

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ

2014–2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Krejčířová

Možnosti a úskalí edukace klienta sociální rehabilitace

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jindra Stříbrská, PhD.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME)

2014-2015

BACHELOR THESIS

Lucie Krejčířová

**Educational opportunities and difficulties of a social
rehabilitation's client**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Jindra Stříbrská, PhD.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Lucie Krejčířová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce za konzultování a profesionální vedení při tvorbě mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce ve své teoretické části shrnuje problematiku poskytování, systému a kvality sociálních služeb v České republice, její cílové skupiny a cíle. Vymezuje sociální rehabilitaci, postupy a metodiky práce s uživateli sociální rehabilitace ve vybraném zařízení služby sociální rehabilitace a představuje pohled na osobu s duševním onemocněním jako uživatele služby sociální rehabilitace včetně jeho edukace. Navazující praktická část na základě čtyř případových studií s využitím analýzy dokumentů popisuje situaci jednotlivých uživatelů, jejich potřeby a navrhuje edukační cíle i rámcový postup edukace. Výstupem této části je autorkou práce vypracovaný návrh edukačních cílů i rámcový postup edukace.

Klíčová slova

Cíl služby, cílová skupina, duševní onemocnění, edukace, individuální plánování, poslání služby, sociální rehabilitace, sociální služba.

Annotation

The bachelor thesis summarizes problems of the system and quality of social services in the Czech Republic, its target group and aims in a theoretical part. The thesis defines social rehabilitation, procedures and methodology of working with users of social rehabilitation in a particular institution of social rehabilitation's services and it introduces a person with mental illness as a user of a social rehabilitation, including his education. This part's outcome is a suggestion on educational aims and general educational procedure elaborated by the author of this thesis .

A practical part describes a situation of individual users, their needs and, moreover, it suggests educational aims and general procedure of education on the basis of document analysis (four case studies).

Key words

Aim of service, education, function of service, target group, individual planning, mental illness, social rehabilitation, social service.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SOCIÁLNÍ SLUŽBA.....	11
1.1 Poskytování sociálních služeb v České republice.....	12
1.2 Systém sociálních služeb v České republice	13
1.3 Kvalita poskytování sociálních služeb a její hodnocení.....	15
1.4.Cíle sociálních služeb.....	17
1.5 Cílová skupina sociálních služeb.....	18
1.6 Úloha sociální práce v sociálních službách.....	19
2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	24
3 POSTUPY A METODIKA PRÁCE S UŽIVATELEM VE VYBRANÉM ZAŘÍZENÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	
3.1 Individuální plánování v rámci služby sociální rehabilitace	27
3.2 Edukace uživatelů sociální rehabilitace	28
4 OSOBA S DUŠEVNÍ PORUCHOU JAKO UŽIVATEL SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	
4.1 Péče o osoby s duševním onemocněním v minulosti a současnosti.....	31
4.2 Specifika uživatele sociální služby trpícího duševní poruchou	32
4.3 Úskalí při práci s uživatelem služby sociální rehabilitace.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	
5 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI	
5.1 Vymezení výzkumného cíle.....	37
5.2 Výzkumný vzorek	37
5.3 Výzkumná metodika	37
5.4 Časová organizace výzkumu podle jeho fází.....	39
5.5 Charakteristika vybraného zařízení poskytujícího službu sociální rehabilitaci ..39	
5.6 Etické aspekty šetření.....	40
6 MOŽNOSTI EDUKACE UŽIVATELŮ SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	
6.1 Uživatel č. 1.....	42
6.2 Uživatel č. 2.....	46
6.3 Uživatel č. 3.....	51
6.4 Uživatel č. 4.....	54

7 SHRNU TÍ A DOPORU ČENÍ.....	58
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	61
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Práci zaměřenou na téma edukace uživatelů sociální rehabilitace jsem si vybrala především z toho důvodu, že v nynější době pracuji jako sociální pracovník v této sociální službě. Často se dostávám do situace, kdy je edukace obtížná, a cítím potřebu jejího dlouhodobějšího plánování s možností úpravy.

Cílem práce je provést analýzu současného stavu, možností a úskalí spolupráce sociálních pracovníků s uživateli zařízení sociální služby sociální rehabilitace a následný návrh způsobu edukace klientů daného zařízení.

Práce vychází z předpokladu, že se úskalí v práci s osobami s duševním onemocněním vyskytují a mají přímý vliv na edukaci. Je proto podstatné tato úskalí specifikovat a odpovědět na otázku co by mohlo pracovníkům zařízení pomoci v edukační činnosti pomoci.

Práce je teoreticko - empirická. Teoretická část je koncipována tak, aby byly pojmy postupně vymezeny, tudíž nejprve bude přiblížena sociální služba, možnosti a systém poskytování sociální služby v České republice, kvalita poskytování sociální služby a její hodnocení, cíle sociální služby, cílová skupina sociální služby a úloha sociálního pracovníka v sociální službě. Dalším důležitým pojmem je sociální rehabilitace a poté se budu věnovat postupům a metodice práce s uživatelem sociální rehabilitace a vypsycifikování osob s duševním onemocněním jako uživatelů zařízení. Praktická část práce tak navazuje na teoretickou. V další části práce, v části praktické, uvedu cíle, metodologii, nastíním etické aspekty šetření a charakterizuji zařízení poskytující službu sociální rehabilitace. Následně budou analyzovány a navrženy možnosti edukace uživatele sociální rehabilitace jako prostředku jejich začleňování.

Hlavní metodou je případová studie, která je zpracována s využitím obsahové analýzy oficiální dokumentace klientů.

Pro pracovníky sociální rehabilitace bude práce velmi přínosná vzhledem ke každodennímu edukačnímu působení na klienty služby a zefektivnění práce. Pro širokou veřejnost může být tato práce přínosná v seznámení se s další sociální službou, a tudíž bude dalším z nástrojů boje proti stigmatizaci dané cílové skupiny osob.

Při předběžném zájmu o odbornou literaturu na téma edukace uživatelů sociální služby sociální rehabilitace jsem narazila na nedostatek odborné literatury zabývající se touto problematikou. Obecné informace o edukaci osob s psychickým postižením, můžeme čerpat z odborné psychologické a pedagogické literatury. Pro potřeby

pracovníků služby sociální rehabilitace však prozatím neexistuje manuál či příručka, jak k uživatelům přistupovat v oblasti jejich edukace. Edukační působení je přitom jedna z klíčových aktivit, které vůči uživatelům sociální pracovníci vykonávají. Práce tak může být přínosná i v oblasti chybějící odborné literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ SLUŽBA

Daná kapitola bude věnována sociální službě poskytované v České republice, jejímu systému, kvalitě a hodnocení. Cílům a cílové skupině sociálních služeb a úloze sociální práce v sociálních službách.

Sociální služby spadají dle Matouška a kol. (2007, s. 9) do širšího rámce veřejných služeb. Ty jsou poskytovány v zájmu veřejnosti, zpravidla financovány z veřejných rozpočtů, přesně definovány legislativou a více závislé na politickém rozhodování než např. služby komerční. Zaměřují se na veřejný pořádek, bezpečnost, obranu; bydlení a místní infrastrukturu; sociální zabezpečení, služby a ochranu; ochranu životního prostředí; ochranu zdraví; vzdělávání; kulturu; náboženství a ekonomické záležitosti. *„Veřejné služby mají uspokojovat lidské potřeby, ale také zabezpečovat trvale udržitelný rozvoj celospolečenských hodnot, s důrazem na rozvoj lidského potenciálu“* (Nedělníková, 2014, s. 41).

Zákon (č. 108/2006 Sb., § 3a) definuje sociální službu jako *„činnost nebo soubor činností ... zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*. Za sociální vyloučení považuje zákon (§ 3f) stav, kdy je jedinec v důsledku nepříznivé sociální situace vyčleněn z běžného života společnosti a není schopen se do něj zpětně zapojit.

Nepříznivá sociální situace může být dle zákona (§ 3b) způsobena věkem jedince, nepříznivým zdravotním stavem, životními návyky nebo konfliktním způsobem života, krizovou sociální situací, životem jedince v sociálně znevýhodňujícím prostředí, ohrožením jedince trestnou činností apod. Výše uvedené situace je pak nutné řešit tak, aby bylo podpořeno sociální začlenění jedince a minimalizováno riziko jeho sociálního exkluze. Hlavními faktory vyloučení jsou dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 128) chudoba a nízké příjmy, dále pak např. diskriminace, nízká úroveň vzdělání nebo nevyhovující životní podmínky.

Sociální služby jsou *„poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.“* (Matoušek a kol., 2007, s. 9) Umožňuje jedinci dosáhnout *„příležitostí a možností, které napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.“* (č. 108/2006 Sb., § 3e)

1.1 Poskytování sociálních služeb v České republice

V roce 2013 bylo v České republice poskytováno celkem 3 240 sociálních služeb. (MPSV, 2014, s. 69) Obce a kraje mají povinnost aktivně zjišťovat potřeby osob a možnosti jejich naplnění, v souladu s nimi pak zřizovat potřebné sociální služby. Významnými poskytovateli sociálních služeb jsou také nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky je aktuálně zřizovatelem pěti ústavů sociální péče. (MPSV, online, 2014)

Poskytovateli sociální služby mohou v současnosti být dle zákona (č. 108/2006 Sb., § 6) územní samosprávné celky a jimi zřízené právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu, státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami. Oprávnění poskytovat sociální službu vzniká na základě **registrace poskytovatele**, která se provádí na příslušném krajském úřadu. Po registraci je sociální služba evidována v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

I v případě, že poskytovatelem sociální služby je soukromá osoba (nestátní organizace), je stát odpovědný za kontrolu kvality poskytování sociální služby (více viz kap. 1.3). Financování služeb je buď plně, nebo částečně kryto z rozpočtu zřizovatele. Státní dotace plynou těmto organizacím prostřednictvím krajských úřadů. Poskyvatelé sociálních služeb mohou využít také možnost financování nadacemi.

Poskytování většiny sociálních služeb se zakládá na uzavření smlouvy mezi zájemcem a poskytovatelem (§ 90 a § 91 zákona o sociálních službách). Tento postup staví osoby v nepříznivé sociální situaci do aktivní role, jelikož *„ony samy musí poskytovatele kontaktovat a vyjednat si, jaká přesně a za jakých podmínek jim bude sociální služba poskytována.“* (MPSV, 2008, s. 2) Ani po uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby nekončí aktivní přístup uživatele, jelikož ten se musí podílet na tzv. individuálním plánování, tedy sestavování plánu poskytování sociální služby, s ohledem na specifické potřeby a možnosti konkrétního uživatele.

Poskyvatel sociální služby může **odmítnout žadatele** ze zákonem definovaných příčin. (§ 91 zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb.) Prvním důvodem odmítnutí žadatele je tzv. „věcná nepřislušnost“, tedy nevhodnost služby pro jeho konkrétní situaci (poskyvatel neposkytuje službu, kterou žadatel ve své situaci potřebuje). Druhým důvodem je nedostatečná kapacita služby. Třetím pak tzv. „zdravotní kontraindikace“, tedy situace, kdy zdravotní stav žadatele neumožňuje poskytnutí služby, o kterou žádá. Jestliže má poskyvatel a služba volnou kapacitu a

žadatel nesplňuje zákonné podmínky na možné odmítnutí poskytnutí služby, je poskytovatel povinen službu poskytnout.

Vzhledem k zaměření bakalářské práce se ještě hlouběji zabýváme možnostmi odmítnutí poskytnout sociální službu pobytové formy, tzn. právě službu sociální rehabilitace. Provděcí vyhláška (č. 505/2006 Sb., § 36) dále specifikuje, že poskytnutí pobytové služby se vylučuje v případech, kdy zdravotní stav žadatele vyžaduje pobyt ve zdravotnickém zařízení nebo je žadatel nositelem infekční nemoci nebo by jeho chování z důvodu duševní poruchy závažně narušilo kolektivní soužití v pobytové službě (s výjimkou sociální služby v domově se zvláštním režimem).

„Poskytovatel s volnou kapacitou nemůže odmítnout uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby ani v případech kdy předpokládá, že žadatel nebude platit úhrady nebo bude způsobovat jiné problémy nebo jde o stejného uživatele, jemuž už jednou smlouvu vypověděl“. (Čermáková, Holečková)

1.2 Systém sociálních služeb v České republice

Systém sociálních služeb v České republice je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon definuje (§ 32), že sociální služby zahrnují oblasti **sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence.**

Blíže jsou jednotlivé oblasti specifikovány v zákoně o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). S ohledem na zaměření a cíle práce se zabýváme pouze službami sociální prevence, mezi které se služba sociální rehabilitace řadí.

Služby sociální prevence (zákon č. 108/2006 Sb., § 53) jsou zaměřeny na zabránění sociálního vyloučení osob, které jím jsou ohroženy. Jejich cílem je nejen dopomoci ohroženým osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace, ale také ochrana společnosti před vznikem a šířením nežádoucích sociálních jevů. Sociální prevence se může odehrávat prostřednictvím poměrně širokého spektra sociálních služeb (viz § 54 – § 70 téhož zákona): raná péče; telefonická krizová pomoc; tlumočnické služby; azylové domy; domy na půl cesty; kontaktní centra; krizová pomoc; intervenční centra; nízkoprahová denní centra; nízkoprahová zařízení pro děti a mládež; noclehárny; služby následné péče; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením; sociálně terapeutické dílny; terapeutické komunity; terénní programy; sociální rehabilitace (viz dále kap. 2).

Výše uvedené služby mohou být poskytovány (§ 33) formou **pobytovou**, **ambulantní** nebo **terénní**, případně jejich kombinací. Pobytová služba je vykonávána v zařízení, které má ubytovací kapacity pro uživatele. Právní aspekty pobytových služeb jsou upraveny souvisejícími zákony (více viz úplné znění zákona). Oproti tomu ambulantní forma je uživateli poskytována bez ubytovacích možností, klient do této služby dochází. Terénní forma sociální služby se odehrává v přirozeném sociálním prostředí klienta, který je zde kontaktován terénními sociálními a dalšími odbornými pracovníky.

Úkony, které jsou v rámci poskytování služby vykonávány, jsou definovány v § 35 zákona (č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jak již bylo naznačeno dříve, jedná se o aktivity, které vedou k pomoci uživateli při zvládnání nároků života ve společnosti, v míře přiměřené jeho individuální sociální situaci. Jedná se jak o *základní sociální poradenství; pomoc* klientovi (při běžných úkonech, péči o vlastní osobu, hygieně, zajištění chodu domácnosti, zajištění stravy, uplatňování práv, vyřizování osobních záležitostí; telefonickou krizovou pomocí); *poskytnutí prostor a podmínek* pro osobní hygienu, ubytování, přenocování, stavu; *zprostředkování kontaktu* s prostředím; *podporu a nácvik* dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti, pracovních návyků a dovedností; *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; sociálně terapeutické činnosti* apod.

Důležitou otázkou zůstává také úhrada poskytování služeb. Zákon (v § 71 - § 77) definuje, které služby, případně jejich části, jsou poskytovány za úhradu, a které jsou poskytovány klientům zdarma, tedy bez úhrady. Pro účel úhrady sociálních služeb je v odůvodněných případech osobám vyplácen příspěvek na péči. Jeho právní úprava se nachází v zákoně o sociálních službách. Jelikož není podstatou této práce hlouběji se touto otázkou zabývat, odkazujeme zájemce na uvedený zákon (§ 7 - § 30).

Služba sociální rehabilitace je službou poskytovanou bez úhrady, s výjimkou poskytnutí ubytování, stravy a pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Výše úhrady podléhá vyhlášce č. 505/2006 Sb. a mezi poskytovatelem a uživatelem služby je upravena smluvně. Bližší specifikace služby sociální rehabilitace se nachází v další kapitole práce.

1.3 Kvalita poskytování sociálních služeb a její hodnocení

Charta kvality České republiky (2010, s. 2) vnímá pojem kvalita v širším kontextu konkurenceschopnosti na trhu. „České výrobky a služby musí vykazovat co nejlepší poměr kvality a ceny pokud chceme, aby vítězily a aby se Česká republika prosazovala na mezinárodním trhu a v mezinárodních srovnáních i v těch nejsložitějších dobách.“ Kvalita znamená, že organizace „musí reagovat včasné a přesně na potřeby a očekávání zákazníků, uživatelů a občanů“. Je jednoznačným měřítkem efektivity a účinnosti. Vyžaduje však účast a společenskou odpovědnost, přenáší odpovědnost na všechny činnosti a každého jednotlivce v organizaci. „Zahrnuje všechny oblasti podnikání v průmyslu, obchodu, řemeslech i službách nezávisle na velikosti organizace. Zahrnuje rovněž veřejné služby včetně státní správy.“ (tamtéž) Kvalitu tak můžeme chápat jako poměr očekávaného výsledku (činnosti, služby, výrobku) k reálnému výsledku.

