

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Využití metody case managementu v sociální práci s rodinou

Markéta Gmuzdková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Gmuzdková**  
Osobní číslo: **Z12343**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Využití metody case managementu v sociální práci s rodinou**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BECHYŇOVÁ, Věra. Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6201-816.
2. BECHYŇOVÁ, Věra; KONVIČKOVÁ, Marta. Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3673-925.
3. MATOUŠEK, Oldřich. Encyklopedie sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-802-6203-667.
4. MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3675-028.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Kateřina Peřinová**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2013

Termín odevzdání bakalářské práce: 17. července 2015

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 8. 7. 2015

Markéta Gmuzdková

## Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Kateřině Peřinové, za odborné vedení, rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Velké díky patří i sociálním pracovníkům OSPOD z orlickoústeckého regionu za vyplnění dotazníků, které byly zpracovány pro výzkumnou část práce. V neposlední řadě děkuji lidem z mého blízkého okolí, kteří mi byli oporou.

Markéta Gmuzdková

## **ANOTACE**

Bakalářská práce pojednává o využití metody case managementu v sociální práci s rodinou. Zaměřuje se na využití case managementu, případové konference a na institucích, které se na řešení nepříznivé situace dítěte podílejí.

První kapitola teoretické části je orientována na rodinu. Zmiňuji se o typologii rodiny, sanaci rodiny, o problémové rodině a rizikové mládeži, dále ve zkratce o službách poskytovaných rodinám a síťování. Druhá kapitola vysvětluje pojmy case management, případová práce, rodinná konference, případová konference a individuální plán ochrany dítěte.

Výzkumná část vychází z předem stanovených cílů, mezi něž patří nejčastější problémy, které sociální pracovník s klienty řeší. Dále uvádí, jak často je využívána případová konference v sociální práci a které organizace jsou nejčastěji oslovovány ke spolupráci na případové konferenci. V neposlední řadě je součástí i hodnocení efektivity case managementu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

case management, případová konference, sociální práce, rodina

## **ANNOTATION**

My bachelor's thesis is about using case management in social work with families. It focus on case management, case conferences and on institution, which help with solution of negative situation child is in.

The first chapter is about family. In work I mention typology of family, redevelopment of family, problematic family and hazardous youth, also something about services for family. The second chapter is about terminology of case management, case work, family conference, case conference, individual child protection plan.

Research part is about predetermined objectives, where belong the most common problems, which social worker with clients has to deal with. Also how often case conference use in social work, which organization is are the most popular for cooperation on case conference. Finally it is part of the evaluation of effectiveness in case management.

## **KEYWORDS**

case management, case conference, social work, family

## **SEZNAM ZKRATEK**

DS – depriváční syndrom

CM – case management

PP – případová práce

RK – rodinná konference

PK – případová konference

SP – sociální práce

IPOD – individuální plán ochrany dítěte

OSPOD – oddělení sociálně-právní ochrany dětí

# Obsah

Úvod.....	11
Cíle práce .....	13
<b>I.    TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
<b>1    Rodina.....</b>	<b>14</b>
1.1    Typologie rodin.....	15
1.2    Sanace rodiny .....	17
1.3    Problémová rodina a práce s rizikovou mládeží.....	18
1.4    Služby poskytované rodinám, síťování .....	19
<b>2    Case management.....</b>	<b>20</b>
2.1    Případová práce .....	22
2.2    Rodinná konference.....	23
2.3    Případové konference.....	24
2.3.1    Podmínky a principy pro svolání případových konferencí.....	25
2.3.2    Typy případových konferencí .....	26
2.4    Individuální plán ochrany dítěte.....	28
<b>II.  VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>29</b>
<b>3    Cíl práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>29</b>
<b>4    Kvantitativní výzkum.....</b>	<b>30</b>
<b>5    Metodika výzkumu .....</b>	<b>32</b>
5.1    Výzkumný vzorek .....	32
<b>6    Výsledky dotazníkového šetření .....</b>	<b>34</b>
<b>7    Diskuze.....</b>	<b>60</b>
<b>8    Závěr.....</b>	<b>65</b>
<b>9    POUŽITÉ ZDROJE.....</b>	<b>66</b>
9.1    Literární zdroje.....	66
9.2    Legislativa .....	67
9.3    Závěrečné VŠ práce .....	67
9.4    Internetové zdroje.....	68
9.5    Časopisy .....	69





## Seznam obrázků

Obrázek 1 Pohlaví respondentů .....	34
Obrázek 2 Pracovní pozice .....	35
Obrázek 3 Délka praxe .....	36
Obrázek 4 Délka využívání CM v praxi .....	37
Obrázek 5 Počet rodin v evidenci .....	38
Obrázek 6 Využití případové konference .....	39
Obrázek 7 Efektivita případové konference .....	40
Obrázek 8 Nejčastěji používané případové konference.....	41
Obrázek 9 Hodnocení efektivity case managementu.....	42
Obrázek 10 Výhody case managementu.....	43
Obrázek 11 Možná rizika case managementu .....	45
Obrázek 12 Hodnocení využití case managementu .....	47
Obrázek 13 Řešení problému klienta.....	48
Obrázek 14 Nejčastější problémy dívek .....	50
Obrázek 15 Nejčastější problémy chlapců.....	52
Obrázek 16 Využívané instituce .....	54
Obrázek 17 Sociální služby .....	56
Obrázek 18 Zdravotnické instituce .....	57
Obrázek 19 Školská zařízení.....	58

## Úvod

Tématem bakalářské práce je Využití metody case managementu v sociální práci s rodinou. V dnešní uspěchané době se společnost potýká se zvyšujícím se počtem mladistvých, kteří se chovají v rozporu s etickými normami. To může souviset s uvolněnými pravidly. Rodiče nechtějí být na své děti příliš přísní, tím může docházet k problémovému a nežádoucímu chování ze strany mladistvých. Naproti tomuto faktu může být i přílišná přísnost rodičů vůči dětem, kdy se proti tomuto jednání mladiství bouří a dochází ke stejné situaci. Tyto skutečnosti se mohou rozvinout v rizikové, antisociální či kriminální chování, které je nezbytné vyřešit s pomocí sociálního pracovníka.

S těmito problémy se dnes a denně setkávají sociální pracovníci, kteří působí na oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Toto pracoviště velmi často spolupracuje s rizikovou mládeží a rodinami. Proto i výzkumná část této práce je zaměřena na skupinu těchto sociálních pracovníků. Při řešení nepříznivé situace klienta, v tomto případě mladistvého, je mnohdy zapotřebí spolupráce s více odborníky či institucemi. Mezi ně nejčastěji patří zástupce oddělení sociálně-právní ochrany dětí, praktický lékař pro děti a dorost, či jiný odborný lékař, psycholog, různí zástupci organizací či pedagogové. Právě přítomnost více odborníků je důležité koordinovat.

K zefektivnění této práce je vhodná metoda case managementu, kdy se jedná o koordinované úsilí pomoci klientovi s řešením jeho nepříznivé situace. Mezi nástroj této metody patří případová konference, na niž se odborníci setkávají i s klientem, aby našli vhodné řešení situace. Jednotliví účastníci případové konference navrhnou různé možnosti, které mohou klientovi nabídnout, samotný klient (v případě nezletilého je to zákonný zástupce) si vybírá možnost pomoci dle svého uvážení. Na základě tohoto rozhodnutí je sestaven individuální plán ohroženého (ochrany) dítěte, podle kterého se postupuje v práci s klientem. Po určité době se plán vyhodnocuje a probíhá kontrola, zda došlo k naplnění vytyčených cílů.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu již zmiňovaných jevů rizikového, antisociálního a kriminálního chování mladistvých. Sociální pracovníci se s tímto jednáním setkávají stále častěji. Nevhodné chování se stává velmi diskutovaným tématem u pracovníků oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Nejlepším způsobem eliminace těchto jevů je včasná prevence. V případě rozvinutí tohoto patologického jevu je důležitá včasná detekce případu a nalezení vhodného řešení klientovy situace, aby se zabránilo dalšímu prohloubení nepříznivé

situace, která by následně mohla v budoucnu přinést velké komplikace pro budoucí život klienta.

Z důvodu výběru tématu se výzkumná část zabývá nejčastějšími problémy klienta. S tím souvisí již zmiňovaná případová konference, kdy se zkoumá její četnost využití. Nedílnou součástí je hodnocení efektivity case managementu při sociální práci s rodinou. Posledním tématem je zjištění, které organizace či instituce sociální pracovníci oslovují pro spolupráci na case managementu.

## **Cíle práce**

Teoretický cíl: Zpracování teoretického základu pro získání informací o dané problematice a sestavení dotazníkového šetření.

Hlavní cíl: Zjistit, jak je sociálními pracovníky využíván case management v práci s rodinou.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Rodina

Pod pojmem rodina si každý člověk může představit rozdílné věci. Každý z nás vnímá rodinu jiným způsobem podle toho, jak byl vychováván. Doby, kdy děti svým rodičům vykaly, jsou už pryč, dnes si s rodiči tykáme a ne vždy se k nim chováme tak, jak to je pravidly etikety předepisováno. V odborné literatuře se můžeme setkat s mnoha definicemi rodiny, zde jsou pro upřesnění pojmu uvedeny tři z nich. „*Rodina je institucionální zajištění lidské reprodukce, legitimní v dané společnosti.*“ Tato definice se zabývá primární funkcí rodiny ve společnosti, kterou je reprodukce. Péče o děti byla zřejmě faktorem pro samotný vznik rodiny a zůstává i nadále klíčovou úlohou rodiny (Možný in Zatloukal, 2013, str. 35). „*Rodina je jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny, pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně* (Janoušek in Hurníková, 2013, str. 3). „*Rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejichž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí*“ (Giddens in Zatloukal, 2013, str. 36).

Až do konce 19. století byly rodiny zakládány zejména kvůli státu (dříve primárním motivem Řeků) a zájmům orientačních rodin (nejčastěji rodů, z nichž manželé pocházeli). Pokud lidé ve středověku chtěli uzavřít sňatek, bylo podmínkou schválení sňatku vrchností. V období renesance se změnila situace, lidé se už neřídili pouze heslem „Co bůh spojil, člověk nerozdělí“. V romantismu byl největší důraz kladen na vysokou citovou hodnotu. Pokud se hovoří o industriální době, lidé mají svůj osud ve svých rukou, rozhodují se podle svých osobních citů a podle toho, co preferují. V průběhu 20. století byl mezi nejvíce ovlivňující faktory řazen vstup žen na trh práce a rozšíření antikoncepčních prostředků. Tímto dochází k vymanění žen z podřízenosti mužů (Matoušek, 2008, str. 181).

