumu

Cílem tohoto dotazníkového šetření je získat informace o [stručně popsat téma, např. profesním vzdělávání pracovníků v sociálních službách], které budou využity výhradně pro zpracování diplomové práce.

Dobrovolnost účasti

Vaše účast je **zcela dobrovolná**. Můžete se rozhodnout dotazník nevyplnit nebo kdykoli během vyplňování účast ukončit, a to bez jakýchkoli následků.

Anonymita a důvěrnost

Dotazník je **anonymní** – nebudou shromažďovány žádné osobní údaje, které by umožnily vaši identifikaci. Všechny získané informace budou použity pouze pro účely diplomové práce a nebudou předány třetím osobám.

Rizika a přínosy

Účast na šetření nepředstavuje žádná rizika. Výsledky mohou přispět k lepšímu porozumění problematice [doplnit téma] a k návrhům na zlepšení praxe v oblasti sociálních služeb.

Souhlas účastníka

Svým podpisem potvrzuji, že:

- jsem byl/a seznámen/a s účelem výzkumu,
- rozumím podmínkám účasti,
- účastním se dobrovolně,
- souhlasím s využitím anonymních údajů pro účely diplomové práce.

Datum:

Podpis účastníka:

5.2 Příloha B – Scénář rozhovoru

HVO: Jak je zajištěno další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách poskytujících podporu lidem s duševním onemocněním a zda je z jejich pohledu užitečně zaměřeno na problematiku práce s touto cílovou skupinou?

Zahřívací otázky:

1. Jaká je vaše pracovní pozice a náplň práce? Co Vás na této práci nejvíce inspiruje?
2. Jak dlouho pracujete v této organizaci a na této pracovní pozici?
3. Jaké máte osobní zkušenosti s dalším vzděláváním v rámci své práce?

DVO1: Jaký je aktuální stav vzdělávání pracovníků?

1. Jak vnímáte zaměření dalšího vzdělávání, které vám poskytuje vaše organizace pro práci s klienty s duševním onemocněním?
2. Popište prosím, jaký vliv má podle vašeho názoru toto vzdělávání na vaši práci s klienty s duševním onemocněním?
3. Popište mi, jak probíhá výběr programů pro další vzdělávání zaměstnanců ve vaší organizaci?
 - a. Jak je/by byla řešena situace, když by vás zaujal jiný vzdělávací program, než vám organizace nabízí?
4. Popište mi prosím vzdělávací programy, které jste za minulý rok absolvoval/a? (o čem byly/jejich zaměření)

DVO2: Jakým způsobem reflektuje dosavadní vzdělávání pracovníků potřeby a specifika, která vyplývají z poskytování pomoci a podpory lidem s duševním onemocněním?

1. Jakým způsobem podle vašeho názoru vzdělávací programy zohledňují potřeby a specifika práce s lidmi s duševním onemocněním?
2. Můžete uvést konkrétní příklady, kdy vám další vzdělávání pomohlo lépe zvládnout práci s klienty s duševním onemocněním?
3. Jaké konkrétní znalosti a dovednosti získané při vzdělávání považujete za nejpřínosnější pro vaši práci s lidmi s duševním onemocněním?
4. Na jaké téma byste ocenila kurz, aby vám pomohl při práci s lidmi s duševním onemocněním?
5. Popište, jakým způsobem jste řešila/postupovala v situaci/v případě, kdy jste vnímal/a nedostatek znalostí nebo dovedností při práci s klientem s duševním onemocněním? Způsobilo to nějaké komplikace?

DVO3: Jaké jsou potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání zaměřené na pomoc lidem s duševním onemocněním?

1. Jak vnímáte obsah a strukturu kurzů za poslední 1-2 roky zaměřených na práci s klienty s duševním onemocněním?
2. Jaké zaměření, témata nebo dovednosti byste podle vašeho názoru potřeboval/a, aby byla zahrnuta do budoucích vzdělávacích programů v oblasti duševního zdraví?
3. Co byste navrhoval/a zlepšit v současném vzdělávacím systému vaší organizace v této oblasti?

DVO4: Jak užitečné byly dosavadní vzdělávací programy ve vztahu ke každodenní praxi pro práci s lidmi s duševním onemocněním z pohledu pracovníků vybrané organizace?

1. Jak hodnotíte celkovou přínosnost dosavadních vzdělávacích programů, které jste absolvovala ve vaší organizaci za poslední 1-2 roky?
2. Jak by se podle vás daly vzdělávací programy upravit nebo zaměřit, aby vám byly získané znalosti oporou při každodenní praxi?
3. Jak vzdělávací programy z vašeho pohledu odpovídají potřebám a očekáváním vás jako pracovníků?
 - a. Pokud mají zaměstnanci potřebu vzdělávat se v určitém tématu, jak jsou tyto potřeby naplňovány.