Jelikož by bylo velmi složité určovat kvalitu poskytování sociálních služeb bez jednotného kritéria, bylo nutné vytvořit alespoň kostru posuzovaných oblastí, které pomohou určit kvalitu poskytování každé jednotlivé služby. Z této potřeby vyšla definice Standardů kvality sociálních služeb (viz dále).

Hodnocení kvality poskytování sociálních služeb vychází z vyhlášky č. 505/2006 Sb. Uskutečňuje se prostřednictvím posuzování úrovně splnění jednotlivých kritérií standardů kvality sociálních služeb (viz dále). Podle míry jejich naplnění (či nenaplnění) jsou zařízení hodnocena v rozmezí 3 – 0 bodů za výborně splněné kritérium nebo nesplněné kritérium (§ 38 vyhlášky).

Oprávnění provádět inspekci sociální služby má Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a příslušný krajský úřad. Inspekce se zaměřuje nejen na plnění povinností poskytovatele sociální služby, které jsou stanoveny zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., § 97 - § 99), ale také kvalitu poskytované služby.

Standardy kvality sociálních služeb jsou v České republice formulované a využívány od roku 2002, v povinnost vstoupily v roce 2007. Závazně byly uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. Jednoduše řečeno, „shrnují to, co se dnes obecně očekává od dobré sociální služby“. (Čermáková, Johnová, 2002, s. 5) Zavedení standardů má napomoci „narovnání vztahů v sociální péči, radikální odstranění mnohdy až diskriminačních poměrů a nastolení standardu, který chápe všechny občany jako zcela

rovnoprávné subjekty práv a povinností, který zbavuje státní nebo státem řízené instituce a organizace možnosti jednostranně rozhodovat o osudech občanů, a který do srovnatelného postavení staví jak tyto státem řízené instituce, tak organizace soukromé. (Čámský a kol., 2008, s. 10) Každá organizace poskytující sociální službu je vázána povinností standardy kvality sociálních služeb do své činnosti implementovat a zajistit tak uživatelům dostatečnou kvalitu poskytované služby.

Jak uvádí Holková a Gabrysz (2011, s. 8), naplnění kritérií kvality předpokládá, že bude mít služba písemně zpracována vnitřní pravidla a podle těchto pravidel bude také postupovat. Zodpovědnost za vytvoření těchto pravidel není předepsaná, v praxi se tak realita různí. Některé organizace mají vnitřní předpisy zpracované vedením, v jiných organizacích byli tímto úkolem pověřeni samotní sociální pracovníci. Vzhledem k poměrně velké náročnosti tohoto úkolu však v praxi, a obzvláště u větších organizací a sociálních služeb, vzniká potřeba mít stanoveného pracovníka, který bude odpovědný za zpracovávání metodických materiálů a jejich zavádění do praxe – metodika. *„Metodik pak může být zodpovědný za tvorbu vnitřních metodických materiálů organizace tak, aby byly individuálně přizpůsobené právě té které sociálně službě, aby vycházely z její praxe a byly také pro její praxi použitelné.“*

Ze zkušenosti praxe vyplývá, že osoba metodika je opravdu důležitou rolí v plánování a poskytování sociální služby. Vytvořením metodického materiálu metodické úkoly nekončí, je třeba metodiky pravidelně aktualizovat, informovat pracovníky o změnách a novinkách, motivovat je k provádění metodiky v praxi apod. Jestliže tuto roli zastávají sociální pracovníci zařízení souběžně se svou funkcí, dostávají se do velké a časem nevladatelné časové tísně a pracovního přetížení, které se může podepsat na kvalitě práce jejich vlastní, ale také se může odrazit ve kvalitě poskytované služby.

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do tří hlavních částí: **procedurální** standardy, **personální** standardy a **provozní** standardy. Nejdůležitějšími jsou standardy procedurální, které řeší samotné poskytování sociální služby, jeho kvalitu a pravidla, zabývají se ochranou práv uživatelů služby a definují ochranné mechanismy. Personální standardy se zaměřují na oblast personálního zajištění služby, jelikož kvalita služby je přímo závislá na jejích pracovnících, personálním řízení, zvyšování kvalifikace pracovníků apod. Provozní standardy pak řeší místní, časové (a materiální) podmínky poskytování služeb a ekonomiku. Skladbu standardů

stručně a zjednodušeně znázorňuje tabulka v přílohách práce. Úplné znění standardů je obsaženo ve vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Ačkoliv standardy kvality sociálních služeb byly do praxe zavedeny s obecným vědomím jejich potřeby v rámci sociální reformy, staly se terčem kritiky teorie i praxe sociálních služeb. Z výše uvedeného přehledu standardů a jejich jednotlivých kritérií je zcela patrný nadměrný formalismus a až byrokratická zátěž jednotlivých služeb. Veškeré standardy vyžadují písemné formulace a zpracování. Kupříkladu nepublikovaná stať V. Hanzla poukazuje na skutečnost, že „17 kritérií má tzv. zásadní charakter, což znamená, že pokud poskytovatel sociální služby není v kterémkoliv z těchto kritérií hodnocen výborně či dobře, pak „propadá“. 22 kritérií výslovně požaduje písemnou formu zpracování a o 9 dalších lze na základě jejich formulace soudit, že také musí být zpracovány písemně.“ Problematice nadměrného formalismu se zabývá také Centrum pro výzkum a inovaci v sociálních službách (CVISS), které provedlo analýzu formalismu a inspekce kvality sociálních služeb. (Kocman, Paleček, 2013)

V souvislosti se standardy kvality sociálních služeb vešla do praxe povinnost **supervize**. Organizace poskytující sociální službu zajišťuje pracovníkům, kteří provádějí přímou činnost s jejich uživateli, „podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka za účelem řešení problémů, jež jednotliví zaměstnanci nebo pracovní týmy při výkonu zaměstnání zažívají“. (Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce, s. 61-63) Supervize pomáhá pracovníkům zvládat emočně náročné situace, které jsou často součástí jejich práce; vytváří příležitost pro rozvoj profesních dovedností, získávání znalostí; ovlivňuje postoje pracovníků tak, aby byly v souladu s etickými požadavky profese. Supervize má zpravidla formu externí, kdy do zařízení přichází odborník „zvenčí“, může mít však i formu interní.

1.4 Cíle sociálních služeb

V publikacích vztahených k problematice sociálních služeb (v poslední době zpravidla dokumenty týkající se standardů kvality sociálních služeb) nacházíme definici pojmu „cíl“ jakožto „výsledku toho, co děláme nebo chceme dělat“. (např. Čermáková, Holečková a kol, 2008, s. 13) Autoři hovoří vedle formulovaného cíle také o struktuře obecnější, nadřazené, a to o „poslání“.

Poslání je „jasně definovaný a tím kontrolovatelný veřejný závazek“. (Čermáková, Holečková a kol, 2008, s. 10) Je „shrnutím toho, proč daná organizace

existuje, kam směřuje, čeho a jakým způsobem chce dosáhnout.“ (tamtéž, s. 11) Ukazuje organizaci, službě a jejím pracovníkům cestu k úspěchu, umožňuje definovat cíle, motivuje pracovníky, nastiňuje konkrétní strategie.

Jakmile při jakémkoliv jednání nemá osoba, organizace, či právě sociální služba jasně a konkrétně definovaný cíl, může se dostat do situace, kdy zúčastněné osoby nebudou schopny činnost či službu provozovat nebo ji nebudou provozovat v maximální možné kvalitě.

Definované cíle by měly naplňovat několik požadavků, které jsou shrnuty v anglické zkratce **SMART**. Měly by být **S**pecifické (tedy určité a jasné), **M**ěřitelné, **A**kceptované (zúčastněné osoby se s cílem ztotožňují a přijímají jej), **R**ealistické (dosažitelné) a **T**ermínované (termín jejich splnění je jasně stanoven).

Cíle, které si jednotlivá služba určuje, mohou být trojího druhu. Strategické cíle jsou nejvzdálenější. Jedná se o ideály, kterých má být dosaženo v poměrně dlouhodobém horizontu (např. 5-10 let). Dlouhodobé cíle jsou odvozeny od strategických a ve stanovených kratších termínech umožňují dosahovat cílů strategických. Krátkodobé cíle pak odpovídají dílčím krokům, které jsou potřebné pro dosažení dlouhodobých a strategických cílů.

1.5 Cílová skupina sociálních služeb

Pro to, aby organizace či služba kvalitně fungovala, musí být vedle jejího cíle a poslání definována také cílová skupina. Vzájemně musí být v souladu. Obecně platí, že čím přesněji je stanovena cílová skupina, tím efektivnější bude nabídka sociální služby. Cílová skupina sociální služby bývá zpravidla tvořena přímými klienty (uživateli) a nepřímými klienty, tedy např. rodinnými příslušníky, širší veřejností a dalšími angažovanými osobami.

Obecně jsou osoby cílové skupiny vymezeny zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) a prováděcí vyhláškou (č. 505/2006 Sb.). Uživatelem sociální služby je osoba ohrožena sociální exkluzí nebo osoba již se v sociálním vyloučení nacházející. Pro jednotlivé sociální služby pak zákon definuje cílovou skupinu.

Definice cílové skupiny uživatelů sociální služby by měla vždy obsahovat informaci o konkrétním typu nepříznivé sociální situace osob, kterým je služba určena, o věkovém omezení užívání služby a specifikaci pohlaví. (Čermáková, Holečková a kol, 2008, s. 19) Autoři dále upozorňují na chybu, která se v praxi stává, když někteří poskytovatelé služeb omezují okruh uživatelů místní příslušností (obec, okres, kraj).

Podmínky přijetí a nepřijetí žadatele do sociální služby jsou definovány zákonem a byly uvedeny v kap. 1.1.

Osoby, kterým jsou sociální služby poskytovány, se mohou ocitnout v situaci ohrožení vlastních základních lidských práv. Jakkoliv k těmto situacím může dojít v domnělém nejlepším zájmu klienta, základní lidská práva nesmí být postupem služby dotčena. Výjimku tvoří omezení pohybu uživatele sociální služby, které je však striktně formulováno v zákoně (č. 108/2006 Sb., § 89). Dle Metodické příručky pro výkon terénní sociální práce (s. 46) je nutné akceptovat nejvíce ohrožená práva osob – právo na ochranu osobní svobody; právo na soukromí; ochranu osobních údajů; ochranu před formami zneužívání, diskriminace apod.; zachování autonomie (zachování samostatnosti uživatele služby, nevytváření jeho závislosti na službě).

Jestliže uživatel sociální služby nabyde dojmu, že jsou jeho práva porušována, má právo na podání stížnosti (viz Standardy kvality sociálních služeb). Odpovědný pracovník je povinen podanou stížnost vyřídit. Jak uvádí výše uvedená metodická příručka (s. 46), *„kontaktuje-li Vás uživatel služby s tím, že má stížnost, pak jde o stížnost, ať si o jejím obsahu myslíte cokoliv“*.

1.6 Úloha sociální práce v sociálních službách

Definovat přesně pojem sociální práce je poměrně problematické vzhledem k odlišnosti chápání obsahu a významu pojmu nejen mezi teoretiky, ale také v samotné praxi. Matoušek a kol. (2003, s. 213) definuje sociální práci z hlediska snah o sociální změnu jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, *„jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“*. Oproti tomu Navrátil (2000, s. 7) chápe sociální práci jako *„podporu sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena“*. Obecnější definici sociální práce pak podává Mühlpachr (2006, s. 5), kterou považuje za *„přímé, záměrné a terapeutické působení na klienta – člověka, který je sociálně, zdravotně či jinak handicapován“*.

Sociální práce se v praxi realizuje, s ohledem na cílovou skupinu, na několika úrovních. Jedná se o sociální práci s jednotlivci, sociální práci s rodinou, sociální práci se skupinou osob a komunitní sociální práci. (Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 10)

V rámci sociálních služeb se může při práci s lidmi vedle sociálního pracovníka uplatnit také pracovník v sociálních službách, zdravotnický a pedagogický personál, manželští a rodinní poradci, další odborní pracovníci (§ 115 zákona o sociálních službách) a případně také dobrovolníci. Pozice sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách jsou však pro poskytování sociální služby stěžejní.

Profese **sociálního pracovníka** doposud podléhá zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje základní kvalifikační a další požadavky na výkon profese. Ministerstvo práce a sociálních věcí aktuálně pracuje na legislativním dokumentu, který by zvláště upravoval profesi sociálního pracovníka (navrhovaný a projednávaný zákon o sociálních pracovnících), který však prozatím nebyl dopracován a předložen ke schválení.

Sociálním pracovníkem je osoba, která „*vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“ (§ 109 zákona o sociálních službách).

Mezi hlavní, zákonem stanovené předpoklady vykonávání profese patří svéprávnost, prokazatelná bezúhonnost osoby, zdravotní (lékařský posudek) a odborná způsobilost. Sociální pracovníci jsou i po ukončení požadovaného vzdělání povinni se dále vzdělávat v oboru. Rozsah dalšího vzdělávání (§ 111 zákona o sociálních službách) je zákonem stanoven na minimálně 24 hodin ročně a odpovědnost za doplňování kvalifikace má zaměstnavatel.

Pracovník, který nesplňuje kvalifikační požadavky kladené na profesi sociálního pracovníka, se v sociální službě může uplatnit na pozici **pracovníka v sociálních službách**. Vyhláška č. 505/2006 Sb. definuje požadavek na jeho kvalifikaci, kterým je absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníka v sociálních službách (§ 37) v minimálním rozsahu 150 hodin. Obsah kurzu, stejně jako výjimky z povinnosti kurz absolvovat, je taktéž definován vyhláškou.

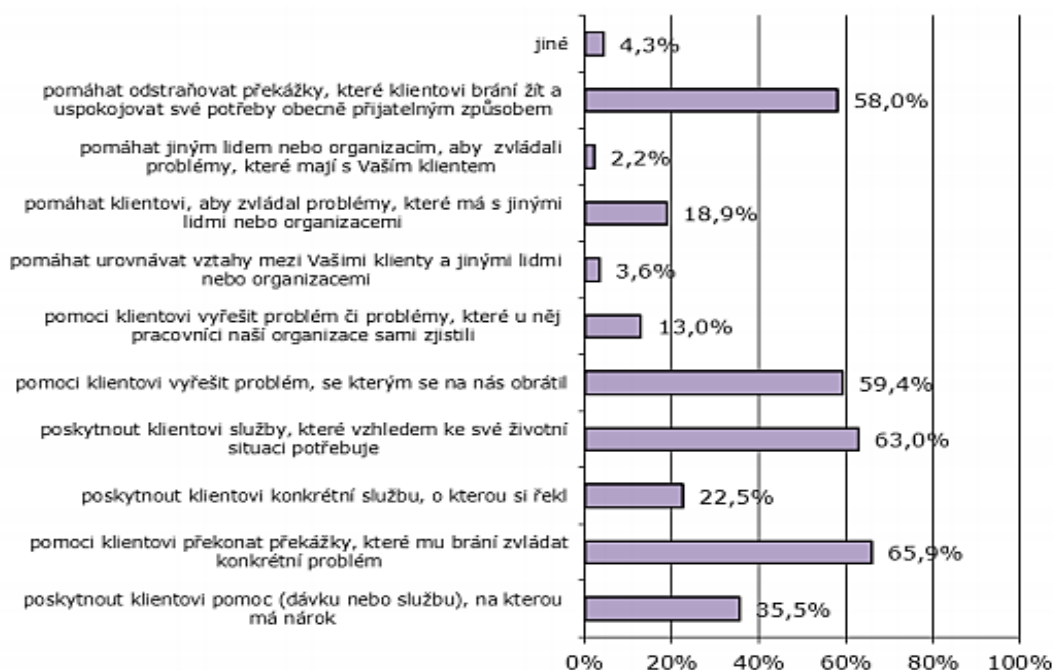
Za pracovníka v sociálních službách zákon (§ 116) považuje osobu, která vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních; základní výchovnou nepedagogickou činnost; pečovatelskou činnost v domácnosti uživatele; činnost základního sociálního poradenství, depistáže, vzdělávací a aktivizační činnosti apod. pod dohledem sociálního pracovníka. Stejně jako v případě

sociálního pracovníka klade zákon na pracovníka v sociálních službách podmínku svéprávnosti, bezúhonnosti, zdravotní a odborné způsobilosti. Za odbornou způsobilost se považuje absolvování základního nebo středního vzdělání a akreditovaného kvalifikačního kurzu.

Musil a kol. (2011, s. 24) definují činnosti, které jsou pro sociální pracovníky ve službách žádoucí:

- působení na klienty i sociální prostředí, a jejich interakce,
- spolupráce se specialisty dalších, zejména pomáhajících oborů a zprostředkování dalších pomáhajících služeb,
- zprostředkování zdrojů klientům,
- poznává životní situaci klientů a poskytuje jim pomocnou intervenci přiměřenou jejich specifické situaci, přičemž tuto intervenci navrhuje (koncipuje), provádí i vyhodnocuje.

V rámci kvalitativního šetření se výše uvedení autoři dotazovali vedoucích a sociálních pracovníků rozmanitých zařízení všech resortů na různé aspekty provozování sociální práce a poskytování sociálních služeb. V oblasti služeb sociální prevence byli vedoucí pracovníci dotazováni na důležitost jednotlivých cílů. Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 1 níže.