V současné době se v rodinách projevují často zájmy jedince, kdy může docházet k preferování vlastních potřeb a zájmů na úkor ostatních členů rodiny. Rodinní

příslušníci si nechávají v důsledku svého svobodného rozhodování prostor určený pro změnu svého života, dochází tak k různým podobám partnerského soužití, kdy partneři žijí každý ve svém bytě či jsou bezdětní. Často se lze setkat s oddalováním rodičovství na pozdější dobu z důvodu studia či neochoty měnit svůj svobodný život bez závazků. Rozdíly v rolích mužů a žen klesají, přímé výchovné působení rodičů je přenecháváno institucím, vyskytuje se patologie současných rodin, zvyšuje se rozvodovost, podstatnou úlohu v dnešní rodině hraje i narůstající počet používání antikoncepčních prostředků (Hurníková, 2013, str. 4-5). Dnešní rodina má jako taková pět znaků. Mezi tyto znaky patří nukleární rodina, kdy jádro tvoří v případě manželské rodiny několik osob, což jsou manželé a děti. Tím se stává dvougenerační rodinou, skládá se z generace rodičů a generace dětí. Nukleární rodina je intimně vztahová síť. Posledním znakem je privátní individualizace, rodina se vymanila z pout tradice (Helus, 2007, str.137 -139).

## 1.1 Typologie rodin

Zhruba do poloviny 20. století byla sociální práce zaměřena především na jednotlivce. U některých případů se však tento postup zdál nedostatečný nebo málo efektivní. Bylo zjištěno, že problémy jednotlivce často souvisí s celou rodinou, proto je pro dobrou spolupráci v rámci rodiny důležité řešit problémy i s ostatními členy rodiny. Tento přístup vnímá člena rodiny jako člena systému. Rodinný systém je charakteristický vzájemnými vztahy, strukturou a specifickou komunikací rodiny (Vrtilšková, 2009, str. 42). Při výběru vhodné intervence dané rodině nám může pomoci znalost typologie rodiny. S každou rodinou se dá pracovat rozdílně, žádné rodiny nejsou zcela totožné, mohou mít pouze některé znaky podobné. Dělení typů rodin můžeme v literatuře najít mnoho, já jsem si vybrala dvě typologie.

Voilandová a Buell charakterizují rodinu následovně. V **perfekcionistických rodinách** klade jeden partner či oba partneři nároky na žádoucí způsoby chování. Od členů rodiny jsou vyžadovány úspěchy ve všech situacích. Při výskytu problému nevyhledávají pomoc odborníků, pokud se nejedná o rozvod. Tento typ rodiny je lehce ovlivnitelný než dále uvedené typy rodin. Sociální pracovníci se snaží tyto rodiny vyhledávat sami a nabízet jim vhodnou spolupráci (Voilandová, Buell in Matoušek, 2008, str. 195).

Pokud hovoříme o **nepřiměřených rodinách**, jeden nebo oba rodiče se při řešení svých problémů spoléhají na širší společnost. Jiné rodiny jsou v těchto situacích schopny řešit svoji nepříznivou situaci samy. Pomoc nacházejí v širší rodině, komunitě či vyhledáním odborné pomoci u sociálních pracovníků, kteří se zabývají danou problematikou. Těmto rodičům

chybí předvídatost, co by se mohlo stát, mnohdy i schopnost správného vyhodnocení stávající situace. Nejčastějšími problémy jsou finance, kdy rodiče nejsou schopni obstarat si stálý příjem, neumí s financemi hospodařit. Často je přítomna špatná výchova dítěte. Při dlouhodobé spolupráci se sociálními pracovníky jsou tyto rodiny ovlivnitelné (Voilandová, Buell in Matoušek, 2008, str. 195).

V **egocentrických rodinách** upřednostňuje jeden či oba dospělí společenskou kariéru před rodinou. Přísun peněz v rodině je dobrý, ten kdo přináší do rodiny více peněz, se obvykle stává vůdčí osobností. Vztahy v rodině jsou chladné, jednotlivec je uznáván, pokud uspokojuje potřeby někoho z rodiny a rodinu dobře reprezentuje. Často je přítomna disharmonie mezi partnery s výskytem domácího násilí, které je dobře tajeno. Pokud přijde někdo z rodiny s návrhem řešit problémy s pomocí odborníka, stává se nepřítelem rodiny. Děti mohou zanedbávat školní docházku, mají sklon k predelikventnímu chování a mohou se vyskytovat i psychiatrické potíže. Prognóza úspěchu spolupráce s rodinou bývá nejistá (Voilandová, Buell in Matoušek, 2008, str. 195).

**Asociální rodiny** uspokojují své potřeby bez ohledu na stanovené právní normy. Vztahy jsou neodpovědné, mělké, často vznikají z náhlého rozhodnutí. Dítě se obvykle rodí neplánovaně a bývá nežádoucí, rodiče jsou schopni dát dítě k adopci. Ve většině případů je zjevné domácí násilí nejen mezi rodiči, ale také u dětí. Rodiny nemají stálé finanční prostředky. Nejčastěji se jedná o drogově závislé osoby. Spolupráce s těmito rodinami není dobrá, proto by si sociální pracovník měl dávat pouze reálné cíle a měl by počítat s možností neúspěšné spolupráce (Voilandová, Buell in Matoušek, 2008, str. 195).

Porucha rodiny je charakteristická situace, kdy rodina není schopna v různé míře plnit základní požadavky a úkoly, dané společenskou normou. Příčiny poruch se dělí na objektivní, subjektivní a smíšené. Pro profesionály pracující s dětmi je funkčnost rodiny vyšetřovaného dítěte důležitou informací k naplánování práce s rodinou. Posouzení funkčnosti usnadní dotazník funkčnosti rodiny, který sestavil Jiří Dunovský. Dotazník hodnotí osm diagnostických kritérií a vyhodnocuje se s každým dítětem zvlášť. Opakované používání umožňuje sledovat vývoj situace dítěte. V dnešní době je dotazník využíván nejen pro výzkumné účely, ale také pro praxi (diagnostický nástroj pro pediatrii).

Na základě výsledků autor definoval čtyři typy rodin. **Funkční rodiny** jsou většinové a jsou to takové, kdy je zajištěn vhodný vývoj dítěte a jeho prospěch. Rodiče plní své funkce zodpovědně, v běžné populaci je těchto rodin 85% (Lovasová, 2006, str. 8-9).



**V problémové rodině** se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí. Neohrožují však vážnějším způsobem rodinný systém či samotný vývoj dítěte. Rodina je schopna řešit své problémy v rámci rodiny, někdy se jedná o krátkodobou spolupráci s odborníky. Výskyt problémových rodin je v populaci kolem 12 - 13% (Lovasová, 2006, str. 8-9).

U **dysfunkčních rodin** se vyskytuje vážná porucha některých nebo všech funkcí rodiny. Tyto poruchy bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek, nejvíce však vývoj a prospěch dítěte. Tyto problémy nelze vyřešit pouze v rodinném kruhu, je zapotřebí mnoha intervencí zvenku, kterými je sanace rodiny. Spolupráce s těmito rodinami je pro sociálního pracovníka náročná v otázce, do jaké míry podporovat rodinu a kdy se proti rodině postavit v zájmu dítěte. V populaci se vyskytují zhruba 2% těchto rodin (Lovasová, 2006, str. 8-9).

V **afunkční rodině** jsou poruchy tak velkého rozsahu, že rodina přestává plnit svoji funkci a základní úkoly. V takovém případě dítěti rodina nesmírně škodí nebo ho ohrožuje v samostatné existenci. V těchto případech bývá sanace rodiny již bezpředmětná, jediným možným řešením pro vhodný vývoj dítěte bývá odebrání dítěte biologickým rodičům a následné umístění do náhradní rodinné péče. Výskyt těchto rodin činí v populaci 0,5% (Lovasová, 2006, str. 8-9).

## 1.2 Sanace rodiny

V odborné literatuře se můžeme setkat s pojmem podpora rodiny. Kdy je tento pojem chápán takto: „*Jako podpora rodiny označujeme programy, jejichž cílem je napomáhat členům rodiny, aby navzájem naplňovali své potřeby a aby s ohledem na zájmy rodiny jednali i v prostředí mimo rodinu. Podpora rodiny v tomto širokém pojetí nesleduje jen zájmy dítěte, ale zabývá se i tím, jak se chovají dospělí a jak jsou v rodině spokojeni.*“ (Matoušek, Pazlarová a kol., 2014, str. 13). Tímto pojetím se podpora rodiny odlišuje od rodinné terapie, ta se obvykle zaměřuje na komunikační a vztahové vzorce rodiny a vyžaduje specializovaný výcvik. Rodinná terapie bývá poskytována spíše ve specializovaných centrech, podpora rodiny se liší tím, že se převážně jedná o práci s rodinou v jejím přirozeném prostředí. Podpora rodiny se zaměřuje na širší pojetí problému než rodinná terapie, avšak může využívat některé prvky z rodinné terapie (Matoušek, Pazlarová a kol., 2014, str. 13).

„*Termín „sanace“ (lat.) znamená léčení, vyléčení, uzdravení, napravení. Sanace rodiny jsou aktivity směřující k zachování nebo obnovení funkcí rodiny v domácnostech uživatelů služby za pomoci profesionálního sociálního pracovníka, jsou to postupy podporující*

*fungování rodiny.*“ (Knausová in Sociální práce, 2011, str. 69). Sanaci rodiny lze provádět, pokud je dítě v rodině přítomno, slouží jako prevence odebrání dítěte (příklad sanace rodiny viz. Příloha B). V případě, že je dítě z rodiny dočasně odebráno, dochází při sanaci k úpravě podmínek rodinného života pro časný návrat dítěte. Dále když je dítě z rodiny odebráno na delší dobu, probíhá sanace jako proces podpory k nápravě vztahů mezi rodičem a dítětem, cílem je možnost opětovného návratu dítěte do své rodiny (Bittner, 2009, str. 8). Ukotvení sanace rodiny můžeme nalézt v zákoně č. 359/1999 Sb. o sociálně - právní ochraně dětí v platném znění, dále také v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, kdy je sanace rodiny nedílnou součástí sociálně aktivizačních služeb (Bechyňová, Konvičková, 2011, str. 31-33).