Graf 1 Důležitost jednotlivých cílů poskytování sociální služby z pohledu vedoucích pracovníků

Musil a kol. (2011, s. 378)

Z grafu vyplývá, že za důležité jsou považovány obzvláště postupy působení na uživatele a jeho životní situaci. Za méně podstatné jsou považovány cíle působení na okolí a jeho postoje k uživateli.

Studie se dále zabývala rozložením kompetencí a odpovědnosti za jednotlivé úkony v rámci poskytování sociální služby. Z tabulky uvedené v přílohách práce je zcela zřejmé, že na sociálního pracovníka spadá naprostá většina povinností a odpovědnosti při poskytování sociální služby.

V rámci vybrané služby sociální rehabilitace, jejíž klienti jsou probandi praktické části práce, se uplatňují také **terénní sociální pracovníci** a terénní pracovníci, odborní pracovníci, kteří nenaplňují požadavky kladené zákonem na sociálního pracovníka. Terénní sociální práci vykonávají ve vybraném zařízení sociální pracovníci. Terénní sociální práce je často zaměňována za pojem streetwork – práce na veřejných prostranstvích, v ulicích – ale její podstata nespočívá pouze v oné terénnosti, ale i v jiných aspektech. Terénní sociální pracovník má specifický vztah ke klientovi, kterého se snaží, vzhledem k jeho potřebám, motivovat, aby se stal klientem určité služby a přijal její nabídku nebo, jak je v případě vybrané sociální rehabilitace, se dále pracovalo na stávající sociální situaci.

„Specifikem terénní sociální práce je, že pomáhající vyhledává potenciální uživatele sociálních služeb v terénu a společná setkání tak obvykle neprobíhají na půdě organizace, která terénního sociálního pracovníka / terénního pracovníka zaměstnává. Tento způsob práce umožňuje kontakt s lidmi, kteří z různých důvodů sami institucionální pomoc nevyhledávají, případně z počátku i odmítají. Návštěvy v domácnostech uživatelů v rámci práce v přirozeném prostředí také poskytují příležitost ke spolupráci s celou rodinou a širším společenstvím. V případě práce ve vyloučených lokalitách se nabízí možnost skupinové či komunitní práce“. (Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 11-12)

Výhodami terénní sociální práce je přímá práce s klientem, jeho rodinou, případně celou komunitou v jejich přirozeném prostředí, ve kterém se lépe navazuje kontakt a důvěra mezi sociálním pracovníkem a klientem. Pracovník se tak seznamuje i s bezprostřední realitou života klienta a může zachytit problémy v jejich počátečních fázích, v době jejich snadnější řešitelnosti. Při práci v terénu se pracovník seznamuje s lokalitou, ve které klient žije, zmírňuje se také tlak formálnosti situace, oproti práci s klientem např. v kanceláři zařízení poskytující sociální službu. Terénní sociální práce

osloví i klienty, kteří z různých důvodů sociálního pracovníka nebo sociální službu sami nevyhledali (např. z důvodu neinformovanosti o existenci služby; nedůvěry, studu, špatné zkušenosti s jinou institucí; obav ze sankcí, které mu mohou hrozit v případě řešení jeho problémů; neschopnosti vnímat a pojmenovat vlastní problém nebo jeho odmítání; skepse vůči řešitelnosti vlastní situace; nedostupnosti služby; nesrozumitelnosti nabídky služeb v okolí; odmítání institucionálního zásahu do života apod.). V neposlední řadě je třeba zmínit i pocit bezpečí, který klientovi jeho přirozené prostředí poskytuje. (tamtéž, s. 12-14)

2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Kapitola popisuje všeobecná specifika sociální služby sociální rehabilitace.

Sociální rehabilitace je sociální služba patřící mezi služby sociální prevence (viz kap. 1.2) a je upravena zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., § 70). Bližší specifikaci služby podává vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Služba může být poskytována všemi třemi formami, tedy terénní, ambulantní i pobytovou. Aktuálně v České republice existuje 263 center sociálně rehabilitačních služeb s kapacitou 1 046 uživatelů pobytové formy (MPSV, 2014, s. 69-70). Poptávka po službě převyšuje její kapacity, 2 140 osob nebylo v roce 2013 do sociální rehabilitace z kapacitních důvodů přijato.

Jak uvádí samotné Ministerstvo práce a sociálních věcí (online, 2012), cílová skupina osob služby sociální rehabilitace *„není zákonem jednoznačně definována. Z charakteru základních činností služby však lze vyvodit, že cílovou skupinu lidí představují zejména osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení.“* Otevírá se tak prostor ke spekulacím o cílové skupině uživatelů. Základním kritériem výběru klientů by ale stále měla být *„schopnost přispět k naplňování potřeb lidí prostřednictvím poskytování základních činností služby sociální rehabilitace“*.

Služba je tak převážně určena osobám zdravotně postiženým, ale také osobám ohroženým sociálním vyloučením, např. z důvodu dlouhodobé nezaměstnanosti, etnické příslušnosti apod. Jak uvádí Nedělníková (2012, s. 52), převaha sociálních rehabilitací, jejichž cílovou skupinu tvoří osoby zdravotně postižené, může mít důvod ve skutečnosti, že mnohé krajské úřady zaujímají negativní stanovisko k žádostem o registraci služeb, které si jako svou cílovou skupinu volí etnické menšiny či sociálně vyloučené osoby.

Vondrka (2008, s. 44) specifikuje sociální rehabilitace jako nápomoc při dosahování soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti. Dosažení těchto cílů je možné rozvojem dovedností, schopností a posilováním návyků potřebným pro samostatný život. Kalina (2008, s. 216) dodává, že cílem sociální rehabilitace je (re)integrace do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.

Situace osob, které jsou znevýhodněny z důvodu svých nedostatků, postojů či dispozic bývá velmi obtížné a mnohdy i nemožné řešit pouhou poradenskou činností. Sociální rehabilitace, jako služba prevence, napomáhá s přístupem ke zdrojům

informací, při naplňování práv osob, podporuje při uplatnění na trhu práce to vše prostřednictvím zvyšování dovedností.

Podle výše uvedené vyhlášky (č. 505/2006 Sb., § 35) jsou **základními činnostmi** při poskytování této služby následující úkony:

- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování (zahrnuje obsluhu běžných zařízení a spotřebičů; péči o domácnost, oděvy, úklid, drobnou údržbu, chod kuchyně, nakupování; nácvik péče o děti a členy domácnosti; nácvik samostatného pohybu a orientace ve vnitřním a venkovním prostoru; nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, např. vlastnoruční podpis),
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. doprovázení do škol, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity; nácvik dovednosti užívání dopravních prostředků; nácvik chování v rozmanitých společenských situacích; nácvik způsobů komunikace apod.),
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (upevňování získaných schopností a dovedností),
- pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí (informovanost o možnostech získání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek; informační servis a zprostředkování služeb),
- poskytnutí ubytování a stravy, v případě, že se jedná o pobytovou formu služby (ubytování klienta; pomoc s úklidem; poskytnutí přiměřené celodenní stravy; pomoc při jejím podávání),
- pomoc nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, v případě, že se jedná o pobytovou formu služby (pomoc při hygienických úkonech; použití WC; péči o vlasy a nehty).

Vyhláška dále specifikuje výši úhrady za poskytování služby. Za ubytování a související provozní náklady může výše úhrady dosahovat maximálně 200 Kč na den. Za poskytnutí stravy maximálně 160 Kč na den (za celodenní stravu), 75 Kč za oběd. Za poskytnutí podmínek pro osobní hygienu může poskytovatel požadovat maximální výši úhrady 120 Kč za hodinu (dle skutečně spotřebovaného času).

S pojmem sociální rehabilitace úzce souvisí pojem psychosociální rehabilitace. Její hlavní zaměření spočívá v duševní oblasti jedince a jeho sociálních vztazích. Obdobou je pak ještě rehabilitace psychiatrická, která se však více zaměřuje na duševní zdraví. (Petr, Marková, 2014, s. 131)

3 POSTUPY A METODIKA PRÁCE S UŽIVATELEM VE VYBRANÉM ZAŘÍZENÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE

V následující kapitole je stručně popsán postup po přijetí zájemce o službu sociální rehabilitace, individuální plánování uživatelů a jejich edukace.

Před nástupem do služby sociální rehabilitace je nutné vést s každým zájemce o službu sociální šetření, během kterého se zjišťují oblasti podpory. V rámci sociálního šetření je zjišťováno jaké dovednosti měl zájemce před svou hospitalizací v psychiatrické léčebně, případně před svým onemocněním – zda někdy pracoval, zda bydlel samostatně a dále jsou mapovány některé konkrétní dovednosti – vaření, úklid, praní, nakupování, zvládnání finančního hospodaření, jednání s institucemi, vztahy s rodinou a blízkými, dodržování léčebného režimu a aktuální zdravotní stav, případně spolupráce s ambulantním psychiatrem (pokud je). Sociální šetření je důležité pro posouzení, zda je pro zájemce naše služba vhodná a zjištěné informace se stávají prvním podkladem pro nastavení poskytování naší služby poté, co je se zájemcem uzavřena smlouva.

Po uzavření smlouvy v sociální rehabilitaci je uživateli přidělen sociální pracovník, který s ním společně plánuje průběh poskytování služby, tedy individuálně plánuje, jedná se o klíčového pracovníka.

Následné nastavení prvotní spolupráce je velmi individuální a je nutno zohlednit více faktorů (např. nařízenou ochranou ambulantní léčbu, soudem stanoveného opatrovníka, aktuální finanční situaci). Pokud bychom měli nastavení prvotní spolupráce zobecnit, jedná se především o zajištění ambulantního psychiatra, zajištění praktického lékaře či jiného odborného lékaře, přehlášení nové kontaktní adresy na jednotlivé instituce (Okresní správu sociálního zabezpečení, popř. soud, rodině, přátelům, aj.), popř. vyřízení karty pojištěnce. Dále je nutné zmapovat co vše uživatel vlastní (drogerie, ošacení, léky, potraviny, ...) a potřebné zajistit chybějící nebo se dohodnout na přijatelném řešení. Na to i jiné oblasti, které jsou zjištěny (i na základě sociálního šetření) se postupně sestavují individuální plány.

3.1 Individuální plánování v rámci služby sociální rehabilitace

Individuální plánování je nástrojem, „*který sociálním pracovníkům pomáhá ujasnit si, co vlastně mají dělat. ... Nejprve zjišťujeme, jaká je situace člověka, se kterým máme pracovat, pak společně dohodneme, co se má změnit a jak má vypadat nová, lepší situace.*“ (Johnová, 2011, s. 5) Na základě formulovaného individuálního plánu jsou realizovány jednotlivé kroky k dosažení cílů, hodnocení průběžných výsledků, přizpůsobování dalších kroků. Individuální plánování se nemůže omezit na to, jakou podobu má mít poskytovaná služba. „*Je potřeba, aby dojednané cíle směřovaly k posílení sociálního začlenění člověka.*“ (tamtéž) Jestliže by totiž poskytování služby nesměřovalo k podpoře samostatnosti uživatele, může se dostat do situace závislosti na sociální službě.

Konkrétně stanovený individuální plán tedy napomáhá sociálním pracovníkům i klientům v lepší orientaci v cílech a úkolech, jejichž naplnění umožňuje žádoucí pokrok v řešení klientovy situace.

Dle Metodické příručky pro výkon terénní sociální práce (s. 34-35) jsou hlavními kritérii individuálního plánování následující požadavky:

- cíle individuálního plánu musí být významné pro uživatele samotného, aby jej dokázaly motivovat a mobilizovat,
- individuální cíle musí být stanoveny realisticky, v malých, dílčích, dosažitelných krocích, kterých uživatel dokáže dosáhnout v krátkém časovém horizontu, a velmi jasně a konkrétně (např. místo formulace „vyřešit osobní finanční situaci“ je třeba formulovat cíl „pomocí nastaveného splátkového kalendáře budu minimalizovat své aktuální dluhy), dosažení cílů musí být v možnostech uživatele – s ohledem na jejich individuální situaci,
- cíl musí být formulován pozitivně (nikoliv „nechci mít dluhy“, ale „chci splatit své dluhy“),
- cíl musí být stanoven tak, aby vyžadoval aktivitu samotného uživatele, „*cíl, který nevyžaduje úsilí, není motivující ani neumožňuje klientovi zvýšit sebehodnocení tím, že tohoto cíle dosáhne.*“

Poté, co byly stanoveny individuální cíle uživatele, přecházíme k jejich plánování a realizaci. Dochází ke konkretizaci postupu dosahování stanovených cílů.

V realizační fázi dochází k vlastnímu poskytování sociální služby, vyhodnocování dosavadního postupu, důležitá je i revize a změny plánu. Veškeré aktivity by měly směřovat k naplnění uživatelského osobního cíle, přání a jeho potřeb.

Spolupráce mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem končí v případě, že bylo dosaženo cílů, problém byl vyřešen a klient tak další využívání služby nepotřebuje. Klient může spolupráci ukončit bez udání důvodů, jestliže již nepovažuje další spolupráci za svou prioritu. Jestliže se uživatelské problémy a potřeby vyvinuly do takové podoby, že daná sociální služba již nemůže nabídnout řešení či pomoc, klíčový pracovník doporučí nebo zprostředkuje uživateli jiné, vhodnější služby. K ukončení spolupráce může také vést situace, kdy uživatel opakovaně porušuje dohodu nebo smlouvu o poskytnutí služby nebo vnitřní pravidla organizace. (Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce, s. 35)

3.2 Edukace uživatelů sociální rehabilitace

V této kapitole narážíme nejvíce na problém, který jsme uváděli již v úvodu práce – na nedostatek odborných zdrojů, které by se zabývaly přímo edukací uživatelů sociální služby sociální rehabilitace. Většina odborných zdrojů, které se zabývají edukací pacientů trpících především schizofrenií, se zabývá nikoliv přímo edukací, ale psychoedukací (viz dále). Tématem této práce je však edukace, a to obzvláště proto, že sociální pracovník není kvalifikován pro provádění psychoedukace. Nemůže se tak zabývat psychologickou intervencí u klienta, pracuje pouze s individuálním plánem uživatele služby sociální rehabilitace, v jehož rámci se s klientem snaží dosáhnout stanovených cílů, často právě prostřednictvím jeho edukace. Návuk sociálních dovedností, který sociální pracovník s klientem nejčastěji provádí, je jedním z hlavních principů poskytování sociálních služeb.

Za edukaci považujeme „*veškeré činnosti lidí, při nichž dochází k učení a ke změnám v osobnostech edukantů*“. V rámci edukace se snažíme o „*změny ve vědomostech, dovednostech či postojích edukantů*“, které „*jsou navozovány prostřednictvím informací, které jsou přímo či zprostředkovaně exponovány edukátorem ve směru k edukantovi*“. (Dostál, Macháčková, 2005, s. neuvedena) Budeme-li vycházet z takového pojetí edukace, hovoříme o edukaci v širším slova smyslu, tedy o postupech, které zahrnují nejen oblast vzdělávání, ale i výchovy.

Edukace je činností, kterou sociální pracovníci začleňují do převážné části svého působení na uživatele služby sociální rehabilitace. Za edukaci považujeme

„proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. (Juřeníková, 2010, s. 9)

Edukace uživatele s duševním onemocněním nese svá specifika. I přes vědomí skutečnosti, že účelem není „vnucení“ určitého vzorce chování nebo způsobu života, je, vzhledem ke komplikovanosti diagnóz uživatelů, mnohdy zapotřebí „navést je na správnou cestu“. Uživatelům je poskytována podpora při rozvoji zachovalých schopností a dovedností. Nezanedbatelný vliv na práci s uživatelem má udržení nebo znovunavázaný kontakt s rodinou. Často se však dostáváme do situace, kdy se rodina nemůže, nechce nebo nedokáže podílet na řešení situace uživatele.

Uživatelé služby sociální rehabilitace užívají široké spektrum léků dle předpisu jejich ambulantního psychiatra, případně dalších odborných lékařů. Medikace však není jediným prostředkem zlepšení jejich zdravotního a sociálního stavu. Velkou úlohu nese také nácvik zvládnání stresových a zátěžových situací a edukace. Problematikou edukace se zabývá velmi málo publikací z oblasti sociální práce, v této otázce musíme čerpat z publikací zabývajících se spíše oblastí ošetřovatelství a zdravotnictví.

Bouček (2004, s. 234) doporučuje u pacientů trpících schizofrenií využívat dvou základních přístupů rehabilitace, sociálně-psychologickou a pracovní-činnostní. Sociálně-psychologická rehabilitace v jeho pojetí obsahuje nejen psychoedukaci, ale také nácvik sociálních dovedností a vztahů. Doporučuje, aby byl uživatel již v rámci léčby poučen o povaze svého onemocnění, možnostech léčby, možných následcích a projevech nemoci. Jde tedy o porozumění vlastní nemoci, a to nejen ze strany pacienta, ale také jeho rodiny a blízkého okolí. Snahou pracovníků, kteří s klientem pracují po ukončení léčby, by mělo být „pomoci nemocnému jedinci převzít část odpovědnosti za svůj stav, aktivně se účastnit léčení a doléčování“, činnosti mají reflektovat potřeby klientů např. společensky trávit volný čas, zbavovat se sociální izolace, ale také chovat se tzv. svépomocně.

V rámci rehabilitace pracovní a činnostní doporučuje Bouček (tamtéž, s. 233) pobyt uživatele v podporovaném prostředí (chráněné dílny, pracovní tréninková centra apod.), jehož účelem je naučit klienty pravidelnosti v docházce, pracovním návykům v chráněném prostředí. „Provádí se zde systematický nácvik specializovaných dovedností, spojený se zvyšováním sebedůvěry ve vlastní schopnosti a tím i zvyšování sebevědomí.“ Náročnost aktivit a požadavků se má v těchto institucích přiměřeně zvyšovat.

4 OSOBA S DUŠEVNÍ PORUCHOU JAKO UŽIVATEL SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Pro úplnost práce je potřebné představení osoby trpící duševním onemocněním, stručného vývoje péče o ni, specifikace těchto osob. Dále uvedení úskalí komplikujících sociální práci.

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, cílovou skupinou osob vybraného zařízení sociální rehabilitace jsou osoby s duševním onemocněním, konkrétně s diagnostikovanou schizofrenií nebo afektivní poruchou (diagnózy F20-29 a F30-39). Považujeme tedy za potřebné zabývat se problematikou duševních poruch a specifiky osob, které tyto poruchy nesou.

Duševní poruchu charakterizujeme jako změnu nebo narušení psychiky, jejích procesů a funkcí, které se projevují v myšlení, chování a pocitech jedince. Tyto příznaky výrazně znesnadňují adaptaci jedince a jeho interakci se sociálním okolím. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 424)

Ačkoliv je spektrum psychických poruch velmi široké, jejich přehlednou klasifikaci podává Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen Mezinárodní klasifikace nemocí; MKN-10 platná od 1. 4. 2014). Psychické poruchy se v této klasifikaci nacházejí pod kódy F00-F99, a to v její části V. Poruchy duševní a poruchy chování. Jednotlivé podkategorie jsou uvedeny v tabulce v příloze C.

Pro účely této práce není nutné blíže specifikovat všechny podkategorie. Cílová skupina vybrané sociální služby sociální rehabilitace, jejíž klienti jsou probandi šetření v praktické části práce, je tvořena pouze z osob s diagnózami F20-29 a F30-39. Jedná se tedy o osoby s diagnostikovanou schizofrenií a afektivními poruchami.

Podle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., § 3c) může být osoba s psychickým onemocněním klasifikována jako osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Ten je charakterizován jako situace, která trvá déle než 12 měsíců a negativně ovlivňuje ty funkční schopnosti jedince, které jsou potřebné pro zvládnutí základních životních potřeb. Takto zdravotně postižená osoba má nejen nárok na poskytnutí adekvátních sociálních služeb, ale může se stát osobou závislou na pomoci jiné osoby.

4.1 Péče o osoby s duševním onemocněním v minulosti a současnosti

Ačkoliv primárním zaměřením této práce není historická analýza péče a služeb poskytovaných osobám s psychickým onemocněním, považujeme za vhodné stručně nastínit, jakým způsobem se vyvíjela péče o tyto osoby.

Problematika psychických nemocí je stejně stará jako lidstvo samo. V dřívějších stoletích, obzvláště v době, kdy vědecké poznatky z této oblasti nebyly na dostatečné úrovni, byly duševní nemoci označovány různým pojmoslovím, např. jako šílenství, hysterie, bláznovství, posedlost apod. Osoby s těmito projevy byly často demonizovány, docházelo k různým postupům vymítání, vyhánění zlého ducha apod.

Počátky psychosociální rehabilitace spadají podle Petra a Markové (2014, s. 132) do 19. století, do tzv. éry morální terapie. V USA a ve Velké Británii v 19. století vznikají vedle pracovních programů pro tělesně postižené i programy pro psychicky nemocné osoby. Zhruba do 60. let 19. století byla psychiatrická rehabilitace institucionalizována a uživatelé soustředěni ve velkých psychiatrických nemocnicích a obdobných zařízeních. V období deinstitutionalizace začaly vznikat komunitní centra, se kterými byla rehabilitace úzce spojena. Vznikají také tzv. klubová centra, která se zaměřují na pomoc osobám v psychiatrické péči. Později se z těchto center vyvinuly rehabilitační programy.

Postavení společnosti vůči nemocným lidem, nejen duševně, ale i jinak handicapovaným, se v posledních desetiletích výrazně proměnilo. V souladu se základními lidskoprávními dokumenty dochází k integraci postižených a jinak znevýhodněných jedinců do společnosti, k jejich podpoře a dopomoci k samostatnosti.

V dnešní době obsahuje psychiatrická rehabilitace řadu přístupů, které Petr a Marková (2014, s. 132) klasifikují do tří základních směrů. Bostonský směr je založen na myšlence, že rehabilitace maximalizuje zdraví, zatímco léčba pouze minimalizuje symptomy. (Anthony in Petr, Marková, 2014, s. 132) Losangeleský směr se zaměřuje na trénink sociálních dovedností, nácvik strategií řešení problémů, odhalení stresorů a monitorování symptomů. (Lieberman in Petr, Marková, 2014, s. 132) Britský směr preferuje pečlivě vytvořený a dobře kooperující systém péče o psychicky nemocné, úpravu jejich prostředí, zdůrazňuje, že dovednosti, které si osvojí klient v chráněném prostředí, se nemusí automaticky přenášet do běžného, nechráněného života. (Watts, Bennett in Petr, Marková, 2014, s. 132)

4.2 Specifika uživatele sociální služby trpícího duševní poruchou

Schizofrenie „postihuje přibližně 1 % populace, vyskytuje se stejně u mužů i žen a obvykle se objevuje v pozdní adolescenci nebo v rané dospělosti (většina případů začíná ve věku mezi 15 a 35 lety)“. (Atkinson, 2003, s. 548) Jak autorka dále uvádí, počátek nemoci může mít různý průběh. Může se rozvíjet pomalu, jako postupný proces, nebo se objevit náhle.

Osoby s psychickým onemocněním nebo s diagnostikovanou schizofrenií mohou vykazovat širokou škálu projevů, jak v oblasti vnímání reality, myšlení, pozornosti, narušení emocí apod. Pracovník musí vždy svůj přístup a způsob komunikace přizpůsobit jejich aktuálnímu stavu, tomu, zda je uživatel stabilizovaný nebo v akutní atace. V některých případech bývá obtížnější s uživatelem navázat kontakt, který je však základem další úspěšné práce. Při komunikaci mají často klienti vlastní logiku, směr myšlení, který komunikaci a spolupráci komplikuje. Běžně se u uživatelů se schizofrenií vyskytují sluchové halucinace, hlas komentující dění, udávající uživateli rozkazy, rady, navádějící jej.

Valentová (2008, s. 126) uvádí, že specifikem klienta se schizofrenií může být zvýšená vztahovačnost. *„Vždy je vhodné vážít slova, počítat s tím, že klient může být zvýšeně vztahovačný a že to, co by v běžné komunikaci proběhlo bez povšimnutí, může být zdrojem tenze a nedorozumění. Musíme počítat s tím, že naši vzájemnou komunikaci mohou komplikovat sluchové halucinace, které jako by byly „třetí osobou“ v probíhajícím rozhovoru. A nemusí být zrovna na naší straně.“*

Konkrétní praxe vedení rozhovorů tyto tvrzení potvrzují, nelze je však nikoliv zobecňovat. S každým jedincem je nutno jednat a komunikovat individuálně s ohledem na aktuální situaci a úroveň myšlení.

Na základě zkušenosti s prací s uživateli služby sociální rehabilitace můžeme uvést nejčastější projevy schizofreniků a osob trpících afektivní poruchou. Při komunikaci s uživatelem jsou patrné a současně hojně se vyskytující přítomné hlasy (někteří z uživatelů o nich mluví, jiní ne), krátká doba soustředění, roztržitost, pasivita, nízká míra motivace, nejasnost situace (není jim zřetelný cíl služby sociální rehabilitace, cíl komunikace), aj.

Vzhledem k faktu, že cílem práce není popis duševních onemocnění, věnujeme se jim pouze v krátkosti. Jejich představení však přispívá ke komplexnosti této práce. Jak již bylo zmíněno v kap. 4 cílovou skupinou vybrané služby sociální rehabilitace

jsou osoby s chronickým duševním onemocněním z okruhu psychóz a afektivních poruch.

Psychózou se obvykle označuje závažná duševní porucha vyznačující se ztrátou kontaktu s realitou (neexistuje však jednotně uznávaná definice) charakteristické pro psychózu je přítomnost psychotických příznaků. Ty mohou být způsobeny poruchou vnímání (halucinace, iluze), formální i obsahové poruchy myšlení (dezorganizované myšlení s bludy), často doprovázené poruchami chování. (Mohr in Herman, Praško, Seifertová a kol., 2007, s. 74) Je však nutno zmínit fakt, že psychóza je syndrom, nikoliv samostatná nemoc. Poruchy, u nichž je psychóza určujícím rysem jsou podrobněji uvedeny v přílohách práce. Příznaky psychotického onemocnění jsou podle Probstové, Peče (2014, s. 41) děleny na pozitivní (příznaky nejsou součástí běžné lidské zkušenosti – „jsou navíc“, např. halucinace, hlasy) a negativní (jde o projev deficitu normálních emočních reakcí nebo myšlenkových procesů – „něco schází“, např. emoční oploštělost, pasivita). V léčbě jde především o včasné rozpoznání onemocnění a zamedikování antipsychotiky. (Mohr in Herman, Praško, Seifertová a kol., 2007, s. 78)

Afektivní poruchy (poruchy nálady) jsou typické poruchou efektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii, mánii. (MKN-10) Jejich závažnost se dělí na mírnou, střední (ty spíše spojovány se sociálními a psychologickými faktory vzniku) a těžší (spojovány s biologickými faktory vzniku). Deprese jsou spojeny s velkou tenzí, bolestivým sevřením, které znehybňuje, únavou, ta znemožňuje několik dnů vstát z postele a dodržovat základní hygienické návyky. Mánie je chápána jako protipól. Projevuje se energičností, dobrou náladou, zvýšeným sebevědomím až grandiozitou, úzkostí a strachem, nejistotou, bezmocí. I zde je podstatná léčba medikamenty, především antidepresivy a antipsychotiky aj. (Probstová, Peč, 2014, s. 63-89)

4.3 Úskalí při práci s uživatelem služby sociální rehabilitace

Je několik podstatných oblastí či úskalí komplikující práci s uživatelem sociální rehabilitace.

Především to jsou nízké příjmy mnohdy způsobené nutností splácet mnohé půjčky, dluhy na výživném či dluhy u pojišťovny. Například pokud uživatel pobírá invalidní důchod a jsou mu z jeho výše strhávány splátky dluhu, zbývající částka není dostačující k zaplacení nájemného a poplatků s bydlením spojených. Pokud bychom

požádali na hmotné nouzi o dávku doplatku na bydlení, nebude uznána z důvodu „vysokého“ příjmu (invalidního důchodu). Částka splátky není totiž zohledněna.

Další významnou oblastí je dlouhodobý (často se jedná o roky) pobyt v psychiatrické léčebně či nemocnici. Prostředí psychiatrických nemocnic je velmi pasivní a „umělé“ – pacient tam má vše zajištěno a v podstatě nic nemusí. Mnohdy se tedy stává, že při sociálním šetření uvede zájemce, že některé dovednosti nezvládá, ale v praxi se ukáže, že tomu tak není, že to byla jen tzv. naučená bezmoc (v psychiatrických nemocnicích za pacienty vše vyřizuje personál) a naopak někdy se zase zájemce domnívá, že některé činnosti bez potíží dokáže (např. protože dříve tomu tak bylo), ale po příchodu do služby sociální rehabilitace se ukáže, že již konkrétní dovednost či návyk nemá.

Mnoho uživatelů uvádí jako pro ně nepřekonatelný problém nezájem ze strany rodiny. Ta je po zážitcích provázejících akutní fázi onemocnění přesvědčena, že se jednalo o „přirozené“ chování a daný jedinec je např. zlý, nevychovaný, vulgární, násilnický, infantilní, sebestředný, sobecký, aj. Je široká škála projevů daných onemocnění a i jedno konkrétní onemocnění se u každého projevuje jinak. Pokud uživatel projeví zájem opětovného navázání kontaktu s rodinou jsme mu nápomocni. Nastává však situace, kdy kontakt s rodinou je problémový a má negativní vliv na psychický stav jedince, v těchto případech kontakt nadále není vhodné podporovat.

V oblasti začleňování na trh práce nastává další z úskalí práce s klientem sociální rehabilitace. Ne všichni uživatelé konkrétního zařízení sociální rehabilitace jsou schopni opětovného začlenění na trh práce. Projevy a dopady onemocnění jsou někdy tak výrazné, že osoba trpící duševním onemocněním tohoto kroku není schopna. Uživatelé uvádějí strach z lidí, nezodpovědnosti, nadměrné unavitelnosti, nesoustředění, nezájem, patrný může být i defekt osobnosti. Pokud se však žádný z těchto jevů neprojevuje nebo pro uživatele v únosné míře je motivován do začlenění na trh práce. Zde však nastává nezájem spolupráce ze strany zaměstnavatelů. Problematiku onemocnění neznají a sám uživatel není schopen mu ji vysvětlit. Na tomto základě není smlouva uzavřena nebo je rozvázána.

S předchozím částečně souvisí i vliv médií na utváření pohledu na osoby s duševním onemocněním. V minimální míře média uvádí jak je psychiatrická a sociální péče efektivní a jak působí na širokou veřejnost destigmatizací. Pokud osoba v taci spáchá trestný čin je tento případ medializován a neodborníky dotvářen. Současně pokud je nejasná příčina pachatele trestného činu je na místě okamžitá spekulace přítomnosti duševního onemocnění. To vede ke vzniku předsudků a určitého

nálepkování, které uživatelé a pacienti trpící duševní poruchou vnímají negativně a mnohdy je podporuje v jakési neaktivitě se začlenit do společnosti.

Častá je i výše zmíněná neschopnost popsat duševní onemocnění. Sami pacienti (uživatelé) i jejich rodiny nejsou dostatečně informováni od svého psychiatra o formě a projevech nemoci (určitá část duševně nemocných osob si své onemocnění nepřipouští, cítí se být duševně v pořádku; toto úskalí se těchto uživatelů netýká). To může být způsobeno i množstvím pacientů jak v psychiatrických nemocnicích, tak v péči ambulantního psychiatra. Existují však již programy, které se této problematice věnují, např. PREDUKA (preventivně-edukační program proti relapsu psychózy).

Práci s uživatelem může narušit či dokonce znemožnit aktuální psychický stav. Nastávají situace, kdy se uživatel necítí dobře (např. se současná medikace jeví jako nevyhovující), nastane situace, kdy dojde k opětovnému vzplanutí onemocnění (bez příčiny, vysazení/změna v užívání předepsané medikace, užití psychotropní látky či alkoholu, aj.). Podle příčiny je možné nastavení adekvátního individuálního plánu zaměřeného na určitou oblast podpory (viz kap. 3.1).

I když se daří naplňování edukačního plánu, může být uživatel vlivem závažnosti onemocnění, věku či jiné okolnosti neschopen samostatného bydlení. V tu chvíli nastává obtížně řešitelná situace. Pokud uživatel pobírá invalidní důchod je možno žádat o přijetí do domova se zvláštním režimem, kde bude zajištěna dlouhodobá a dostatečná péče. Pokud však pobírá dávky hmotné nouze, žádost přijata nebude. V obou případech se musí řešit jiná forma následného ubytování, protože vzhledem ke kapacitě domovů se zvláštním režimem není přijetí po uplynutí délky trvání smlouvy v sociální rehabilitaci možné a pořadník zájemců o přijetí je mnohdy v řádů desítek až stovek čekatelů na službu. Obdobná situace je i v chráněných bydleních a dalších formách následného bydlení v oblasti sociálních služeb. Podstatné je i zmínit fakt, že pobytových služeb, jejichž cílová skupina jsou osoby s duševním onemocněním z oblasti diagnóz F20-F39 (stejná cílová skupina osob jako vybraná služba sociální rehabilitace) je minimum. Proto je mnohdy přistoupeno k variantě zajišťování pobytu v azylovém domě či na ubytovně. Vzhledem k vysokému výskytu sociálně patologických jevů je však pravděpodobnější znovuzplanutí onemocnění.