### **1.3 Problémová rodina a práce s rizikovou mládeží**

Pod pojmem mnohoproblémová rodina si můžeme vybavit situaci, kdy je v rodině přítomno více problémů, které je zapotřebí řešit často v rámci dlouhodobé práce. Jedná se o soubor problémů u jednotlivců rodiny, které mezi úrovněmi rodinného života nejsou členové schopni řešit, neumí je zmapovat a vyhledat adekvátní sociální služby pro řešení své situace. Mnohoproblémovou rodinou nemusí být vždy chudá rodina, jak tomu bývalo v dřívějších dobách, i když se s těmito předsudky můžeme setkávat i dnes. V dnešní době se tento předsudek mění, protože i rodiny, které mají finanční zajištění, se často do problémových situací dostávají (Matoušek, 2010, str. 75-77). V případě výskytu problémů v rodině může docházet k narušení vhodných funkcí rodiny. Tento jev ovlivňuje v nemalé míře správný vývoj dítěte. Při dlouhodobém působení negativních vlivů na dítě může docházet k narušení psychické vyrovnanosti dítěte, může dojít až k deprivaci. Deprivace, neboli strádání, je psychologický stav organismu. Jedná se o dlouhodobé neuspokojování potřeb, které nelze nahradit potřebou jinou. Deprivace může být citová, biologická, senzomotorická a sociální. Pokud je strádání silné a probíhá v prvních letech života, dochází ke vzniku tzv. deprivčního syndromu (dále DS). DS má dvě podoby. Dítě je spíše pasivní, nemá o nic zájem, vývoj bývá opožděný. Později se jeví jeho schopnosti jako omezené, to ovlivňuje další vývoj dítěte. V druhé podobě DS je dítě aktivní, velmi živé, dotěrné, pozornost si vynucuje, čímž není v okolí příliš oblíbené, u vrstevníků je tomu taktéž. Obě podoby DS mají na vývoj dítěte vliv, ve většině vážných krizí bývá velké procento těch, kteří v dětství v některém případě strádali (Vrtišková, 2009, str. 174). Základní potřebou je aktivní styk s prostředím, s tím úzce souvisí podstata sebeuvědomění. Pod touto potřebou je zahrnuto mnoho činitelů, vedoucích ke správnému vývoji dítěte. Důležitá je celková vnější stimulace,

dostatek podnětů z prostředí. Potřebou vnější struktury dítě nachází rozdílnost v podnětech, funkční hodnotu, smysluplnou hodnotu mezi minulým a přítomným děním. Dále je nesmírně důležité prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, vztah s rodiči a dalšími osobami (Langmeier, Matějček, 2011, str. 277 – 284).

V České republice se o rizikovou mládež starají orgány sociálně-právní ochrany dětí, kurátoři pro děti a mládež (kompetence viz kapitola 1.4). Pojem riziková mládež se vyskytuje až v novověku, na vzniku mají podíl společenské změny. Slábnou systémy sociální kontroly, mezi něž patřil i vliv církve. Rodiny jsou zakládány pro emoční uspokojení dospělých. S narůstajícím počtem rozvodů je spojena výchova pouze jednoho z rodičů. Rodič mnohdy svou roli nezvládá. Rozvodovost přispívá k poruchám psychického a sociálního fungování dětí (Matoušek, 2010, str. 270-287). V těchto případech může docházet k záškoláctví, užívání návykových látek, kriminálnímu chování atd. Při práci s rizikovou mládeží se můžeme setkat i s agresivním chováním. Bývá zde patrné klidové období, kdy není klient vyveden z míry. Pokud dojde k rozrušení klienta, dochází k rozčilující fázi, kdy začíná pociťovat negativní emoce, není však přítomna fyzická agrese. V agresivní fázi dochází k samotné fyzické agresi. Po této fázi přichází zklidnění, klient není již agresivní, ale není emočně klidný (Jůn, 2010, str. 29-30).

Pokud bývá komunikace v rodině stereotypní, nejasná, sdělením nebývá porozuměno, vyjadřování negativních emocí bývá vnímáno jako nepřijatelné, v rodině jsou opakující se problémy, které se již vyskytly atd., můžeme pro řešení vzniklé situace použít rodinnou terapii (Matoušek, Pazlarová, 2014, str. 186). V sociální práci s rodinami lze využívat speciálních technik pro aktivizaci členů rodiny, např. techniku „moje rodina“, kdy klient vyplňuje údaje o vztazích a fungování rodiny, zamýšlí se nad kladnými i zápornými hodnotami rodiny. Dále bývá možnou metodou tvorba plánu, neboli krizový plán, kde klient pracuje a zaznamenává informace v oblastech žádoucí změny (Zakouřilová, 2014, str. 133-142).

#### **1.4 Služby poskytované rodinám, síťování**

Každý sociální pracovník by měl mít přehled o službách, které jsou určeny pro cílovou skupinu, na kterou je sociální pracovník orientovaný. Vytvoření sítě bývá vhodné pro rychlou orientaci v sociálních službách, pro rychlý a efektivní výběr služby podle požadavků klienta. Síťování bývá doporučováno klientům, kteří se potýkají s mnohočetnými problémy. Při práci se sítěmi je možné využít techniku sociálního mapování nebo tvorby ekomapy. Slouží

ke shromáždění a zmapování sociální mapy klienta a k rozpoznání možných zdrojů pomoci a podpory (Gojová in Janoušková, 2007, str. 155-156). Pro Pardubický kraj byla vytvořena síť služeb k 31. 7. 2014, služby pro rodiny s dětmi jsou zajištěny v resortu zdravotnictví, školství a sociálních věcí (Krajský úřad Pardubického kraje, 2011).

Služby pro rodiny s dětmi jsou poskytované na základě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, zde se nacházejí přesné definice poskytovaných služeb. Pokud pomineme služby určené pro rodiny s handicapovaným dítětem a zaměříme se na problémové rodiny, jsou to zejména nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, dále jsou poskytovány ambulantní či terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let, které bývají ohroženy společensky nežádoucími jevy. Cílem je zlepšení kvality života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik, spojených s jejich způsobem života. Další formou jsou sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, poskytované ambulantní či terénní formou. Služba je určena rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dlouhodobé krizové situace. Obě služby nabízejí výchovné, vzdělávací či aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (ČESKO, 2006).

Jak bylo zmíněno již v předchozí kapitole, na řešení problému dítěte se nejčastěji podílí kurátoři pro děti a mládež. Výkon této pracovní pozice je ukotven v zákoně č. 359/1999 Sb. a v zákoně č. 218/2003 Sb. Kurátoři provádí opatření směřující k odstranění, zmírnění či zamezení prohlubování a opakování poruch psychického, fyzického a sociálního vývoje dítěte. U mladistvých jsou řešeny problémy s obtížnou výchovou a trestnou činností. V tomto případě pracovník poskytuje sociální poradenství jednotlivci, rodině či skupině se zajištěním sociální prevence. Dále kurátoři navštěvují nezletilé a mladistvé v ústavních zařízeních a věznicích. Podílí se na realizaci ústavní a ochranné výchovy a sledují dodržování práv klienta v zařízení. Působí na zlepšení podmínek v rodině dítěte pro opětovný návrat do svého prostředí. Mezi další kompetence kurátorů patří podání návrhu soudu na uložení výchovného opatření, nařízení či zrušení ústavní výchovy či vydání předběžného opatření atd. (Město Kostelec nad Orlicí, 2000-2015).

## **2 Case management**

Pokud hovoříme o termínu case management (dále jen CM), setkáváme se často s neporozuměním tomuto termínu. Jedním z důvodů je krátké působení této metody na českém území. Dále to bývá dáno nepřesnou terminologií. V odborné literatuře

se setkáváme s různými definicemi toho, co vlastně CM znamená. Spousta sociálních pracovníků si neuvědomuje, že metodu CM ve své práci s klientem používá, a přesto se tato metoda využívá celkem často.

Stuchlík (2002) pod tímto pojmem definuje případové vedení, o kterém se často nehovoří. Case management pochází z anglického slova „to manage“, který je do češtiny překládán jako řídit, vést, organizovat, spravovat či dosáhnout cíle (Svobodová in Matoušek, 2008, str. 327). S CM se můžeme setkat v sociální práci, kdy je využíván při poskytování sociálních a zdravotních služeb. Je používán u klientů, kde je potřeba vyřešit více problémů, u kterých je potřeba multidisciplinární pomoci a zapojení samotného klienta aktivně do procesu změny pro zvládnutí daného problému. V České republice je tato metoda nejvíce využívána u klientů s drogovou či alkoholovou závislostí a v sociálně - právní ochraně dětí (Pemová, Ptáček, 2012, str. 39).

### ***„Základní prvky case managementu***

- 1) přehled o potřebách a schopnostech klienta,*
- 2) plánování péče - plán obsahuje jasně definované cíle,*
- 3) uskutečňování plánu - za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,*
- 4) monitorování a zaznamenávání dosaženého, či naopak nedosaženého pokroku,*
- 5) vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.“*

(Stuchlík, 2002, str. 9).

Důležitou úlohu v používání CM hraje sociální pracovník. Pokud přijde klient s nějakým problémem, je důležité navázání dobrého vztahu se sociálním pracovníkem, který bude klientovi pomáhat nalézt řešení jeho problému. Právě sociální pracovník (case manager) se stává prostředníkem mezi klientem, různými odborníky potřebnými k řešení případu a institucemi. Sociální pracovník zprostředkovává klientovi kontakt s multidisciplinárním týmem v případových konferencích, ale také reguluje slovník odborníků tak, aby klient dobře porozuměl sdělovaným informacím. V praxi se často setkáváme s neporozuměním. Odborníci si často neuvědomují svůj slovník, který je srozumitelný pro jiné odborníky, avšak u klienta tomu tak být nemusí.

## 2.1 Případová práce

Případová práce (dále PP) je charakterizována svým přístupem k jednotlivci. Každá země i kultura má svoje tradice, to co je pokládáno za problém vhodný k řešení v jedné kultuře, nemusí jiná kultura považovat za problém, který je potřeba řešit. Tradice jsou neodmyslitelně ovlivňovány většinou vírou obyvatel dané kultury. V neposlední řadě by mělo záležet na systému sociální politiky, která by měla být pro společnost nastavená, také naplňováním podmínek, povinností a nároků na úrovni státu, obcí, organizací a občany (Matoušek, 2013, str. 262).

Sociální pracovník využívající PP by měl mít nejen dostatečné profesionální vědomosti, ale také osobnostní vybavenost. I když se jedná o náročný přístup z hlediska profesionality, není důležité zvláštní prostředí lišící se od běžného standardu. Důležitou součástí přístupu sociálního pracovníka je vhodné a rychlé rozhodování se a navrhování vhodných intervencí k řešení problému klienta, flexibilita a kreativita. V obecné rovině se jedná o způsob soustředěné pozornosti na klienta, který potřebuje sociální službu (Havránková in Matoušek, 2008, str. 67).

Roli v utváření vztahu klienta k sociálnímu pracovníkovi hraje předchozí zkušenost klienta s jiným sociálním pracovníkem a nabízené intervence, dále hraje v tomto procesu roli věk, pohlaví, vzdělání, etnická identita, současná míra stresu či doznávající trauma. V utváření vztahu sociálního pracovníka ke klientovi hraje důležitou roli „organizační objektiv“, tj. hledisko, které si stanoví každá nestátní organizace sama s ohledem na její zaměření, ve státních organizacích je to zakotveno v zákoně. Dále je to kvalifikace sociálního pracovníka, profesní zkušenost, profesní cíle, míra zvládnutí stresu, možnost reflexe své práce, podpora kolegů, schopnost spolupracovat s ostatními organizacemi a stejné charakteristiky, jako jsou u klientů. V PP se můžeme setkat s faktory, které komplikují kontakt na obou stranách. Patří mezi ně nepřizpůsobivost, agresivita, negativní přístup a rasové předsudky. Potíže se mohou objevit v kulturní rozdílnosti, sociálním postavení, rizikem je i stejné trauma, které prožil sociální pracovník. Ze strany sociálního pracovníka je rizikem neosobní a nerespektující přístup ke klientovi a k jeho soukromí. U klienta může kontakt narušovat smyslové omezení, mentální deficit, malformace těla, špatná úroveň hygieny, pomalé tempo, nepřesné vyjadřování, či nerealistická očekávání od sociálního pracovníka. V PP jsou specifické cíle, které záleží na tom, s jakým problémem klient přichází, mezi nespecifické cíle řadíme zlepšení sociálního fungování, posílení klientovy schopnosti řešit problémy a zvýšení klientovy sebedůvěry (Matoušek a kol., 2013, str. 262 - 263).

PP má tyto fáze:

*„1. Hodnocení potřeb klienta, hodnocení prostředí (z hlediska zdrojů pro uspokojení potřeb i překážek v uspokojování potřeb) a hodnocení interakce mezi klientem a prostředím.*

*2. Plánování služby.*

*3. Poskytování služby.*

*4. Průběžné hodnocení služby s případnou úpravou plánu.*

*5. Závěrečné hodnocení případu.“* (Matoušek a kol., 2013, str. 263).

## **2.2 Rodinná konference**

Pokud hovoříme o rodinné konferenci (dále RK), samotný název nám napovídá, o jaký typ setkání se bude jednat. Na této konferenci se schází širší rodina a lidé, kteří mohou rodině pomoci řešit její nepříznivou situaci. I když se u nás tato metoda příliš nepoužívá a je teprve v začátcích, v západních zemích se její používání stále zvětšuje. V dřívějších dobách se tato forma řešení problémů vyskytovala často, přestože nebyla nijak zakotvena či využívána sociálními pracovníky při sociální práci s rodinou. Nejvýznamnějším aktérem RK je opakovaně zmiňovaná rodina. Tato metoda vychází z přirozených zdrojů rodiny a je na ni kladen velký důraz. Při RK je na řešení nepříznivé situace důležitá spolupráce širší rodiny, jejíž správné fungování je zapotřebí pro správný vývoj dítěte, k řešení můžou přispět již zmiňovaní přátelé a lidé z blízkého okolí.

V konceptu RK se jedná o specifickou metodu obsahující hodnocení a plánování. Zakotvení této metody se poprvé objevilo v legislativě na Novém Zélandu v roce 1989. Metoda má počátky u původního obyvatelstva Nového Zélandu - Maorů. Ti vycházeli ze svých kulturních tradic, k řešení nepříznivé situace jednotlivců rodiny zvali k pomoci široké příbuzenstvo, tento přístup lze najít také u Romů, kteří žijí na území České republiky. RK se šířily a byly využívány pro práci s rodinou. RK upřednostňuje řešení rodiny před potenciálem profesionála. K pomoci od odborníků se přistupuje v případě, že je v rodině zřejmé ohrožení nebo není možné nepříznivou situaci řešit jen s pomocí rodiny (Matoušek, Pazlarová, 2014, str. 179).

Občanské sdružení Lata definuje RK takto: „*Rodinná konference je účinnou metodou, jak zlepšit vzájemné soužití a předcházet zhoršování problémů, které by mohly v krajní situaci vést až k rozpadu rodiny nebo odebrání dětí z péče rodičů.*“ (Žáková, 2015). V metodice rodinných konferencí občanského sdružení Amalthea je pojem definován tímto způsobem. „*Setkání rodiny a dalších osob okolo rodiny (příbuzní, sousedé, přátelé, zástupci komunity atd.) s cílem společně najít řešení problému v rodině tak, aby bylo zajištěno bezpečí dítěte a posílily se kompetence samotných členů rodiny.*“ Koordinátor na popud klíčového pracovníka rodiny určuje konkrétní průběh RK, dále kontaktuje členy rodiny, kteří se setkání budou účastnit (Dunovská, 2012, str. 9).

Pokud jsou k RK přizváni odborníci, měli by mít roli poradní či informativní, na řešení problému má největší podíl rodina. Prostředí, ve kterém se bude RK konat, si zvolí rodina, může to být komunitní centrum, městský úřad či přirozené prostředí rodiny, mělo by však obsahovat dvě místnosti, aby mohla nerušeně proběhnout rodinná porada. Pro uvolněnější atmosféru se doporučuje zajistit drobné občerstvení, které zajistí rodina. RK má podobné fáze jako PK, těmi jsou: podnět k uspořádání rodinné konference, příprava účastníků na rodinnou konferenci a samotné setkání rodinné konference. Každá z těchto fází je charakteristická (Dunovská, 2012, str. 24-29).

Jak už bylo zmíněno, RK se svojí strukturou hodně podobá případové konferenci (dále PK), ale přesto je odlišná. V RK jde nejvíce o zapojení rodiny při řešení problémů, odborník je tam pouze jako koordinátor a zasahuje pouze v nutnosti. V České republice tato metoda není zatím zakotvena v legislativě, záleží pouze na odbornících, zda tuto metodu využijí při své práci s rodinou. RK je nejvíce využívána v občanských sdruženích Rozum a cit, Amalthea a Lata.

### **2.3 Případové konference**

Pod pojmem PK máme na mysli strukturované setkání klienta a jeho blízkých osob společně s odborníky se záměrem nalézt nejvhodnější společné řešení situace klienta. PK se začaly nejvíce využívat v USA zhruba v 70. letech minulého století s konceptem řízení péče jako jednoho z principů sociální práce (dále SP). Postupně se PK začaly šířit i do dalších zemí. V České republice se začala PK uplatňovat až v 90. letech 20. století, využívání této práce neustále narůstá. PK bývá využívána u velkého spektra klientů, v zahraničí se využívá jak v oboru sociální práce, tak i ve zdravotnictví. Velmi často se prolíná v multidisciplinárních týmech při komplexním řešení situace klienta. Je tomu tak např. u



pacientů s chronickým onemocněním či u pacientů v terminálním stádiu nemoci, kdy je důležité řešit současně stránku sociální společně se zdravotní, tj. dalšími potřebami klienta. Podobný přístup je volen u dětí a dospělých se zdravotním postižením. U dětí je často využívána při plánování rané péče. Při komunitní péči se osvědčily u pacientů s psychiatrickým onemocněním při znovu začlenění do komunity po léčbě. PK se dají použít i u seniorů, protože jejich stav se v průběhu času mění a upravuje se plán péče. Je dobré využít tuto metodu, pokud je senior ohrožen v domácím prostředí či v ústavním zařízení. Když se PK zúčastní policejní orgány, násilník se v těchto případech neúčastní PK a jedním z bodů je vytvoření plánu prevence opětovného nevhodného chování vůči klientovi. Nejčastěji se PK svolávají pro klienty v ambulantní nebo terénní péči. V našem státě je nejčastěji PK využívána u dítěte a jeho rodiny v případech, kdy je podezření na nedostatečnou péči o dítě, při plánování změn v umístění dítěte či dospívajícího (Matoušek, 2014, str. 270-271).

Využívání nástroje case managementu, kterým je PK, můžeme nalézt v legislativě od roku 2013, kdy byla v zákoně ukotvena. Jedná se o zákon o ochraně dětí č. 359/1999 Sb. i po novelizaci zákona v roce 2015 lze nalézt v zákoně tyto informace. V třetí části opatření sociálně-právní ochrany, hlava I - Preventivní a poradenská činnost, §10 odst. 3 písmeno e) tohoto zákona zní: „(3) *obecní úřad obce s rozšířenou působností je povinen: e) pořádat případové konference pro řešení konkrétních situací ohrožených dětí a jejich rodin, a to ve spolupráci s rodiči a jinou osobou odpovědnou za výchovu dítěte, dalšími prizvanými osobami, zejména zástupci škol, školských zařízení, zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, orgánů činných v sociální oblasti, orgánů policie, státních zástupců, odborných pracovníků v oblasti náhradní rodinné péče, poskytovatelů sociálních služeb a pověřených osob; pro účast na případové konferenci platí § 38 odst. 7 obdobně.*“ (ČESKO, 1999).