Stručné shrnutí teoretické části práce

V teoretické části práce byly vysvětleny a shrnuty klíčové pojmy, které s tématem souvisí. V jednotlivých kapitolách se zaměřuji jak na všeobecný pohled na sociální službu a sociální rehabilitaci, tak i na konkrétní metodiky a postupy práce ve vybraném zařízení sociální rehabilitace a osoby s duševním onemocněním. Tím je poskytnut komplexní náhled na tuto problematiku.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Popis sociálních služeb, sociální služby sociální rehabilitace, postupů a metodik práce s uživatelem vybrané služby sociální rehabilitace i vyspecifikování osoby s duševním onemocněním jako uživatele již zmíněné sociální služby v teoretické části práce tvoří východiska a kontext edukace klientů, která je předmětem praktické části.

Záměrem praktické části práce je na konkrétních případech, případových studiích, uživatelů sociální služby sociální rehabilitace ukázat možnosti edukačního působení ze strany sociálního pracovníka. U každého případu je stanovena anamnéza, určeny individuální potřeby, individuální plánování a navrhuta edukační činnost.

5.1 Vymezení výzkumného cíle

Hlavním cílem práce je provést analýzu současného stavu, možností a úskalí spolupráce sociálního pracovníka s uživateli zařízení sociální služby sociální rehabilitace. Dílčím cílem je následný návrh edukačního plánu uživatele daného zařízení sociální rehabilitace.

5.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek pro danou práci tvoří uživatelé vybrané služby sociální rehabilitace. Jejich výběr byl náhodný. Kritéria, která byla z mé strany stanovena byl, výběr a následná analýza dvou uživatelů z pobytové formy služby a dvou uživatelů z terénní formy služby a analyzování uživatelů, kterým se začleňování daří.

5.3 Výzkumná metodika

Pro účely práce byl použit kvalitativní výzkum, kdy na základě analýzy spisové dokumentace byla vytvořena případová studie. Výběr metody pro praktickou část práce byl značně ovlivněn dostupností informací a materiálů. Jako klíčový sociální pracovník mohu čerpat z komplexní spisové dokumentace jednotlivých uživatelů a pomocí analýzy spisové dokumentace sestavit případové studie jednotlivých uživatelů. Další

vhodnou metodou by mohl být i rozhovor. Z důvodu specifik uživatelů sociální služby sociální rehabilitace, která byla popsána i v teoretické části práce, se však rozhovor, stejně jako např. dotazník, jeví jako metody nevhodné.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček Šedová, 2007, s. 17) V definici je vyvozen kvalitativní výzkum. Definice zohledňuje všechny jeho důležité rysy.

Analýza spisové dokumentace je metoda sběru dat, kdy vyhledáme vhodné dokumenty a z nich následně získáváme informace k danému jevu. Tuto metodu je možné kombinovat s jakoukoliv jinou metodou získávání dat (rozhovor, pozorování, aj.). (Nevoralová, 2012)

Případová studie, kazuistika (lat. casus = případ) je neexperimentální výzkumná metoda. Jedná se o *„systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, umožňující detailní poznávání chování, vývoje a rozvoje jeho osobnosti“*. (Musilová, 2003, s. 12) Takto získané poznatky nelze zobecňovat, což vychází již z podstaty kvalitativního přístupu ve výzkumu, u kterého jde o zachycení co nejvíce proměnných, hluboké poznání daného případu. (Gavora, 1999, s. 35)

V každé osobní složce uživatele byly analyzovány veškeré dokumenty týkající se edukace dané osoby. Ze získaných informací je sestavena anamnéza, zahrnující informace z oblasti osobní, zdravotní, pracovní, rodinné a sociální. Utváří ucelený pohled na konkrétního jedince. Následně jsou stanoveny oblasti určující oblasti podpory, zde je nutné vycházet z informací uvedených v Sociálním šetření (více viz Příloha D). Zájemce o službu v dokumentu Sociální šetření uvede, s jakou zakázkou službu sociální rehabilitace vyhledal. Individuální plánování je následná oblast zpracovávaná uživatelem za podpory klíčového sociálního pracovníka vyplývající z jeho stanovených oblastí podpory. Je nutné podotknout fakt, že je mnohdy nutné uživatele v rámci sociální práce motivovat k uvědomění si nedostatečně rozvinuté oblasti potřebné k začlenění se do společnosti, dané neuvědomění může být způsobeno např. dlouhodobou hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Na základě tohoto popisu situace uživatele jsou navrženy oblasti edukace, ve kterých je možnost následně uživatele podporovat.

5.4 Časová organizace výzkumu podle jeho fází

Časová organizace výzkumu je orientační. V měsíci prosinec proběhla příprava organizace výzkumu, v měsíci lednu byl vybrán výzkumný vzorek a sesbírána data. Únor byl věnován zpracování a vyhodnocením získaných dat a formulováním závěru výzkumu.

5.5 Charakteristika vybraného zařízení poskytujícího službu sociální rehabilitaci

Služba sociální rehabilitace ve vybraném zařízení spadá pod Oblastní charitu. Charita je v uvedené lokalitě provozovatelem dalších sociálních služeb: ošetrovatelské služby; pečovatelské služby; azylového domu pro matky s dětmi; sociální poradny, kontaktního centra, osobní asistence, domu pokojného stáří a jmenované sociální rehabilitace.

Obecným cílem sociální služby sociální rehabilitace je dle § 70 zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), „pomoci lidem dosáhnout větší míry samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě“. Tyto cíle sleduje i vybraná sociální rehabilitace. Jejím posláním je „zajistit podporu a prostor k rozvoji potřebných dovedností pro samostatný život. Tato podpora je poskytována v pobytové službě nebo terénní formou v domácnosti uživatele.“ (výroční zpráva vybraného zařízení, 2014, s. 13)

Cíle zařízení jsou formulovány jak ve vztahu k uživateli, tak i veřejnosti, a jsou vztaženy k následujícím oblastem:

- zjištění schopností a dovedností samostatného života uživatele,
- rozvoj schopností a dovedností za účelem samostatného života,
- obnova pracovních návyků uživatele s účelem jeho uplatnění na trhu práce,
- odborná podpora uživatele při zvládnání života a nalézání osobního uplatnění,
- informovanost veřejnosti o problematice chronického duševního onemocnění.

V souladu s moderními přístupy v oblasti sociální práce formulovala služba své principy partnerství bez uplatňování mocenského přístupu; spolupráce s širším okruhem významných osob v životě uživatele (rodina, psycholog, psychiatr aj.); aktivizace uživatele při nábízení dovedností, pracovního zapojení apod.; posilování

odpovědnosti uživatelů za svůj život a celkové pojetí uživatelského problému v jeho širších souvislostech. (výroční zpráva vybraného zařízení, 2014, s. 14)

Vybrané zařízení sociální rehabilitace v současné době poskytuje dvě formy služby, a to službu pobytovou a terénní.

Pobytová forma služby je uživatelům poskytována nepřetržitě, provoz zajišťují vedoucí služby, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a další provozní personál. Je uživatelům poskytována bez ohledu na místo jejich trvalého bydliště v kapacitě 16 lůžek. Slouží k nácviku běžných dovedností potřebných pro samostatný život a poskytuje podporu v udržení stabilizovaného zdravotního stavu. Aktivizuje uživatele a využívá jejich zachovalých schopností tak, aby byli schopni samostatného bydlení a začlenění na trh práce.

Terénní služba je uživatelům poskytována v pracovní dny v určené době. Je poskytována osobám na území daného města a je omezena na 2 uživatele v daný moment (terénní službu vykonávají dva sociální pracovníci). Je určena uživatelům, kteří přešli do samostatného bydlení a pro jeho zvládnutí potřebují podporu v některých činnostech a dovednostech běžného života. (výroční zpráva vybraného zařízení, 2014, s. 13-14)

Cílová skupina uživatelů je jasně definována. Jedná se o osoby „s chronickým duševním onemocněním z okruhu psychóz a afektivních poruch ve věku 18 – 64 let, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný a jejichž cílem je samostatný život s minimální mírou podpory okolí“. (výroční zpráva vybraného zařízení, 2014, s. 14) Služba není určena osobám, kterým nebyla diagnostikována některá z výše uvedených diagnóz, osobám s mentálním postižením, osobám v akutní fázi psychotického onemocnění, akutně závislým na alkoholu nebo jiných psychotropních látkách a jedincům s těžkým tělesným postižením (s ohledem na bariérovost objektu).

5.6 Etické aspekty šetření

Pracovníci služby sociální rehabilitace, kteří přicházejí do styku s dokumentací s osobními údaji uživatele služby, jsou povinni dodržovat zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat a pravidel pro zpracování osobních údajů, které odpovídají platným obecně závazným normám. (Standard kvality č. 6, 2014, s. 2)

Osobním údajem je jakákoliv informace týkající se uživatele služby, podle které lze uživatele služby přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků, specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu.

Citlivým údajem je osobní údaj uživatele služby vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě uživatele služby a jakýkoliv biometrický nebo genetický údaj o uživateli služby.

Anonymním údajem takový údaj, který buď v původním tvaru, nebo po provedeném zpracování nelze vztáhnout k určenému uživateli služby.

Každý uživatel sociální služby má založenou svou osobní složku, do které se vkládá veškerá potřebná dokumentace týkající se uživatele. Vedle papírové složky uživatele má také každý uživatel založenou složku v počítačovém programu. Do tohoto programu mají přístup pouze zaměstnanci služby.

Jelikož v práci používáme osobní i citlivé údaje je nutné zachování jejich anonymity tím, že není uveden ani název služby sociální rehabilitace, ani žádný jiný údaj, který by mohl prokazatelně určit o jakou službu sociální rehabilitace se jedná. Uživatelé jejichž spisová dokumentace je analyzována byly předem o tomto informováni a souhlas projevíli podpisem formuláře Informovaný souhlas (vložen do osobní složky). Pro rozlišení uvádíme namísto jmen pojem Uživatel č. 1-4.

6 MOŽNOSTI EDUKACE UŽIVATELŮ SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE

6.1 Uživatel č. 1

Anamnéza

Žena, 30 let, absolventka učňovského oboru zahradnice. Trpí diagnózou paranoidní schizofrenie. Od raného dětství patrné pocity únavy, neřešeno. V období dospívání počátky kontaktu s lidmi ve stejném věku, v tomto období první zkušenost s alkoholem. Konzumace byla vzhledem k jejímu věku, přibližně 12 let života, nadměrná. Jednalo se o téměř každodenní konzumaci až do stavu opilosti. Ve 13 letech života první experimentace s užíváním marihuany. Následně konzumace pravidelná a velmi častá, také v kombinaci s alkoholem. Okolo 15 roku života první kontakt s pervitinem. Uživatelka č. 1 uvedla, že jí pocit únavy odboural (pravidelně jej konzumovala 12 let, výhradně nosem). Onemocnění se projevilo v 18 letech. Docházelo k častému zavírání ve svém pokoji, měla hlasy a projevovala se nezdůvodněným křikem a občasnou agresí. Od první hospitalizace v psychiatrické nemocnici proběhlo nespočet následných hospitalizací, přibližně mezi 15 a 20. Během jedné z hospitalizací jí byla naordinována elektrokonvulzivní terapie (neboli elektrošoková terapie). V roce 2011 po půlroční abstinenci nástup do komunity pro drogově závislé (abstinence podmínkou pro přijetí). V komunitě abstinence další 3 měsíce, poté záchvat úzkosti a hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Hospitalizace v psychiatrických nemocnicích proběhly opakovaně. V současné době abstinguje 1 rok. Během poslední hospitalizace návštěva služby sociální rehabilitace, kde proběhlo sociální šetření, a byla zařazena do pořadníku zájemců o službu.

Kontakt udržuje se svojí matkou, ta je současně soudem ustanovená pro výkon opatrovnictví v záležitostech na rámec jednoduchých právních úkonů souvisejících se spravováním a obstaráváním běžných záležitostí, v oblasti financí a majetkoprávních věcech. Její příjem tvoří invalidní důchod třetího stupně.

Určení uživatelských potřeb

Do původního místa bydliště se vrátit nechce. Potřebná je podpora při zajištění následného bydlení v místě sídla služby sociální rehabilitace, aby mohla být nadále poskytována i terénní forma služby (více viz. kap. 3). Dalšími oblastmi podpory, které

uživatelka č. 1 uvedla během sociálního šetření, jsou podporováni abstinence a příprava na samostatné bydlení. Po nástupu do služby sociální rehabilitace však vyvstaly další oblasti podpory a to oblast financí a zařazení na trh práce.

Do služby sociální rehabilitace nastoupila v listopadu 2014. Umístěna byla na dvoulůžkový pokoj, zanedlouho umístěna na pokoj jednolůžkový. Léky si uživatelka ponechala u sebe.

Individuální plánování

Zprvu sestaven individuální plán napomáhající směřování se s abstinencí, zde jasně vyspecifikována drogová minulost a dosavadní vývoj situace (popsán výše). Kroky vedoucí k naplňování individuálního plánu si ve spolupráci s klíčovým pracovníkem uživatelka nastavila jako:

- pravidelné schůzky s pracovníkem kontaktního centra a plnění stanoveného plánu (prvotní setkání zajistil klíčový pracovník, další plánování schůzek již koordinuje uživatelka s pracovníkem kontaktního centra),
- aktivní zapojení do režimu dne ve službě; tzn. zapojení se do základních činností sociální služby (to současně vede k přípravě na samostatné bydlení),
- namátkové kontroly na přítomnost psychotropních látek,
- vést rozhovory na téma aktuální stav a pocity s pracovníky služby a psychiatrem.

Naplňování individuálního plánu je efektivní. Uživatelka č. 1 si pravidelně domlouvá a dostavuje se na schůzky dohodnuté s pracovníkem kontaktního centra a plní dohodnuté úkoly. Po nástupu byla uživatelka č. 1 více motivována k zapojení se do základních činností služby, v současné době je aktivní s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu (občasné výkyvy nálady). Namátkové kontroly provedené klíčovou pracovnící jsou hodnoceny s negativním výsledkem. Rozhovory s pracovníky uživatelka č. 1 vede, brzy po nástupu se omezila na rozhovory pouze s klíčovým pracovníkem. Postupem času, se získáním důvěry, kontakt i s ostatními pracovníky. Rozhovory jsou vedeny především při splnutí chutě na drogy. Tyto chutě se však minimalizují.

Ve stejném období byl sestaven individuální plán zaměřený na správné finanční hospodaření a snahu ušetřit si. I vzhledem k omezení svéprávnosti oblasti financí bylo zapotřebí této podpory. Uživatelka č. 1 měla doposud nastavené finanční hospodaření se svým klíčovým pracovníkem (dle návrhu opatrovníka) na vydávání částky 700 Kč

(potravin, léky), k této částce jí bylo vydáno 400 Kč (na libovolnou útratu) a 200 Kč (tabák) to vše na jeden týden. Její měsíční příjem činí 8 300 Kč invalidního důchodu třetího stupně. Z této částky je odečten dluh ve výši 700 Kč (mobilní společnost), úhrada pobytu v sociální rehabilitaci (100 Kč na den, částka se odvíjí od počtu kalendářních dnů). Vzhledem k faktu, že jí částka invalidního důchodu nevycházela, opatrovnice doplatek hradila z vlastních prostředků. Pro uživatelku bylo takto nastavené finanční hospodaření nejasné a snaha samostatně si šetřit byla neefektivní. Nastavené kroky k naplnění individuálního plánu byly:

- dodržování dohodnutého finančního hospodaření (pondělí 450 Kč, čtvrtek 400 Kč),
- dohoda s opatrovníkem na zasílání částky invalidního důchodu (bez částky splácené za dluh).

Nastavený individuální plán uživatelka hodnotí dobře. S opatrovníkem dohodnuto zasílání částky 9 000 Kč pro účely nepředpokládaných výdajů či pro případ, že si uživatelka bude chtít zakoupit něco pro radost. Částku, která zůstane navíc, si bude uživatelka šetřit. Nyní se cítí se ve svých financích orientovaná a dohodu o finančním hospodaření dodržuje.

Vzhledem k plánování budoucího bydlení nastaven individuální plán, který vede k nalezení vhodného zaměstnání. V minulosti pracovala pouze brigádně jinak dlouhodobě nezaměstnaná, poté invalidní důchod třetího stupně. Samostatně se snažila o vyhledávání vhodných inzerátů, neúspěšně. Nastavila si následující kroky, které jí dopomohou k nalezení zaměstnání:

- pravidelné sledování inzerce (noviny, internet, informační nástěnky),
- brzké ranní vstávání,
- zapojení se do aktivit služby,
- dodržování dohodnutých časů,
- účastnění se pracovních pohovorů.

Daný individuální plán je nastaven velmi krátkou dobu, proto jeho hodnocení by mohlo být zavádějící. Patrné je občasné sledování inzerce a velká aktivita při odezvě na nabídku pracovního pohovoru. Brzké ranní vstávání si uživatelka č. 1 nastavila především jako nácvik pracovních návyků obdobně jako zapojení se aktivit služby a dodržování dohodnutých časů.