### **2.3.1 Podmínky a principy pro svolání případových konferencí**

Pokud se mají případové konference stát efektivním nástrojem pomoci dítěti a jeho rodině, je nezbytné si upřesnit základní principy, které mají tuto formu odlišit od jiných, direktivnějších forem, jako jsou pohovory, projednávání situací před komisí, kdy se odborníci snaží rozlišit potíže dětí a požadují od rodičů či dítěte odstranění daného problému (Bechyňová, 2012, str. 19). PK je dobré svolávat v každém případě, kdy je dítě ohroženo či v případě nesnázi rodiny. PK je vhodné uspořádat ve chvíli, kdy je zapotřebí vyhodnotit situaci dítěte, k získání objektivních informací z různých pohledů, při potřebě vymezit spolupráci v okolí dítěte a koordinovat péči. Dále v případě potřeby jednotného postupu

k řešení krizové situace klienta. V neposlední řadě při zásadním, důležitém rozhodnutí v životě dítěte (Občanské sdružení Rozum a Cit, 2010, str. 9). Pomoc rodině a dítěti by měla vycházet z principů PK.

Práci s dítětem, které je ohroženo, a s jeho rodinou, je potřeba provádět koordinovaně. PK je jedním z efektivních nástrojů pro tuto práci, výstupem je individuální plán péče. Mezi principy patří zájem dítěte a individuální přístup, kdy je pomoc a podpora přizpůsobena konkrétním potřebám dítěte. Ohled je kladen na aktuálnost životní situace, ve které se klient nachází, a na jeho možnosti. V případě plánování pomoci by se měli sociální pracovníci vyhybat subjektivním soudům, nepotvrzeným či zastaralým informacím. Sociální pracovníci by se měli snažit získat co možná nejobjektivnější informace z různých ověřitelných zdrojů. Citlivé a osobní informace jsou sdíleny pouze v rámci řešení situace, účastníci stvrzují svým podpisem mlčenlivost, kterou je zachována důvěryhodnost, diskrétnost a bezpečí klienta. Ke koordinaci poskytované pomoci je důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu k naplnění stanoveného cíle. Díky jednotnému postupu a cíli je zaručena efektivnost řešené situace (MPSV, 2011, str. 9).

### 2.3.2 Typy případových konferencí

Hlavním společným znakem všech typů PK je společné setkání všech, kteří se mohou na řešení nepříznivé situace dítěte či rodiny podílet a vytvářejí tak podpůrnou síť pro dítě a rodinu. Nedílnou součástí je stanovený cíl PK, na kterém se při setkání podílí všichni zúčastnění, dochází zde k výměně informací, zhodnocení dané situace, nalézání vhodného řešení pro plánování a společný postup vedoucí k naplnění potřeb dítěte (Občanské sdružení Rozum a Cit, 2010, str. 6). V praxi jsou svolávány různé typy PK, struktura se však u jednotlivých PK nemění, zůstává stejná. Liší se podle situace dítěte či rodiny a cíle. Obsahová stránka je ovlivněna potřebou řešení konkrétní situace dítěte a rodiny. Rozeznávání typu má význam v lepším rozhodování ohledně rychlosti svolávání, výběru účastníků a naplánování PK (Bechyňová, 2012. Str. 33). Mezi nový nástroj řešení nepříznivé situace dítěte by se měla řadit rodinná konference, jak bylo zmíněno již dříve. Výstupem PK je individuální plán ochrany dítěte (dále IPOD).

**Klasická PK** je v praxi nejvíce využívána, dělí se na úvodní, průběžnou a závěrečnou část. V úvodní fázi se jedná o první společné setkání dítěte, rodiny a odborníků, kteří s rodinou spolupracují či spolupracovat budou. Prostřednictvím komplexního vyhodnocení situace dítěte a rodiny zde vzniká první verze cíle a stanovení prostředků k jeho dosažení, délka trvání je nejméně 2,5 hodiny. Průběžná PK je každé následující setkání rodiny

se spolupracujícími odborníky. Je zde sledována situace a vyhodnocovány jednotlivé kroky plánu. Díky multidisciplinární spolupráci získávají účastníci více informací o dítěti a může dojít ke změně cíle, délka trvání je 2 hodiny. V závěrečné PK se jedná o poslední společné setkání účastníků, na kterém dochází ke zhodnocení situace dítěte a rodiny, naplánování dalšího plánu péče, délka trvání je stejná jako u průběžné PK (Bechyňová, 2012, str. 34 – 36). Cílem vstupní PK by mělo být propojení rodiny, poskytovatelů služeb a oddělení sociálně-právní ochrany dětí (dále OSPOD). Dochází ke stanovení pravidel o předávání informací, zachování práva rodiny na soukromí a udržení mlčenlivosti. Dále postup, obsahující definování rolí jednotlivých účastníků PK, plán poskytování služeb a jejich vyhodnocení. Vstupní PK se účastní zejména dítě, zástupce nebo opatrovník dítěte, OSPOD, v některých případech orgány v trestním řízení, nebývá to však pravidlem, zástupci sociálních služeb a další (Pemová, Ptáček, 2012, str. 109).

**Urgentní PK** bývá nejčastěji svolávána pracovníky OSPOD v situaci, pokud jsou ohroženy potřeby dítěte, ale není nutné okamžité odebrání dítěte z rodiny, dále pokud dítě není aktuálně ohroženo, ale existuje v blízké budoucnosti reálné riziko, že by mohlo dojít k zanedbání potřeb dítěte, které by bylo ohroženo, a v neposlední řadě pokud je dítě na hranici střední a vysoké míry rizika, jeho situace si žádá okamžitou pomoc. Urgentní PK je zaměřena na podporu rodičů, vyhodnocení zátěžové situace a stanovení plánu péče. Délka je obvykle v rozmezí 4 – 6 týdnů (Bechyňová, 2012, str. 36 – 37).

**Motivační PK** přispívá k přehledu postupů či způsobů komunikace s rodinou v nepříznivé situaci, ke zjištění, které z prostředků fungovaly či nefungovaly. Výstupy motivační PK lze využít jako zdroje pro práci s rodinou a dětmi k potřebným kvalitním změnám (Bechyňová, 2012, str. 38). „*Motivační PK pomáhá popsat situace, kdy rodina spolupracovala a dosáhla konkrétní změny, např. se jí podařilo naplnit cíl, zprostředkovat potřebu změny; zaznamenává, kdo a jakým způsobem rodinu podporoval, když se jí dařilo spolupracovat, zda v rodině fungovala další sociální opora.*“ (Bechyňová, 2012, str. 38).

**Metodická PK** je nejčastěji svolávána nadřízeným metodickým orgánem, kterým je magistrát, krajský úřad či OSPOD. Spolupráce s metodikem nadřízeného orgánu je zaměřena na řešení obtížného či komplikovaného případu dítěte. Rodiče na PK zpravidla nejsou zváni. Na metodickou PK navazuje klasická PK, a to nejčastěji po 3 – 4 týdnech (Bechyňová, 2012, str. 40).

**Expertní PK** se svými hlavními znaky podobá metodické PK. Svolává se při zvlášť komplikovaných případech, kdy odborníci potřebují nezávislou radu, konzultaci či doporučení od dalších odborníků, kteří jsou zcela nezávislí, např. soudní znalci, renomovaní odborníci zabývající se danou problematikou v regionu. Rodiče se PK neúčastní. Na expertní PK navazuje po 3 – 4 týdnech klasická PK (Bechyňová, 2012, str. 42).

## **2.4 Individuální plán ochrany dítěte**

Jak jsem se již zmínila dříve, výstupem každé případové konference je individuální plán ochrany dítěte, bez ohledu na typ použité PK. OSPOD je povinen od 1. 1. 2013 na základě vyhodnocení situace dítěte zhotovit IPOD. Tato metoda sociální práce je zakotvena ve vyhlášce číslo 473/2012 Sb. v platném znění, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí. V tomto zákoně v §1 nalézáme informace o vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny, v §2 je stanoven obsah IPOD (Středočeský kraj, 2015). Jedná se proces, ne pouze o jednorázový úkon. Zákon uděluje pracovníkům OSPOD povinnost vypracovat IPOD do jednoho měsíce od počátku poskytování sociálně - právní ochrany. To neznamena, že musí být plán vypracován kompletně, ale měl by vycházet z konkrétního případu, jeho vývoje a fáze vyhodnocení. Plán se může v průběhu spolupráce s klientem upravit, doplnit či změnit podle aktuálních potřeb klienta (MPSV, 2014, str. 83).

Pokud chceme dosáhnout žádoucí změny, je kladen důraz na vyhodnocení situace dítěte. Právě dítě je nejdůležitější člen, který má právo hovořit o situaci, ve které se nachází, a jak vnímá rodinné prostředí. Získané informace slouží k vytvoření IPOD a následné realizaci jednotlivých cílů, které byly stanoveny podle potřeby dítěte, a udává, jakým směrem se má sociální pomoc ubírat. Již v 19. století lze najít zmínky o hodnocení dítěte (Matoušek, Pazlarová, 2014, str. 130).

Účelem IPOD je za pomoci klienta stanovení dlouhodobé záměrné činnosti k naplnění určitého cíle, který pomůže řešit dopady nevhodné nebo nedostatečné péče. Dále by měl být rodině poskytnut konkrétní návod, podle kterého by měli dosáhnout změny, a návrh metod pro hodnocení postupu v rodině. Do tvorby IPOD by měli být zapojeni rodiče dítěte, širší rodina a nikdy by nemělo být opomenuto dítě. Tímto jsou prohlubovány vztahy nejen v rodině samotné, ale také pracovníků OSPOD a sociálních služeb s rodinou. Při realizaci IPOD musí být zajištěno bezpečí dítěte, minimalizace či odstranění negativních důsledků traumatizace a rozvoj potřeb dítěte (Pemová, Ptáček, 2012, str. 103-105).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce je uvedena metodika a hodnocení výsledků z dotazníkového šetření.

### 3 Cíl práce a výzkumné otázky

Pro tuto práci byly stanoveny následující cíle:

- ❖ Zpracování teoretického základu pro získání informací o dané problematice a sestavení dotazníkového šetření.
- ❖ Zjistit, jak je sociálními pracovníky využíván case management v práci s rodinou.

Pro dosažení cíle byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- ❖ Jaké problémy s rodinou nejčastěji sociální pracovník řeší pomocí CM?
- ❖ Jak často sociální pracovníci využívají případovou konferenci?
- ❖ Jak sociální pracovníci hodnotí efektivitu case managementu při práci s problémovou rodinou?
- ❖ Jaké organizace sociální pracovníci nejčastěji oslovují ke spolupráci v případové konferenci?