Návrh edukační činnosti

Důležitým krokem do budoucího plánování bude vyspecifikování následného bydlení. V současné době uživatelka č. 1 udává představu samostatného bydlení jako reálnou za předpokladu uspořené si odpovídající částky potřebné k uhrazení kauce (ve většině případů požadované pronajímatelem) a základního vybavení domácnosti. Klíčový pracovník i opatrovník se k tomuto přesvědčení přiklání. Uživatelka považuje za důležité bydlení v místě sídla vybrané služby sociální rehabilitace, aby mohla být nadále v kontaktu s terénním sociálním pracovníkem. Návrat do místa trvalého bydliště odmítá z důvodu izolace od osob, které jí drogy distribuovali a užívali s ní.

Konkrétní individuální plán by mohl obsahovat vyspecifikované jednotlivé kroky vedoucí k cílenému a efektivnímu nalezení bydlení:

- vyspecifikování požadavků bydlení,
- hledání vhodného bydlení (inzerce, doporučení),
- konzultace s klíčovým pracovníkem a opatrovníkem,
- dohodnutí prohlídky objektu s klíčovým pracovníkem nebo opatrovníkem,
- za přítomnosti opatrovníka uzavření smlouvy.

Následně je možné tento individuální plán přetransformovat a upravit podle potřeb uživatelky, například na dopomoc při zajištění vybavení bytu, podpoře při samostatném bydlení apod.

Další možnou oblastí podpory by mohlo být podporování při vyplnění volného času. V případě, že by uživatelka č. 1 bydlela samostatně například v nájemném bydlení (to je velmi pravděpodobné vzhledem k finančním možnostem) bude vhodné volný čas během dne vyplnit aktivitou. Tato aktivita současně slouží jako prevence před znovuzplanutím onemocnění. Uživatelka č. 1 uvedla i ve svém Krizovém plánu tuto potřebu. Vzhledem k faktu, že sociální služby volný čas nevyužívají je možné jen nabídnutí činností, které může uživatelka vykonávat.

Navržený individuální plán by poté bylo možno měnit i podle ročního období nebo aktuálních možností uživatelky (s ohledem na možné zaměstnání). Navržené kroky by mohly být stanoveny následovně:

- vyspecifikování oblastí zájmu,
- návrh a konzultování plánu s klíčovým pracovníkem,
- zjištění možností vedoucích k naplnění plánu.

Dále je možné individuální plán přepracovat a konkretizovat jednotlivé činnosti a aktivity vyplňující volný čas.

6.2 Uživatel č. 2

Anamnéza

Žena, 41 let, absolvovala elektrotechnickou školu a následně 2 roky v tomto oboru byla zaměstnána. Uživatelka č. 2 vyrůstala s rodiči a sestrou. Ve věku 22 let se rodiče rozvedli. Matka zemřela před 18 lety. Příčinou smrti byla výduť na mozků. Se ztrátou matky se dlouhodobě vyrovnávala. Uživatelce č. 2 diagnostikována paranoidní schizofrenie, která byla následně předdiagnostikována na schizofrenii reziduální. Onemocnění se projevilo v 19 letech života. Žila sama v bytě, po předávkování léky a následné hospitalizaci její rodina prodala a zakoupila byt menší, ve kterém žila s přítelem přibližně 3 roky (od propuknutí onemocnění až po odsouzení k výkonu trestu opakované suicidní pokusy). Partner se projevoval fyzickou agresí, především po požití alkoholu. Toto období uživatelka č. 2 snášela špatně. Převážná většina finančních prostředků byla vložena do alkoholu, proto uživatelka č. 2 opakovaně požadovala finance od otce (ve většině případů jí vyhověl) či si sjednala půjčku. Po ukončení vztahu s daným mužem docházela na ubytovnu, kde docházelo k časté konzumaci alkoholu a marihuany. Vzhledem i k dekompenzovanému stavu způsobeného opětovným vysazením medikace bludy vedli ke konfliktu s jiným obyvatelem ubytovny a jeho následného zabití. Uživatelka č. 2 byla zadržena a hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Soud rozhodl o trestu 7 let odnětí svobody s ostrahou (zvýšeným dohled), obžalovaná se však odvolala (po zadržení do této doby zbavena svéprávnosti, opatrovníkem byla ustanovena sestra dané uživatelky). Trest byl po odvolání stanoven na 5 let odnětí svobody s dohledem ve věznici Světlá nad Sázavou, kde za pomoci sociální pracovníce vyhledaly informace o sociální rehabilitaci. Sociální šetření proběhlo „na dálku“, kdy byla komunikace pouze listovní formou. Do sociální služby sociální rehabilitace nastoupila v listopadu 2014. Stanovena byla ochranná ambulantní léčba a došlo k přezkumu svéprávnosti, kdy již nebyla zbavena svéprávnosti, ale byla omezena ve věcech finančních a pracovněprávních.

Kontakt udržuje se svým otcem, který je současně i jejím opatrovníkem a občasný kontakt se sestrou. Uživatelka č. 2 není oprávněna samostatně právně jednat v nakládání s majetkem a finančními prostředky nad 600 Kč za týden a v uzavírání smluv o finanční službě a s opakovaným plněním není schopna uzavírat pracovněprávní smlouvy. Její finanční příjem tvoří invalidní důchod třetího stupně.

Určení uživatelských potřeb

Jako základní oblast podpory uvedla uživatelka potřebu opětovného začlenění do společnosti. Současně by se však ráda vrátila do původního místa bydliště, tak aby byla poblíž své rodiny. Vzhledem k omezení v oblasti financí je nutná i podpora zde.

Uživatelka byla umístěna na dvoulůžkový pokoj. Vzhledem ke konfliktu s jinou uživatelkou (nebyla původcem konfliktu) byla však přestěhována na jiný z dvoulůžkových pokojů.

Individuální plánování

Byl sestaven individuální plán zaměřený na oblast zařazení se do společnosti. Stručně byla vyspecifikována minulost a především důvod, který k vyloučení vedl. Kroky vedoucí k cíli si uživatelka č. 2 nastavila následovně:

- setkávání s pastoračním asistentem (vedení) rozhovorů na téma aktuální prožívání,
- pravidelné návštěvy ambulantního psychiatra a užívání medikace uložené v kanceláři pracovníků v sociálních službách,
- samostatné vaření a případná dopomoc pracovníka služby,
- zařazení nácvikové činnosti zaměřené na obsluhu internetu,
- podle aktuální potřeby vedení rozhovorů s klíčovým pracovníkem a pracovníky služby.

Tento individuální plán byl naplňován poměrně dobře. Při revizi individuálních plánů a hodnocení spolupráce však byla patrná nutnost rozčlenění do konkrétnějších a podrobněji specifikovaných kroků. Hodnocení však nebylo v negativním duchu, nýbrž v pozitivním. Po nástupu uživatelka č. 2 nebyla schopná nastavit si podrobně jednotlivé oblasti. Nyní je tento individuální plán transformován a rozčleněn do jednotlivých plánů. Což jasně ukazuje její posun. Tento plán je tímto uzavřen a již se na jeho naplňování nepracuje.

Nový individuální plán je zaměřen na oblast pravidelného užívání medikace, aby byl zdravotní stav stabilizovaný. V období před výkonem trestu odnětí svobody opakovaně nastala situace, kdy si uživatelka č. 2 léky bez vědomí ambulantního psychiatra vysadila (22-krát) nebo je užívala náhodně. Neužívání medikace vedlo vždy k hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Nyní jsou v plánu nastaveny následující kroky:

- pravidelné návštěvy ambulantního psychiatra,
- uložení léků v kanceláři pracovníků v sociálních službách,

- chystání léků každou neděli na celý týden,
- užívání léků podle předepsané medikace.

Uživatelka č. 2 tyto kroky naplňuje bez nutnosti výrazné motivace. Projevila však zájem o postupné osamostatnění v jejich užívání. Ambulantní psychiatr se vyjádřil, že nedoporučuje samostatné užívání medikace v rozporu k názoru uživatelky. Z toho důvodu se sociální služba dostává do situace, kdy je jejím posláním zajištění podpory a prostoru k rozvoji potřebných dovedností pro samostatný život, ale psychiatr s tímto výslovně nesouhlasí a je zásadně proti tomuto kroku. Pokud uživatelka č. 2 projeví zájem o doprovod k ambulantnímu psychiatrovi za účelem vyjednání těchto kroků, bude dohodnuta schůzka za přítomnosti všech tří subjektů. Prozatím se na kroky vedoucí k úplnému osamostatnění v oblasti medikace necítí.

Dalším cílem, který si uživatelka č. 2 stanovila, byla oblast postupného finančního osamostatňování. Podrobněji byla probrána finanční minulost (viz Anamnéza). V současné době pobírá invalidní důchod třetího stupně, to činí 8 500 Kč z této částky je stržena částka odškodného pozůstalých (1 000 Kč), dále částka určená sociální službou za pobyt (100 Kč na den, částka se odvíjí od počtu kalendářních dní v měsíci), částka za předepsané léky (přibližně 500 Kč) a částka za tabák (přibližně 450 Kč). Částka určená na potraviny činí po dohodě klíčové pracovnice a uživatelky 70 Kč na den, čímž se současně vytváří i finanční rezerva. Kroky, které vedou k naplňování daného cíle, jsou:

- dodržování dohody s klíčovým pracovníkem (vyzvednutí hotovosti v pondělí 140 Kč, středu 140 Kč a pátek 210 Kč),
- vedení rozhovorů na dané téma.

Stanované kroky uživatelka č. 2 dodržuje a při stanovení tohoto individuálního plánu bylo zapotřebí každou vydanou částku rozvrhnout a sepsat nákupní seznam. Postupně byla uživatelka č. 2 motivována k samostatnosti a postupně byla přenášena zodpovědnost, kdy si nákupní seznam a rozvržení hotovosti plánovala sama za přítomnosti a konzultace klíčového pracovníka. Nyní tyto činnosti zvládá samostatně. Vývoj tohoto plánu bude popsán v Návrhu edukační činnosti.

Zprostředkování duchovní podpory je další oblastí, ve které uživatelka č. 2 požaduje podporu. Oblast náboženství a pokřtění se považuje jako velmi nápomocnou ke smíření se s příčinou výkonu trestu odnětí svobody. Po nástupu do sociální služby jí byla nabídnuta možnost zajištění podpory v oblasti psychologie či náboženství.

Uživatelka č. 2 projevila zájem o obě tyto oblasti, proto byl zprostředkován kontakt na faráře, který má současně vystudovaný obor psychologie a tyto obory propojuje. Kroky vedoucí k naplnění tohoto cíle jsou stanoveny následovně:

- pravidelné schůzky s farářem,
- vedení rozhovorů o aktuálním prožívání s pracovníky služby,
- aktivní práce na krocích vedoucích ke křtu.

Naplňování cíle je efektivní a projevy kolísavé nálady se minimalizovaly. Z rozhovorů vedených na téma aktuálního prožívání je to patrné.

Návrh edukační činnosti

S přihlédnutím k faktu, že se uživatelka č. 2 chce vrátit do samostatného bydlení je podstatné dosažení co možná největší samostatnosti v oblasti financí. V rozsudku o omezení svéprávnosti je stanoveno oprávnění samostatně nakládat s finančními prostředky nepřesahujícími 600 Kč. Což nastavené finanční hospodaření (viz Individuální plánování) splňuje. Postupné osamostatnění by mohlo být realizováno v následných krocích:

- výdej hotovosti v částkách 280 Kč v pondělí a 210 Kč v pátek,
- výdej hotovosti v jedné částce na celý týden (500 Kč).

Podstatným krokem, který uživatelka č. 2 uvádí, by bylo zařazení pravidelných rozhovorů na toto téma. Dané rozhovory mají mít především kontrolní charakter, což pro uživatelku č. 2 je důležité k ujištění se o správnosti jednání a podpoře motivace.

S předchozím návrhem edukační činnosti úzce souvisí podpora při zajištění terénní služby v místě následného bydliště. Pokud je zohledněn fakt, že je uživatelka č. 2 omezena v oblasti financí a proto je vhodné předání nastaveného finančního hospodaření jinému klíčovému pracovníkovi v sociální službě určené této cílové skupině osob. Dalším faktorem vedoucím k navázání spolupráce s další sociální službou je podpora při vyplnění volného času. Pokud uživatelka bude v samostatném bydlení je to podstatný krok k udržení stabilizovaného zdravotního stavu. Neposledním faktorem motivujícím k dané spolupráci je zajištění alespoň částečného dohledu nad užíváním medikace a podporující opatření ochranné ambulantní léčby. Kroky by bylo možné nastavit následovně:

- v rámci nácvikové činnosti hledání vhodné sociální služby v místě budoucího bydliště,
- konzultace vhodnosti sociální služby s klíčovým pracovníkem,

- sepsání a podání žádosti do vhodné sociální služby,
- před ukončením smlouvy v současné sociální službě kontaktování navazující sociální služby a dohodnutí podrobností spolupráce.

Otec, který je současně opatrovníkem plní své povinnosti spojené s výkonem opatrovnictví dobře. Pro obě strany, tedy pro otce i uživatelku č. 2, je však podstatné navázání širších kontaktů, aby nedocházelo ke konfliktům mezi nimi.

6.3 Uživatel č. 3

Anamnéza

Žena, 39 let, je absolventkou obuvnické školy (záměrně však nekonkretizují z důvodu zachování anonymity). Poté pracovala v obuvnickém podniku přibližně tři roky, následně jako obsluha v prodejně nábytku a v prádelně. Zaměstnaná až do doby přiznání invalidního důchodu třetího stupně. Žila s rodiči, dvěma bratry a sestrou v rodinném domě. V rodině byl patrný výskyt sociálně patologických jevů (především alkoholismus a domácí násilí). Onemocnění se projevilo okolo 20-tého roku života, kdy jí byla diagnostikována schizoafektivní porucha. Matka ji vyhodila z domu a střídavě pobývala na azylových domech, ubytovnách, v nájemním bydlení a psychiatrické nemocnici. Většina partnerů se projevovala násilnický a konzumovali alkohol, uživatelka č. 3 byla opakovaně obětí domácího násilí a vyskytly se patrné známky nadměrného požívání alkoholu. Poté co byla hospitalizována s vážným zraněním, které jí způsobil té doby manžel, a podstoupila několik operací, byl muž zadržen a následně odsouzen. Projevil se posttraumatický stresový syndrom a byla nutná opakovaná hospitalizace. Opět bydlela na azylovém domě, kde bydlela celý rok. Následovalo zařazení do pobytové služby sociální rehabilitace.

V občasném telefonickém kontaktu je s matkou a sestrou. Osobní kontakt s rodinou však opakovaně vedl ke konfliktům a následnému zhoršení psychického stavu. Z tohoto důvodu klíčový pracovník kontakt nepodporoval (tomu předcházela kontakt klíčového pracovníka s rodinou). Uživatelka č. 3 má přiznaný invalidní důchod třetího stupně.

Určení uživatelských potřeb

Uživatelka č. 3 si jako základní oblast podpory určila pomoc s využitím volného času, kdy vyplněním volného času předchází depresivním stavům a možností následné dekompenzace zdravotního stavu. Další oblastí podpory bylo hledání následného bydlení, kdy pro uživatelku nebylo reálné vrátit se do rodiny.

Uživatelka byla umístěna na dvoulůžkový pokoj v únoru 2014, kdy s ní byla uzavřena smlouva o pobytové formě služby. Po 7 měsících pobytu v sociální rehabilitaci, ve které se seznámila se svým současným přítelem, se společně s ním přestěhovala do nájemního bydlení. Byt je dispozičně řešen jako 1+kk. V současné době je s ní tedy uzavřena smlouva o terénní podpoře. Spolu s přestěhováním vyvstaly oblasti podpory, ve kterých cítí uživatelka č. 3 nejistotu.

Individuální plánování

Vzhledem k faktu, že jedná o uživatelku terénní formy, považuji za podstatné alespoň nastínit individuální plány evidované z doby poskytování pobytové formy služby. Uživatelka č. 3 měla nastaveny dva individuální plány.

První byl zaměřen na aktivní využívání volného času, kdy si jej zvolila jako prevenci výskytu negativních příznaků onemocnění (ztráta zájmu, emoční oploštělost, ...). Postupně se začala zapojovat do aktivit nabízených službou sociální rehabilitaci i mimo ni.

Druhý byl zaměřen na pomoc při hledání bytu. Uživatelka č. 3 nastoupila do služby sociální rehabilitace z azylového domu. Její finanční situace a míra motivace zajištění nájemního bydlení dovolovala. Spolu s partnerem, se kterým se seznámila v sociální rehabilitaci, se přestěhovali do garsoniéry. První z cílů byl naplněn částečně (hlavním příčina byla v době trvání smlouvy, která byla ukončena po půl roce). Druhý ze stanovených cílů se naplnit podařilo.

Jako hlavní cíl po započetí poskytování terénní formy služby si uživatelka č. 3 nastavila podporu při adaptování se v samostatném bydlení. Jelikož uživatelka č. 3 v minulosti žila v samostatném bydlení, zůstaly zachovány některé ze schopností a dovedností. Podporu shledávala v oblasti pomoci při vyplnění volného času. Tento individuální plán jasně navazuje na individuální plán nastavený při poskytování pobytové formy služby. Kroky se však upravily k aktuálním možnostem a to následovně:

- návštěvy terénního sociálního pracovníka,
- vedení rozhovorů na téma využití volného času,
- aktivní vyhledávání a účast na aktivitách vyplňujících volný čas.