## 4 Kvantitativní výzkum

„Kvantitativní výzkum je představován empirickými analýzami jevů a procesů andragogické reality, v nichž se používají exaktní metody a nástroje pro měření a vyhodnocování zkoumaných objektů“ (Průcha, 2014, str. 105) Pojem „kvantitativní“ se začal používat nejprve v zahraničí a poté i v České republice. Podstatou je práce převážně s kvantitativními, neboli číselnými daty. Tento výzkum má přesně vymezený předmět zkoumání, kdy jsou na začátku stanoveny hypotézy, které mají být ověřeny nebo zamítnuty. Snahou je objektivita založená na faktech a vyvarování se subjektivním spekulacím. Při výběru kvantitativního přístupu je důležité předem definovat výzkumný vzorek osob, kterým budou následně rozdány dotazníky pro sběr potřebných dat. Data se vyhodnocují pomocí grafů či tabulek (Průcha, 2014, str. 105-106).

Pro tuto práci byl vybrán empirický výzkum, využívající explorační metodu, kterou byl dotazník. Ten je často používanou technikou, využívanou v pedagogických, sociologických vědách a všude tam, kde se věda zabývá člověkem. Mezi výhody dotazníku patří jeho snadné vyhodnocení. Touto formou lze současně získat velké množství respondentů. K přednostem jsou řazeny získané názory, postoje respondentů, které není možné získat jinou cestou. Nevýhodou může být subjektivní výpověď respondentů. Přesně stanovené odpovědi omezují prostor pro odpovědi respondenta, který by např. za normálních okolností žádnou z odpovědí nezvolil, spíše by volil volnou formulaci odpovědi. Problém může nastat, pokud respondent prohlédne záměr zadavatele (Pelikán, 2011, str. 97-106).

Do dotazníku byly zařazeny kontaktní položky (otázky č. 1, 2, 3). Ty slouží k navázání kontaktu dotazovatele s respondentem, jsou lehké a uvádí dotazovaného do problematiky. Kontrolní položky prověřují věrohodnost vyplňovaných údajů, kdy se na jednu skutečnost dotazuje více otázek (otázky č. 9, 12). Filtrační položky mají eliminovat respondenty, kteří nejsou pro vyplnění dotazníku věrohodní (otázka č. 4). U otevřených otázek (položek) mají respondenti prostor pro vyjádření své myšlenky. Zde je určen pouze předmět, k němuž se mají vyjádřit (otázky č. 2, 3, 4, 5). Nevýhodou může být přílišná volnost odpovědi, ta se následně může vyhodnocovat komplikovaně. Uzavřené otázky (položky) nabízí respondentovi odpověď pouze z nabízených možností (otázky č. 6, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19). Pro vyhodnocovatele je snazší vyhodnotit otázky. Tyto otázky jsou děleny na dichotomické (dvě vzájemně se vylučující odpovědi), v případě existence dvou odpovědí, které se vzájemně nevylučují, jde o nepravou dichotomii. U polytomických položek je možné větší množství odpovědí než dvě, ty jsou dále děleny na výběrové (otázky č. 10, 11), výčtové a skupinové.

Polouzavřené položky dávají respondentovi možnost vyjádřit svou odpověď v případě, že není v nabídce (otázky č. 7, 11). U stupnicových položek je respondentům předložen počet odpovědí, které řadí podle zvoleného kritéria (otázky č. 14, 15, 16) (Chráska, 2007, str. 164-167).

## 5 Metodika výzkumu

Pro získání dat od respondentů byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, obsahující 19 otázek. Ten byl distribuován sociálním pracovníkům OSPOD v orlickoústeckém regionu. Celkem bylo osobně navštíveno 6 pracovišť s cílem předání dotazníků. Shromáždění dotazníků bylo pomocí pošty. Dotazníkové šetření probíhalo od měsíce února do konce měsíce dubna roku 2015. Dotazník byl zcela anonymní.

Úvod dotazníku obsahoval otázky směřující na informace o respondentech. Mezi tyto otázky patřilo pohlaví respondentů, pracovní pozice, délka praxe a délka využití CM v praxi respondentů. V následujících čtyřech otázkách byli respondenti dotazováni na využívání případové konference. V další části dotazníku, obsahující čtyři otázky, se respondenti vyjadřovali k hodnocení efektivitě CM při práci s problémovou rodinou. Další část byla tvořena třemi otázkami, ty zkoumaly nejčastější problémy, které pracovníci řeší s rodinou, se zaměřením na problémy dítěte. Poslední část dotazníku, obsahující čtyři otázky, byla zaměřena na organizace (instituce), které respondenti nejčastěji oslovují ke spolupráci.

V dotazníku bylo použito více typů otázek. Mezi otevřené otázky patřila čísla 1, 2, 3, 4, 5. Polootevřená otázka byla zařazena pouze jedna, a to číslo 7. Uzavřených otázek se vyskytovalo nejvíce. Mezi ně patřily otázky s čísly 6, 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19. Více odpovědí bylo možné zvolit u otázky 10 a 11 (zde byla možnost vypsání odpovědi v případě, že by navrhované možnosti nebyly vhodné pro respondenty). U třech otázek s čísly 14, 15, 16 měli respondenti na výběr z pěti možností. Ke každé možnosti měli přiřadit jedno číslo od 1 do 5 dle četnosti výskytu odpovědi, kdy číslo 1 byla nejmenší četnost a číslo 5 největší četnost.

Získaná data z dotazníkového šetření byla posléze vyhodnocena a graficky znázorněna. Ke každé otázce byla díky popisné statistice vypočítána absolutní a relativní četnost. Grafické znázornění bylo provedeno v programu Microsoft Excel 2010. Jednotlivé hodnoty relativní četnosti byly získány pomocí vydělení příslušného počtu odpovědí u dané otázky celkovým počtem respondentů s následným převedením na procenta. Získané výsledky byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

### 5.1 Výzkumný vzorek

V rámci dotazníkového šetření bylo rozdáno celkem 39 dotazníků sociálním pracovníkům OSPOD. Do výzkumu mohlo být zařazeno 30 (79,6%) dotazníků. Sedm respondentů dotazník nevyplnilo a dva nemohli být zařazeni do zpracovaných výsledků.



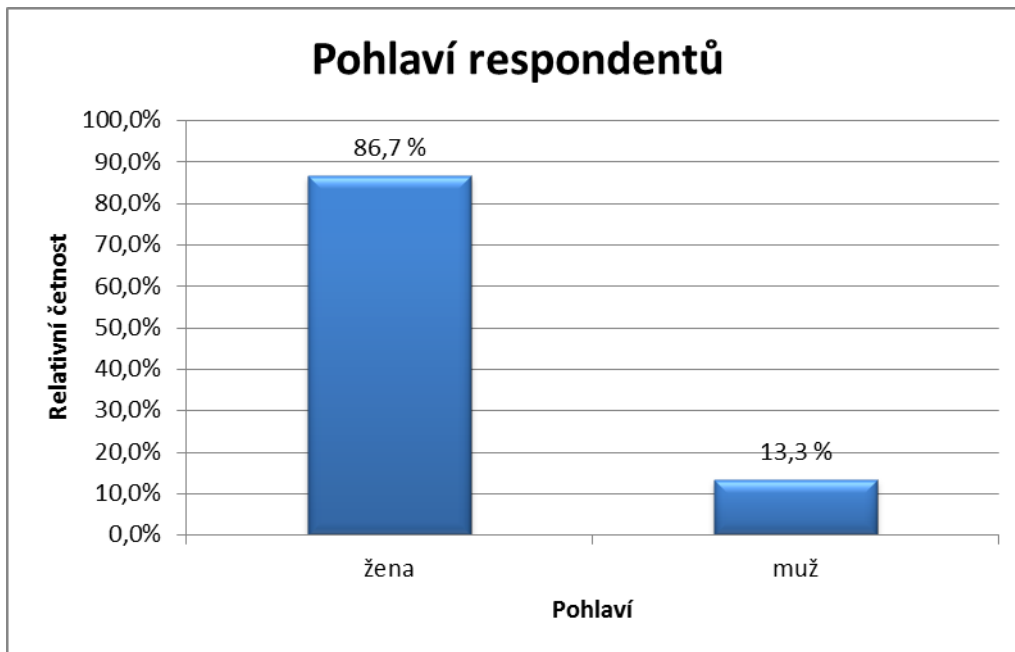
Důvodem byla odpověď, že nevyužívají case management, z mého pohledu však nepochopili tento pojem, protože jeden z respondentů stejného oddělení uvedl, že tuto metodu využívají.

Výzkumný vzorek tvořili sociální pracovníci OSPOD z orlickoústeckého regionu. Důvodem výběru této skupiny byla zákonem stanovená povinnost svolávat případové konference. Tudíž byl předpoklad využívání této metody práce, kdy je právě případová konference jedním z nástrojů této metody. Záměrem bylo zkoumat využití case managementu společně s případovou konferencí.