Uživatelka č. 3 během dohodnutých návštěv spolu s klíčovým terénním pracovníkem vedly rozhovory o vhodnosti vybraných aktivit a hodnotily pozitivní i negativní stránky každé z činností. Jako nejvhodnější si zvolila uživatelka č. 3 návštěvy plaveckého bazénu a ambulantní služby sociální rehabilitace (nabízené jiným poskytovatelem). Postupně však začala konzumovat alkohol a její iniciativa výrazně poklesla.

Po rozhovorech vedených na toto téma si uživatelka č. 3 nastavila individuální plán orientovaný na práci na dlouhodobé abstinenci. Chuť na alkohol se objevovala především téměř každý den, kdy odešla ze společně obývaného bytu s partnerem a

navštíví pohostinské zařízení. Po návratu domů byla silně emotivní. Konkrétní kroky vedoucí k dlouhodobé abstinenci si uživatelka č. 3 nastavila takto:

- aktivní vyplnění volného času (pravidelné návštěvy útulku pro psy, procházky v přírodě),
- hovoření o situaci (s klíčovou pracovnící, s ambulantním psychiatrem),
- každý den navštěvování ambulantní sociální rehabilitace.

Uživatelce č. 3 se v současné době daří naplňování kroků daného individuálního plánu. Považuji však za podstatné, abych uvedla i skutečnost, že uživatelka č. 3 byla hospitalizována v době po nastavení tohoto individuálního plánu v psychiatrické nemocnici. Délka pobytu byla necelé tři měsíce.

Návrh edukační činnosti

Uživatelka č. 3 je poměrně dobře resocializovaná s menší mírou podpory. Jako vhodný individuální plán by se mohla jevit podpora při pečení. Vaření zvládá samostatně, popř. s dopomocí partnera. Uživatelka č. 3 uvedla, že v minulosti nikdy koláče a jiné obdobné pokrmy nepřipravovala. Konkrétní kroky, které by mohly k naplnění cíle vést, by bylo možné specifikovat takto:

- samostatné vyhledání receptu,
- příprava pokrmu společně s klíčovým pracovníkem,
- založení deníku se zapsanými recepty.

Další možnosti v tomto plánování by bylo postupné zvyšování míry samostatnosti a např. příprava složitějších receptů, dortů apod. a s tím spojené systematické roztržení již připravených receptů.

6.4 Uživatel č. 4

Anamnéza

Muž, 54 let, schizoafektivní porucha, je absolventem zemědělské školy, učňovského oboru chovatel zemědělských zvířat. V jeho 2 letech byl umístěn v dětském domově, kde žil do svých 18 let, nastoupil dvouletou základní vojenskou službu a poté se oženil se ženou, se kterou má 2 děti (dceru a syna). Zaměstnán byl jako závozník u pozemních staveb a následně pracoval 15 let v Jednotném zemědělském družstvu (častěji užívaným názvem je jeho zkratka JZD). Poté jako hlídač objektu. Onemocnění se projevilo v jeho 41 letech, kdy byl hospitalizován poprvé, cítil malátnost, vyčerpání, sloužil denní a noční směny, strach o rodinu, paranoidní bludy. Následovalo 8 hospitalizací v psychiatrické nemocnici a přiznání invalidního důchodu třetího stupně (v tomto období požádala manželka o rozvod a následně se i rozvedli). Mezi hospitalizacemi žil střídavě v podnájmu a na ubytovnách. Dlouhodobě se potýkal s finančními obtížemi, které byly způsobeny zadlužením v akutní fázi onemocnění a současným sjednáním půjčky jeho synem na jméno uživatele č. 4, ale také následným investováním většiny příjmů do přítelkyně, která mu přislíbila zajištění společného bydlení. Jednalo se však o podvodné jednání. Po uzavření smlouvy o pobytové formě služby v sociální rehabilitaci se takto i další situace, především týkající se dluhové problematiky a vypořádání společného jmění manželů ustálily. Současně v této době již probíhalo jednání o ustanovení veřejného opatrovníka.

Dodnes je v kontaktu se svojí vlastní sestrou a bratrem. Sestře byla diagnostikována leukémie a již podstoupila několik operací. Uživatele č. 4 její stav psychicky zatěžuje. Jelikož žijí sestra i bratr poměrně daleko, návštěva je možná, z finančních důvodů, jen jednou za čas. Navštěvuje ženu, která je ve starobním důchodu a pomáhá jí s nákupy. Uživateli č. 4 byl stanoven opatrovník. Uživatel č. 4 má přiznán invalidní důchod třetího stupně.

Určení uživatelských potřeb

Jako hlavní oblast podpory si uživatel č. 4 určil zajištění bydlení. Dále pak podporu při hospodaření s financemi a základních činnostech týkajících se péče o domácnost, především obsluha automatické pračky.

Uživatel č. 4 byl přijat do služby v srpnu 2011 a umístěn byl na dvoulůžkový pokoj. Po uplynutí délky trvání smlouvy (15 měsíců – prodloužena 2x z důvodu

zajišťování následného bydlení) se přestěhoval do nájemního bydlení o velikosti 1+kk a byla s ním uzavřena smlouva o terénní formě služby. V tomto bytě žije doposud.

Individuální plánování

Obdobně jako u uživatelky č. 3 je na místě stručné představení individuálních plánů, které si uživatel č. 4 nastavil za doby trvání pobytové formy služby. Uživatel si ve spolupráci s klíčovým pracovníkem nastavil celkem 4 individuální plány.

Podstatným individuálním plánem bylo vyřešení dluhů a zodpovědné hospodaření s financemi. Cílem bylo hlavně zjistit, jaké jsou podmínky půjček, zda je uživatel č. 4 splácí či splácel (v té době měl založený bankovní účet, od kterého byla platební karta zcizena). Ve spolupráci s bankovními institucemi byl nastaven splátkový kalendář a odcizení platební karty bylo řešeno s Policií ČR.

Dalším z individuálních plánů bylo plánování stravování na delší dobu (konkrétně na 3 dny). Uživatel č. 4 se stravoval ze dne na den a peníze byly zapotřebí mu vydávat každý den. S klíčovým pracovníkem plánovali finanční hospodaření a současně rozplánovali jídelníček na dané období.

Po rozvodu nebylo dořešeno vypořádání společné jmění manželů, to bylo cílem dalšího z individuálních plánů. Uživatel č. 4 byl již 6 let rozvedený, avšak oblast vypořádání financí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebyl schopen řešit a vlastní iniciativa ze strany manželky se neprojevila. Situace řešena v právním zastoupení advokáta, který vyjednal dohodu mezi oběma stranami. Tím vznikla finanční rezerva, ze které bylo možno umořit dluhy bankovním společnostem. Především z důvodu vyrovnání majetku ze společného jmění manželů byla s uživatelem č. 4 prodloužena pobytová forma služby o 3 měsíce, aby byl zajištěn dostatek financí na úhradu poplatků spojených se stěhováním do vlastního bydlení.

Následně byl sestaven individuální plán, jehož cílem bylo aktivní hledání finančně dostupného bydlení. Všechny z individuálních plánů se podařilo naplnit.

Po započetí poskytování terénní formy služby byla podstatná pomoc s financemi (se zodpovědným hospodařením s nimi), což navazuje na oblast podpory nastavené během pobytu v sociální rehabilitaci. Celkový příjem uživatele č. 4 činí 10 500 Kč, zbylé finance z vypořádání společného jmění manželů jsou uloženy na vkladní knížce. Základními činnostmi vedoucími k naplnění cíle byly:

- po vyplacení částky invalidního důchodu rozpočítání výdajů nutných k úhradě (6 500 Kč nájemné, 1 600 Kč cigarety, strava, léky, ostatní),

- spolupracování na dohodách se sociálním pracovníkem,
- vyzvedávání hotovosti 3x za týden (pondělí, středa, pátek).

Nastavené finanční hospodaření uživatel č. 4 zvládá. V této oblasti je však nutná dlouhodobá podpora a to i s přihlédnutím k faktu omezení svéprávnosti, kdy soud rozhodl, že uživatel č. 4 není oprávněn činit právní úkony, jejichž předmětem je finanční částka nebo předmět finanční hodnoty převyšující 100 Kč nebo z nichž může pro něho vzniknout povinnost k plnění převyšující hodnotu nebo částku 100 Kč nebo ve kterých by se zavazoval k opakovanému plnění.

Následně si uživatel č. 4 stanovil cíl zaměřený na podporování v chodu domácnosti. Konkrétní oblasti podpory, ve kterých cítil potřebu podpory byly především oblast finančního hospodaření, kontroly úklidu a praní a v nakupování. Tato potřeba kolidovala s oblastmi podpory během poskytování pobytové formy služby. V samostatném bydlení však je jasná vyšší míra nároků kladených na samostatnost. Konkrétními kroky vedoucími k naplnění cíle byly:

- dodržovat dohody a časy schůzek se sociálním pracovníkem,
- snažit se být co nejvíce samostatný,
- udržovat pořádek v bytě.

Tento cíl se uživateli č. 4 nyní téměř podařilo naplnit. Na podporu a lepší orientaci v plánovaných návštěvách terénního sociálního pracovníka je každý měsíc tímto pracovníkem předán vypracovaný rozpis návštěv na daný měsíc, kde jsou zaznamenány aktuální změny, např. konání porad. Postupně došlo i k akurátní míry samostatnosti. Krok zaměřený na udržování pořádku v bytě byl vyspecifikován v samostatném individuálním plánu, čím došlo k jakési transformaci stávajícího individuálního plánu.

Jak bylo zmíněno výše, další individuální plán vznikl naplněním větší části kroků předchozího individuálního plánu a jeho cílem je tedy podpora uživatele č. 4 v udržování pořádku v domácnosti. Uživatel č. 4 má zálibu ve schraňování starých a nepotřebných věcí, které najde či mu je někdo daruje. Sám shledává potřebu toto shromažďování „korigovat“, úklid domácnosti zvládá bez větší obtíží. K naplnění tohoto cíle povede především:

- odevzdávání starého papíru do sběru,
- pravidelně vyhazovat nepotřebné věci,
- nenosit domů příliš nalezených a darovaných věcí.

Po rozhovorech vedených na toto téma je patrná potřeba ponechání si části nalezených či darovaných věcí. Uživatel č. 4 spolupracuje, na tomto cíli je však zapotřebí pracovat dlouhodobě.

Návrh edukační činnosti

Vhodné by se mohlo jevit naplánování individuálního plánu zaměřeného na dopomoc při vyplnění volného času aktivitou nebo, a to v lepším případě, prací pro osoby zdravotně postižené (dále OZP) či brigádou. Vzhledem ke vzdělání uživatele č. 4 v oblasti zemědělství by se brigáda či práce prvořadně hledala v této oblasti. Následné kroky by vedly k naplnění cíle:

- vyspecifikovat přijatelné podmínky (kolik zvládne pracovat hodin denně, apod.),
- sledování inzerce a aktivní hledání práce či brigády,
- účast na pracovních pohovorech.

Po přijetí do zaměstnání nebo dohodnutí brigády by bylo možné daný individuální plán přetransformovat k aktuální situaci, např. uzpůsobení režimu dne tak, aby si vše potřebné nakoupil a uvařil si jídlo.

7 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ

Praktická část práce uvedla edukační činnost v sociální práci s uživatelem služby sociální rehabilitace. Z návrhu edukační činnosti vyplývá posloupnost a postupná socializace v jednotlivých oblastech života jedince.

Úskalí spolupráce uživatele sociální rehabilitace a sociálního pracovníka shledávám především v oblastech příjmů uživatele, délce pobytu v psychiatrické nemocnici, rodinných a osobních vztahů, začlenění na trh práce, medializace pohledu na osoby s duševním onemocněním, informovanosti osob trpících duševním onemocněním o jejich diagnóze a projevech nemoci, aktuálního zdravotního stavu uživatele a problematiky následného bydlení.

Pracovníkům služby sociální rehabilitace by mohlo pomoci při řešení úskalí vyplývajících z jejich práce podání konkrétního návrhu a následná komunikace na toto téma s angažovanými orgány veřejné správy. Dále častější pořádání konferencí či jiných akcí podporujících boj proti stigmatizaci této skupiny osob a současná medializace problematiky osob s duševním onemocněním. Možností řešení úskalí by mohlo být i vytvoření sítě institucí věnujících se práci s osobami s duševním onemocněním, ať již z oblasti sociální, zdravotní či jiné. Vzhledem k množství těchto institucí je to krok reálný, avšak nastolení této spolupráce by trvalo i několik let.

ZÁVĚR

V bakalářské práci byla provedena analýza spolupráce uživatele sociální rehabilitace a sociálního pracovníka a následně byl navržen edukační plán, který při jeho realizaci povede k socializaci v potřebné oblasti či oblastech života jedince.

Cílem práce bylo analyzovat edukaci uživatelů vybrané služby sociální rehabilitace, čímž byl tento cíl naplněn. Dílčím cílem bylo vytvořit návrh edukačního plánu uživatele. Ten je navržen a uveden v jednotlivých podkapitolách kapitoly 6.

Jako prostředek edukace uživatelů sociální rehabilitace byl zvolen individuální plán. Po nastavení cíle, kterého chce uživatel dosáhnout za podpory klíčového sociálního pracovníka, je uživatel motivován k dílčím krokům (nastaveny současně s cílem/individuálním plánem) vedoucích k naplnění tohoto plánu.

Spolupráce sociálního pracovníka a uživatele služby je poměrně úzká. Sociální pracovník jej může doprovázet, sdílet stávající situace v životě uživatele, poskytovat mu zpětnou vazbu jeho jednání i hodnotit způsob počínání ve společnosti, při procesu socializace, motivovat i podporovat v současném jednání. V analýze spolupráce těchto subjektů je patrné systematické začleňování uživatele.

V práci byli záměrně uvedeni uživatelé, kterým se toto začlenění daří. V těch případech, kde edukace není zdánlivě úspěšná, dochází především k opětovným hospitalizacím v psychiatrické nemocnici. Není však vyloučeno opětovné přijetí do vybrané služby sociální rehabilitace a opakované edukační působení.

Z pozice sociálního pracovníka služby sociální rehabilitace je patrné množství elementů působících na uživatele. Toto působení během prvního pobytu nemusí uživatel zvládnout, což je pochopitelné s přihlédnutím na mnohdy dlouholeté pobytu v psychiatrických nemocnicích a počet atak onemocnění. Během opakovaného pobytu již uživatelé vědí, jak služba funguje, a začlenění v kolektivu uživatelů je pro ně jednodušší.

Není vyloučeno, že ukončení pobytu v sociální rehabilitaci není způsobeno nezájmem uživatele svou situací měnit či řešit. Zde se otevírají možnosti dalšího zkoumání ve službě sociální rehabilitace, které může být podnětem pro výzkum jiné absolventské práce.

Jak bylo i úvodu této práce podotknuto, literatura nabízející vhodné způsoby práce s uživatelem sociální rehabilitace není doposud publikována. To považuji za

značnou komplikaci při práci se skupinou osob trpících duševním onemocněním a současně při zpracování bakalařské práce.

Práce přispěla–k ucelenému pohledu na službu sociální rehabilitace a jejího uživatele. Může tvořit podklad ke krokům podniknutým při řešení konkrétních úskalích vyplývajících ze spolupráce uživatele sociální služby sociální rehabilitace a sociálního pracovníka.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. aktual. Vydání. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.

ČÁMSKÝ, P. a kol. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha : Centrum sociálních služeb, 2008. 152 s. ISBN neuv.

ČERMÁKOVÁ, K.; JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha : MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4.

ČERMÁKOVÁ, K.; HOLEČKOVÁ, K. (Eds.) a kol. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový slovník pro poskytovatele*. Praha : MPSV, 2008. 186 s. ISBN neuv.

DOSTÁL, J.; MACHÁČKOVÁ, P. *Systémové pojetí edukačního procesu a možnosti měření jeho efektivnosti*. In *Systémové přístupy*. 2005. Praha : VŠE, 2005. CD-ROM. ISBN 80-245-1012-X.

Charta kvality České republiky. Praha : Národní politika kvality, 2010. 2 s.

GAVORA, P. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno : Paido, 1996. 130 s. ISBN 80-85931-15-X.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; SEIFERTO VÁ, D. a kol. *Konziliární psychiatrie*. Praha : MEDICAL TRIBUNE CZ, 2007. 604 s. ISBN 978-80.903708-9-0.

HOLKOVÁ, I.; GABRYSZ, A. *Manuál pro metodiky v sociálních službách*. Praha : Instand, 2011. 56 s. ISBN neuv.

JANOŠKOVÁ, K.; NEDĚLNÍKOVÁ, D. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky. Ostrava : Ostravská univerzita, 2008. 402 s. ISBN 978-80-7368-504-1.