## 6 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 - Jakého jste pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

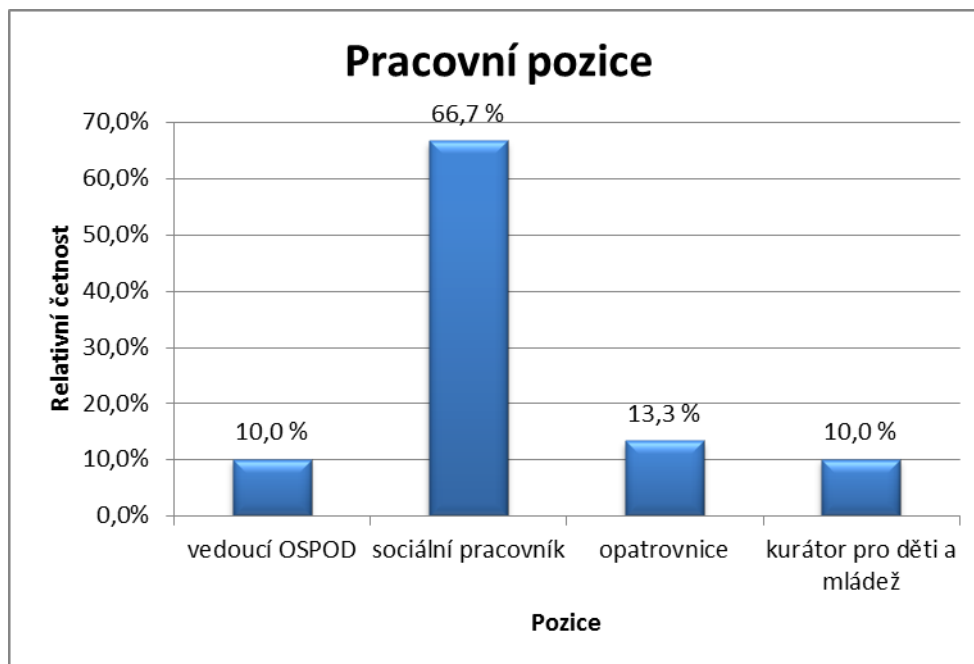


Obrázek 1 Pohlaví respondentů

V první otázce byli respondenti dotazováni, jakého jsou pohlaví. Z celkového počtu dotazovaných jich odpovědělo 86,7 % (n= 26), že jsou ženského pohlaví, a 13,3 % (n= 4) respondentů bylo mužského pohlaví. Z grafu je patrná převaha ženského pohlaví. Při vyhodnocování dotazníků vyplynulo, že muži nejčastěji zaujímají pracovní pozici jako kurátoři pro děti a mládež. Pro problémové děti jsou větší autoritou než ženy, nemusí tomu tak být ale vždy.

## Otázka č. 2 - Jakou pracovní pozici zaujímáte?

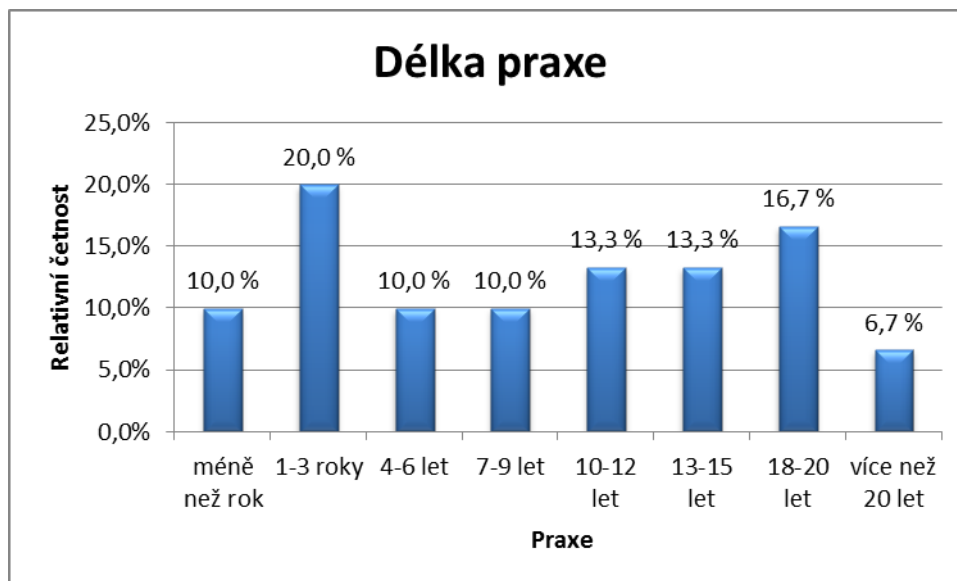
.....



**Obrázek 2 Pracovní pozice**

V této otázce byli respondenti dotazováni, jakou pracovní pozici zaujímají. Odpověď měla být vypsána respondenty. Nejčastěji respondenti odpovídali, že zaujímají pracovní pozici sociálního pracovníka. V tomto případě takto odpovědělo 66,7 % (n= 20) dotazovaných. Druhé místo obsadili opatrovnice, které činí 13,3 % (n= 4) respondentů. Po 10,0 % (n= 3) jsou shodně vedoucí OSPOD a kurátoři pro děti a mládež.

### Otázka č. 3 - Jaká je Vaše délka praxe v sociální oblasti?

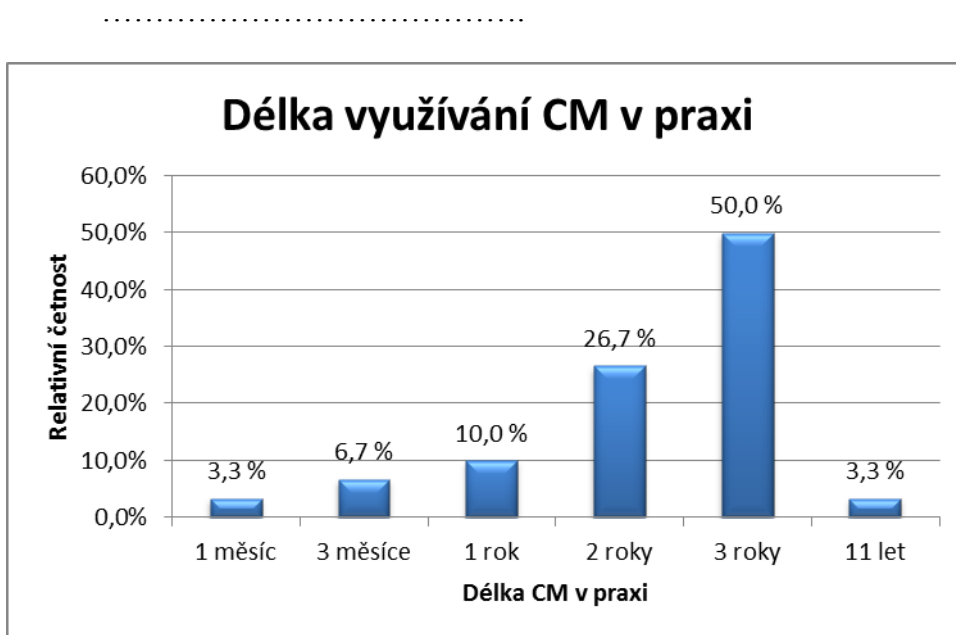


Obrázek 3 Délka praxe

V této otázce byli respondenti dotazováni na délku praxe. Dotazovaní měli svou odpověď vypsát. Pro lepší přehlednost byli respondenti sloučeni do kategorií podle délky jejich praxe tak, jak odpovídali. Z dotazovaných 10 % (n= 3) respondentů odpovědělo, že délka jejich praxe je menší než jeden rok, proto byla tato skupina sloučena dle odpovědí do rozmezí od 0 do 1 roku. Dále byli respondenti od 1 roku do 20 let sloučeni do skupin vždy po 3 letech. Poslední skupinu sociálních pracovníků tvořili respondenti s délkou praxe nad 25 let.

Jak už bylo zmíněno, 10,0 % (n= 3) respondentů odpovědělo, že délka jejich praxe je od 0 do 1 roku. Nejvíce respondentů se umístilo v rozmezí od 1 roku do 3 let. Tato kategorie je v zastoupení 20,0 % (n= 6) respondentů. Shodné jsou kategorie v rozmezí od 4 do 6 let a od 7 do 9 let, kde tak odpovědělo 10,0 % (n= 3) respondentů. Shodně odpověděli respondenti ve dvou kategoriích od 10 do 12 let a od 13 do 15 let, činí tak 13,3 % (n= 4) dotazovaných. Druhou nejpočetnější skupinou se stala kategorie od 18 do 20 let, zastoupena 16,7 % (n= 5) respondentů. Nejmenší četnost 6,7 % (n= 2) odpovědí je ve skupině od 25 let do 30 let.

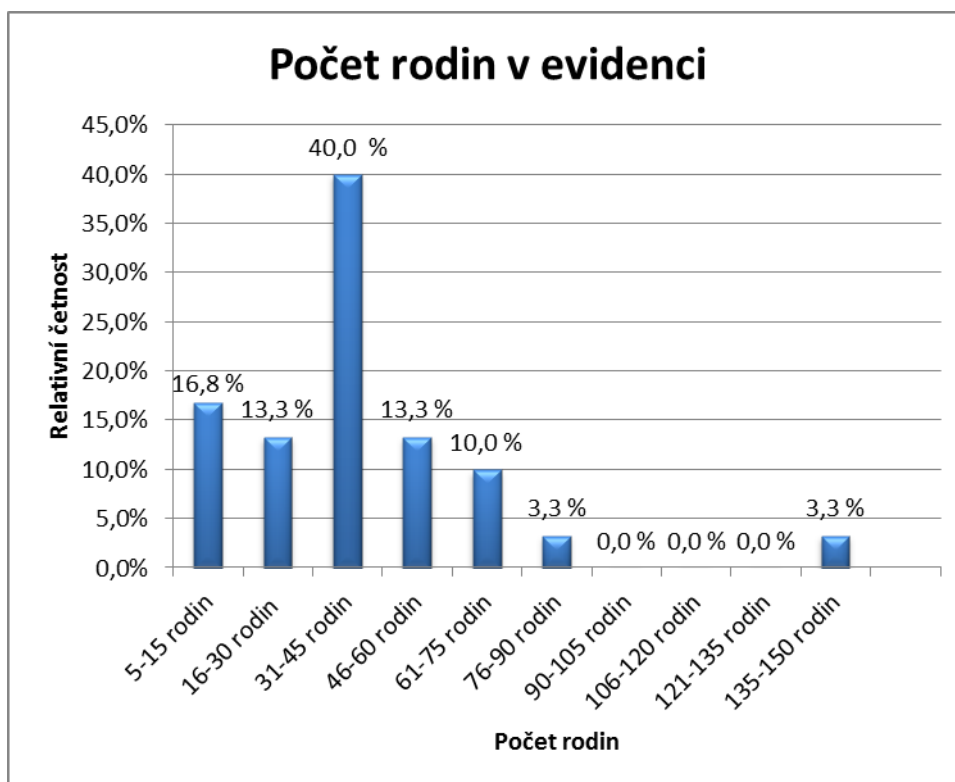
**Otázka č. 4 - Jak dlouho ve své praxi využíváte case management? V případě, že tuto metodu nevyžíváte, dále dotazník nevyplňujte a předejte ho k odeslání.**



**Obrázek 4 Délka využívání CM v praxi**

Tato otázka byla do dotazníku zařazena z důvodu zjištění délky využívání case managementu u sociálních pracovníků, ti měli odpověď vypsát. Pouze jeden z respondentů uvedl ve své odpovědi využívání této metody po dobu 11 let, činí tak 3,3 % (n= 1) respondentů. Jeden respondent ve své praxi využívá CM po dobu 1 měsíce, činí tak 3,3 % (n= 1) dotazovaných respondentů. Dva dotazovaní, 6,7 % (n= 2), odpověděli, že využívají CM 3 měsíce. 10,0 % (n= 3) dotazovaných ve své praxi CM využívají 1 rok. Dva roky ve své praxi využívá CM 26,7 % (n= 8) sociálních pracovníků, činí tak druhou nejpočetnější skupinu. Největší četnost se vyskytla v odpovědi 3 roky, kdy je to 50,0 % (n= 15) respondentů. Pouze dva respondenti odpověděli, že case management ve své práci nevyžívají, proto nebyli zařazeni do výzkumného vzorku. Avšak podle jejich odpovědí vyplývá nepochopení tohoto pojmu.