JOHNOVÁ, M. *Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce*. Sociální práce. 2011, roč. 11, č. 3.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KOCMAN, D.; PALEČEK, J. *Formalismus a inspekce kvality sociálních služeb. Zpráva z kvalitativního šetření*. Praha : Centrum pro výzkum a inovaci v sociálních službách, 2013. 43 s. ISBN neuv.
- KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha : Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013*. Praha : MPSV, 2014. 148 s. ISBN 978-80-7421-075-4.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.
- MUSILOVÁ, M. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. 2. vyd. Olomouc : UP, 2003. 36 s. ISBN 80-244-0794-3.
- NAVRÁTIL, P. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno : Národní centrum pro rodinu, 2000. 67 s. ISBN neuv.
- NEDĚLNÍKOVÁ, D. Příručka pro obce – Agentura pro sociální začleňování: Sociální služby. Praha : Úřad vlády ČR, 2013. ISBN 978-80-7440-068-1.
- NEDĚLNÍKOVÁ, D. Koordinace sociálních služeb v obcích se sociálně vyloučenými lokalitami. Metodika. Praha : Úřad vlády ČR, 2014. 142 s. ISBN 978-80-7440-104-6.
- NOVÁKOVÁ, Z.; HOLÁ, L. *Rodinná mediace jako sociální služba*. HOLÁ, L. a kol. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha : Grada, 2013. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Standardy kvality sociálních služeb. Příručka pro uživatele*. Praha : MPSV, 2008. ISBN neuv.
- MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize, aktualizované vydání k 1. 4. 2014. Tabeleární seznam. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. 874 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

MUSIL, L. a kol. Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR – závěrečná zpráva o řešení veřejné zakázky ZVZ 217. Analýza výkonu profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR podle formálního ukotvení a podle reálných potřeb v jednotlivých systémech sociální ochrany. Praha : VÚPSV, 2011. 493 s. ISBN neuv.

PETR, T.; MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha : Grada, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha : Portál, 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

Standardy kvality č. 6. Interní zdroj vybraného zařízení. 2014. 12 s. ISBN neuv.

ŠVAŘÍČEK, R; ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách : pravidla hry*. Praha : Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTOVÁ, V. *Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním a komunitní péče*. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008, s. 126-135. Sestra. ISBN 9788024721385.

VONDRKA, J. *Zákonná úprava systému sociálních služeb*. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

Výroční zpráva 2013. Oblastní charita vybraného města. 2014. 57 s.

Seznam ostatních zdrojů

Česká republika. *Zákon o sociálních službách*. In: Sbírnka zákonů. Praha, 2006, č. 108, 37. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4883>.

Česká republika. *Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. In: Sbírnka zákonů. Praha, 2006, č. 505, 164. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5010>.

Seznam použitých internetových zdrojů

BOUČEK, J. *Rehabilitace v psychiatrii*. Psychiatria pre prax, 2004, č. 5, s. 233-235 [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z:

<http://www.solen.sk/pdf/57b0c5334779bb88c60990f0bd3ec636.pdf>

HANZL, V. *Byrokratický a marketingový přístup k hodnocení kvality sociálních služeb*. Nepublikovaná stať. Dostupné z:

http://www.researchgate.net/publication/267681520_BYROKRATICK_

[A_MARKETINGOV_PSTUP_K_HODNOCEN_KVALITY_SOCILNCH_SLUEB](http://www.researchgate.net/publication/267681520_BYROKRATICK_A_MARKETINGOV_PSTUP_K_HODNOCEN_KVALITY_SOCILNCH_SLUEB).

Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce. Ostravská univerzita v Ostravě [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z:

http://projekty.osu.cz/metakor/dok/met_prirucka_tsp.pdf.

NEVORALOVÁ, M. *Analýza dokumentu jako evaluační nástroj*. Klinika adiktologie.

[online]. [cit. 2012-10-11]. Dostupné z:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/593/3884/Analyza-dokumentu-jako-evaluacni-nastroj>.

Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online].

23.11.2012. 2012 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>.

Sociální služby. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 28.7.2014. 2014 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z:

<http://www.mpsv.cz/cs/18661>.

Standardy kvality sociálních služeb. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 26.10.2009 2009 [cit. 2015-01-07].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.

SEZNAM ZKRATEK

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Důležitost jednotlivých cílů poskytování sociální služby z pohledu vedoucích pracovníků.....	21
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Standardy kvality poskytování sociálních služeb, výtah	II
Příloha B - Rozdělení odpovědnosti za jednotlivé úkony při poskytování sociálních služeb mezi jejich pracovníky	III
Příloha C - Duševní poruchy dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10.....	V
Příloha D – Seznam analyzovaných dokumentů.....	VI

PŘÍLOHY

Příloha A – Standardy kvality poskytování sociálních služeb, výtah

	Standard	Kritéria	
procedurální standardy	1. Cíle a způsoby poskytování soc. služeb	Definované a zveřejněné poslání, cíle a zásady, cílovou skupinu soc. služby. Uplatňování vlastní vůle klienta. Písemně zpracované pracovní postupy. Vnitřní pravidla ochrany osob před předsudky a negativním hodnocením.	! ! !
	2. Ochrana práv osob	Písemně zpracovaná interní pravidla předcházení porušování lidských práv. Písemně vymezené situace potenciálního střetu zájmů a způsobů řešení. Písemně zpracovaná pravidla pro přijímání darů.	! !
	3. Jednání se zájemcem o sociální službu	Písemně zpracovaná pravidla srozumitelného informování zájemce o možnostech a podmínkách služby. Projednávání požadavků, očekávání a osobních cílů zájemce, které by bylo možné prostřednictvím služby realizovat. Písemně zpracovaná pravidla pro odmítnutí zájemce.	! !
	4. Smlouva o poskytování sociální služby	Písemně zpracovaná pravidla uzavírání smlouvy. Při uzavírání smlouvy je postupováno tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy. Sjednání rozsahu a průběhu služby s ohledem na možnosti, schopnosti a přání zájemce.	!
	5. Individuální plánování průběhu sociální služby	Písemně zpracovaná pravidla plánování a přehodnocování procesu poskytování služby. Plánování probíhá v součinnosti s klientem s ohledem na jeho možnosti a cíle. Průběžné hodnocení naplňování cílů společně s klientem. Každý klient má svého klíčového pracovníka. Existence systému získávání a předávání informací o uživatelích mezi zaměstnanci.	! ! ! !
	6. Dokumentace o poskytování sociální služby	Písemně zpracovaná pravidla zpracování, vedení a evidence dokumentace o uživatelích, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace. Pokud to vyžaduje charakter služby, vede poskytovatel anonymní evidenci jednotlivých uživatelů. Stanovení doby pro uchování dokumentace po ukončení poskytování služby.	!
	7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby	Písemně a klientům srozumitelně zpracovaná pravidla pro řešení stížností. Informovanost klientů o možnosti podání stížnosti. Evidence a řešení stížností písemně v přiměřené lhůtě. Informovanost klientů o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán nebo lidskoprávní instituci.	! !
	8. Návaznost poskytované	Klient může využívat běžně dostupné veřejné služby. Klientovi jsou zprostředkovávány potřebné služby jiných subjektů.	!

	sociální služby na další dostupné zdroje	Podpora kontaktů a vztahů s přirozeným sociálním prostředím, neutralita poskytovatele v případě konfliktu.	
personální standardy	9. Personální a organizační zajištění sociální služby	Písemně stanovená adekvátní personální struktura zařízení. Písemně stanovená vnitřní organizační struktura a kompetence zaměstnanců. Písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro přijímání nových zaměstnanců. Písemně zpracovaná pravidla pro působení osob, které nejsou v pracovně právním vztahu.	!
	10. Profesní rozvoj zaměstnanců	Písemně zpracovaný postup pravidelného hodnocení zaměstnanců (osobní profesní cíle, další kvalifikace). Písemně zpracovaný program dalšího vzdělávání zaměstnanců. Písemně zpracovaný systém výměny informací mezi zaměstnanci. Písemně zpracovaný systém oceňování zaměstnanců. Zajištění podpory zaměstnanců nezávislým kvalifikovaným pracovníkem (supervize).	!
provozní standardy	11. Místní a časová dostupnost poskytované soc. služby	Určené místo a doba poskytování služby.	
	12. Informovanost o poskytované soc. službě	Zpracovaný soubor informací o službě ve srozumitelné formě s ohledem na cílovou skupinu osob.	
	13. Prostředí a podmínky	Zajištění materiálních, technických a hygienických podmínek pro výkon soc. služby. Poskytování pobytových a ambulantních služeb v odpovídajícím a důstojném prostředí.	
	14. Nouzové a havarijní situace	Písemně definované potenciální nouzové a havarijní situace. Seznámení všech osob s nouzovým a havarijním postupem. Vedení dokumentace o průběhu a řešení těchto situací.	
	15. Zvyšování kvality soc. služby	Průběžná kontrola a hodnocení poskytování služby. Písemně zpracovaná pravidla zjišťování spokojenosti uživatelů. Do hodnocení služby jsou zapojeni i zaměstnanci a další osoby. Stížnost na poskytování služby je podnětem pro zvýšení kvality služby.	

Standardy kvality sociálních služeb a jejich kritéria, výtah

pozn. Zásadní standardy označeny symbolem vykřičníku.

(Vyhláška č. 505/2006 Sb.; MPSV, online, 2009; Čermáková, Johnová, 2002, s. 7-101;

upraveno)

Příloha B – Rozdělení odpovědnosti za jednotlivé úkony při poskytování sociálních služeb mezi jejich pracovníky

	sociální pracovník	pracovník sociální péče	zdravotní sestra nebo zdravot. asistent	pedagog	psycholog	kontaktní pracovník	jiný	já jako vedoucí pracovník
získávat potřebné údaje o klientovi nebo poznávat životní situaci klienta (kromě vedení dokumentace)	76,0%	16,0%	6,5%	17,4%	12,3%	8,9%	33,3%	31,9%
informovat klienty a předkládat jim návrhy	73,2%	18,1%	4,3%	15,2%	10,1%	7,8%	38,4%	34,1%
vyhodnocovat plnění cílů práce s klientem nebo plánu pomoci konkrétnímu klientovi	71,0%	19,6%	7,4%	12,3%	10,9%	5,1%	28,3%	41,3%
pomáhat klientům připravit se na jednání s jinými lidmi nebo organizacemi	65,2%	15,9%	3,6%	9,4%	9,4%	5,8%	28,3%	19,6%
být s klienty, když to potřebují, povzbuzovat je	62,3%	24,6%	10,1%	18,1%	18,1%	9,4%	37,7%	27,5%
komunikovat s jinými lidmi nebo organizacemi ve věcech týkajících se klienta, předkládat jim návrhy týkající se klienta, podporovat je při jednání s klientem	58,7%	10,9%	2,8%	4,3%	5,1%	1,4%	21,7%	39,1%
obhajovat stanoviska nebo zájmy klientů při jednání s jinými lidmi anebo organizacemi	58,7%	8,0%	1,4%	6,5%	2,8%	4,3%	23,9%	44,2%
zajišťovat pro jednotlivé klienty služby nebo pomoc jiných lidí či organizací a případně napomáhat spolupráci s nimi při řešení konkrétních případů	55,8%	7,4%	2,8%	7,2%	4,3%	4,3%	23,9%	37,0%
umožňovat kontakty a vzájemné porozumění klientů s jinými lidmi, skupinami nebo organizacemi	50,7%	19,6%	7,2%	13,8%	7,8%	7,8%	7,2%	30,4%
podílet se na plánování nabídky služeb nebo pomoci různých organizací, která by byla dostupná pro cílovou skupinu klientů Vaší organizace	50,0%	10,4%	3,6%	8,7%	5,1%	0,7%	15,2%	45,0%
působit na vzájemné vztahy mezi klienty Vaší organizace	50,0%	22,5%	11,6%	13,8%	5,8%	6,5%	30,4%	35,5%
zastupovat klienty při vyřizování záležitostí s jinými organizacemi	44,2%	13,0%	0,7%	2,9%	0,7%	4,3%	12,3%	2,0%
doprovázet klienta během jednání s jinými lidmi nebo organizacemi	44,2%	15,4%	2,8%	5,8%	1,4%	6,5%	18,8%	12,3%
vyřizovat žádosti - posuzovat nárok klienta na dávku nebo službu	42,8%	4,3%	0,0%	3,6%	0,7%	2,8%	9,4%	17,4%
vyhledávat klienty a navazovat s nimi kontakt	40,0%	8,6%	2,8%	7,4%	2,8%	9,4%	18,1%	23,2%

Podíl pracovníků na výkonu jednotlivých činností v rámci poskytování sociální služby
Musil a kol. (2011, s. 381)

Příloha C – Duševní poruchy dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)	
F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických Demence u Alzheimerovy nemoci; Vaskulární demence; Demence u jiných nemocí zařazených jinde; Neurčená demence; Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami; Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami; Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí; Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku; Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu; opioidů; kanabinoidů; sedativ nebo hypnotik; kokainu; jiných stimulantů, včetně kofeinu; halucinogenů; tabáku; prchavých rozpustidel; více drog a jiných psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy Schizofrenie; Schizotypální porucha; Poruchy s trvalými bludy; Akutní a přechodné psychotické poruchy; Indukovaná porucha s bludy; Schizoafektivní poruchy; Jiné neorganické psychotické poruchy; Neurčené neorganické psychózy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady) Manická fáze; Bipolární afektivní porucha; Depresivní fáze; Periodická depresivní porucha; Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady); Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady); Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy Fobické úzkostné poruchy; Jiné anxiózní poruchy; Obsedantně-nutková porucha; Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení; Disociativní (konverzní) poruchy; Somatoformní poruchy; Jiné neurotické poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory Poruchy příjmu potravy; Neorganické poruchy spánku; Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí; Duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělním, nezařazené jinde; Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde; Abúzus – zneužívání – látek nezpůsobujících závislost; Neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých Specifické poruchy osobnosti; Smíšené a jiné poruchy osobnosti; Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku; Nutkové a impulzivní poruchy; Poruchy pohlavní identity; Poruchy sexuální preference; Poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací; Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých; Neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace Lehká; střední; těžká; hluboká mentální retardace; Jiná mentální retardace; Neurčená mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka; Specifické vývojové poruchy školních dovedností; Specifická vývojová porucha motorických funkcí; Smíšené specifické vývojové poruchy; Pervazivní vývojové poruchy; Jiné poruchy psychického vývoje; Neurčená porucha psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání Hyperkinetické poruchy; Poruchy chování; Smíšené poruchy chování a emocí; Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství; Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání; Tiky; Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání;
F99	Neurčená duševní porucha

Poruchy duševní a poruchy chování dle Mezinárodní klasifikace nemocí

(MKN-10, s. 189-258, upraveno)

Příloha D – Seznam analyzovaných dokumentů

- **Záznam z jednání se zájemcem o službu sociální rehabilitace** – jde především o to, zda je právě služba sociální rehabilitace to, co zájemce potřebuje a je důležité pomocí sociálních pracovníků formulovat, jakou představu podpory si představuje zaznamenání základních identifikačních údajů (jméno a příjmení zájemce, datum narození, druh duševního onemocnění, bydliště, kontakt na zájemce, aktuální způsob bydlení - zda žije v domácnosti, je hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici aj., příjem uživatele, popis nepříznivé situace, požadavky, očekávání a cíle zájemce).
- **Sociální šetření** – má za cíl zmapovat ve verbální úrovni (v dialogu mezi sociálním pracovníkem a zájemcem o službu) širokou škálu oblastí (dovednosti a silné stránky, oblasti podpory, bydlení v minulosti, dřívější zaměstnání, vaření, praní, úklid, finanční hospodaření, nakupování, jednání s institucemi, rodina a kontakt s jinými lidmi, zdravotní stav, dodržování léčby, spolupráce s ambulantním psychiatrem, jiné).
- **Smlouva o poskytování sociální služby**
- **Krizová karta** – slouží k popisu uživatele v možných rizikových situacích.
- **Krizový plán** – v tomto dokumentu si uživatel vyspecifikuje krizi, co jej do ní přivádí, jak ji bude řešit on sám, jak se k němu mají chovat lidé z okolí a co je pro něj důležité, aby udělal klíčový pracovník a tým pracovníků sociální rehabilitace.
- **Individuální plán uživatele služeb sociální rehabilitace** – je nastaven podle aktuálních potřeb uživatele v kooperaci s klíčovým sociálním pracovníkem.
- **Revize individuálního plánu uživatele sociální rehabilitace a hodnocení celkové spolupráce** – jde o pravidelné hodnocení již nastavených individuálních plánů.
- **Dohoda o spolupráci při vedení fin. hospodaření a úschově hotovosti uživatele**
- **Usnesení okresního soudu, Listina o ustanovení opatrovníka**

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Krejčířová, DiS.

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Možnosti a úskalí edukace klienta sociální rehabilitace

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh:¹ 52

Celkový počet stran příloh:² 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 34

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 7

Počet ostatních zdrojů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Jindra Stříbrská, PhD.

¹ zahrnuje počet stran od úvodu po závěr práce (seznamy použitých zdrojů již nepočítáme)

² zahrnuje celkový počet jednotlivých stran příloh