## Otázka č. 5 - Kolik rodin máte ročně v evidenci?

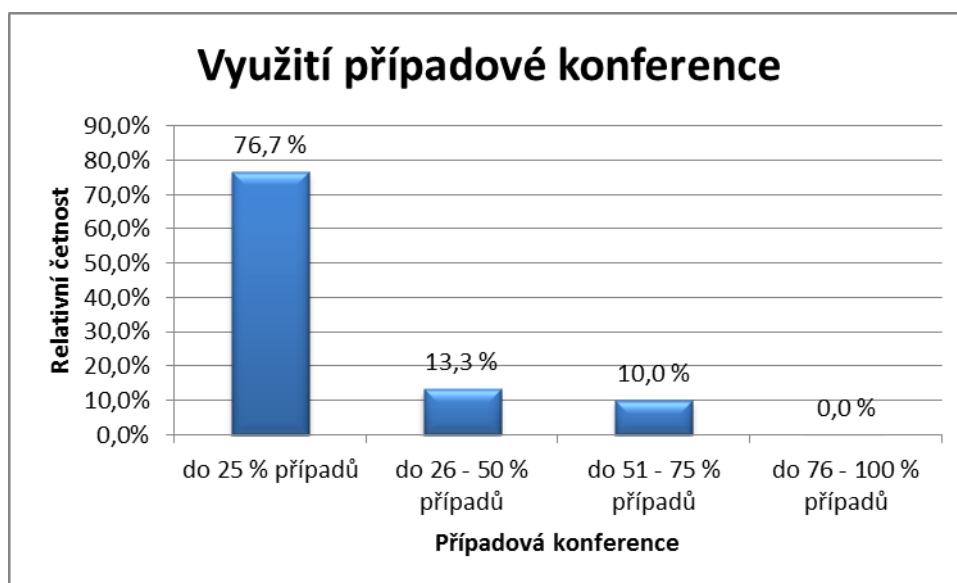


**Obrázek 5 Počet rodin v evidenci**

Cílem této otázky je zjistit, s kolika rodinami sociální pracovníci spolupracují na řešení jejich nepříznivé situace. Pro lepší přehlednost jsem opět zvolila interval vždy po 15, v odpovědi od 5 až do 150 rodin. Největší zastoupení respondentů bylo v intervalu od 31 do 45 rodin, takto odpovědělo 40,0 % (n= 12) z celkového počtu dotazovaných. 16,8 % (n= 5) respondentů má ročně v evidenci 5 až 15 rodin, tím se stávají druhou nejpočetnější skupinou. Intervaly 16-30 rodin a 46-60 rodin jsou zastoupeny ve stejném počtu tvořící 13,3 % (n= 4) respondentů v každé kategorii. Interval 61-75 rodin zvolilo 10,0 % (n= 3) respondentů. Kategorii 76-90 rodin a 135-150 rodin zvolil vždy jeden respondent 3,3 % (n= 1). Žádný z respondentů 0,0 % (n= 0) nevolil kategorie 90-105, 106-120, 121-135 rodin.

**Otázka č. 6 - U kolika procent z celkových řešených případů využíváte případovou konferenci?**

- a) Do 25 % případů
- b) Do 26 – 50 % případů
- c) Do 51 – 75 % případů
- d) Do 76 – 100 % případů

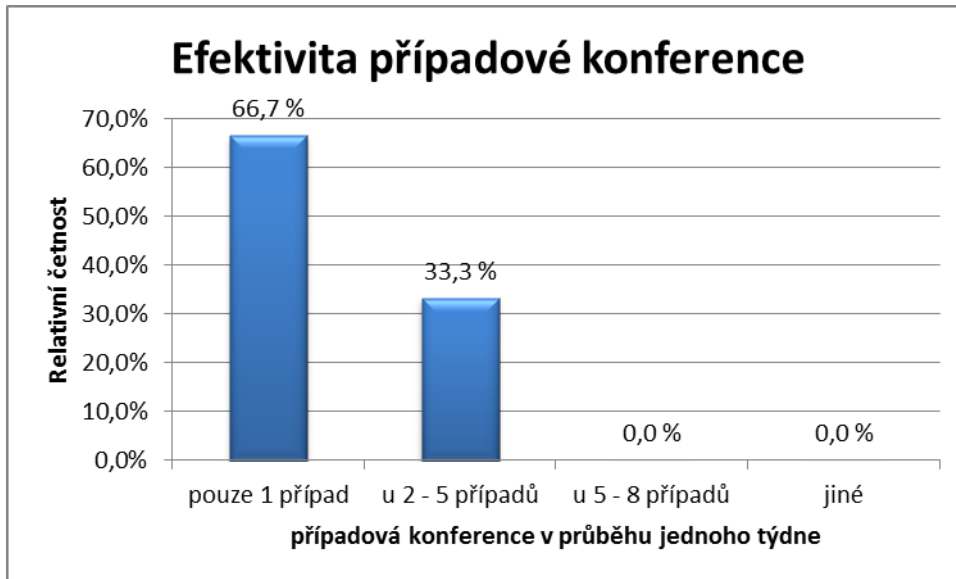


**Obrázek 6** Využití případové konference

Tato otázka měla zjistit, v kolika procentech případů využívají sociální pracovníci případovou konferenci jako vhodnou metodu řešení klientova problému. Respondenti měli zvolit jednu z nabízených možností. Žádný z pracovníků neuvedl odpověď d) do 76 – 100% případů, 0,0 % (n= 0). Nejméně odpovídali, že případovou konferenci využívají v 51 – 75% případů. Tuto možnost zvolilo 10,0 % (n= 3) respondentů. Odpověď 26 – 50% případů zvolilo 13,3 % (n= 4) sociálních pracovníků. Nejčetnější odpovědí se stala varianta a) do 25% případů v zastoupení 76,7 % (n= 23) respondentů z celkového počtu dotazovaných.

**Otázka č. 7 - Kolik případových konferencí jste podle Vašeho názoru schopni vést v průběhu jednoho týdne, aby byla zachována efektivita této metody?**

- a) Pouze 1 případ
- b) U 2 – 5 případů
- c) U 5 – 8 případů
- d) Jiné.....



**Obrázek 7 Efektivita případové konference**

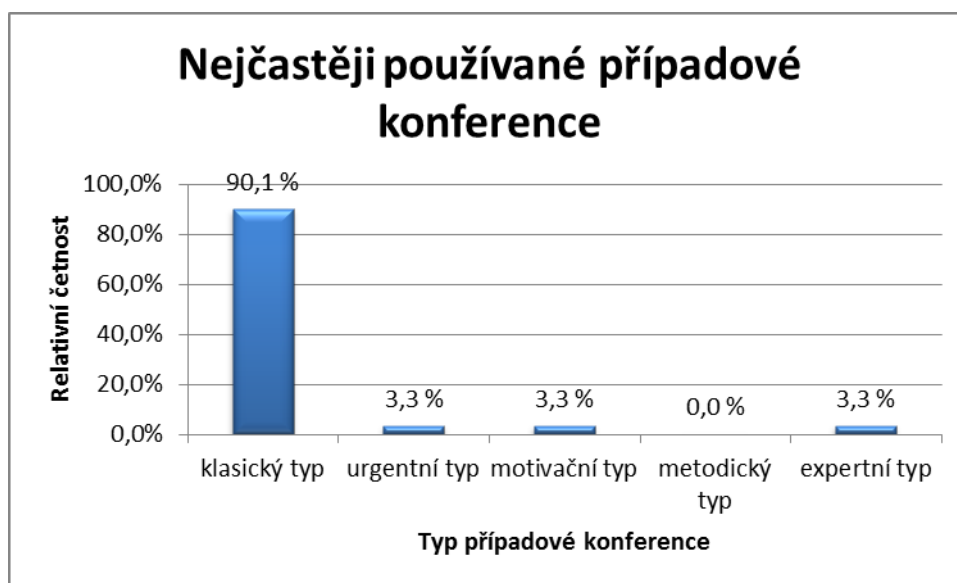
V této otázce byli respondenti dotazováni, kolik případových konferencí jsou schopni vést v průběhu jednoho týdne, tedy ve stejném časovém období, aby byla zachována efektivita této metody. Dotazovaní měli na výběr ze čtyř možností. Mohli zvolit jednu odpověď, která jim vyhovovala, v případě, že by žádná z nabízených odpovědí nebyla pravdivá, ji mohli respondenti vepsat do možnosti d) Jiné.

Většina sociálních pracovníků odpovídala, že jsou schopni vést v průběhu jednoho týdne pouze 1 případ pomocí případové konference, aby byla zachována efektivita této metody. Těchto respondentů bylo 66,7 % (n= 20). Druhou nejčastější odpovědí byla možnost b) u 2 – 5 případů, která obsahovala 33,3 % (n= 10) odpovědí respondentů. Možnost c) u 5 – 8 případů a možnost d) jiné, ne zvolil žádný z respondentů 0,0 % (n= 0)



### Otázka č. 8 - Jaký typ případové konference nejčastěji používáte?

- a) Klasický typ (*první verze cíle a stanovení prostředků k jeho dosažení*)
- b) Urgentní typ (*potřeby dítěte jsou ohroženy*)
- c) Motivační typ (*spolupráce a konkrétní změny, které se podařilo naplnit*)
- d) Metodický typ (*spolupráce s metodikem nadřízeného orgánu*)
- e) Expertní typ (*motivace rodičů a dítěte při návrhu plánu a jeho realizace*)

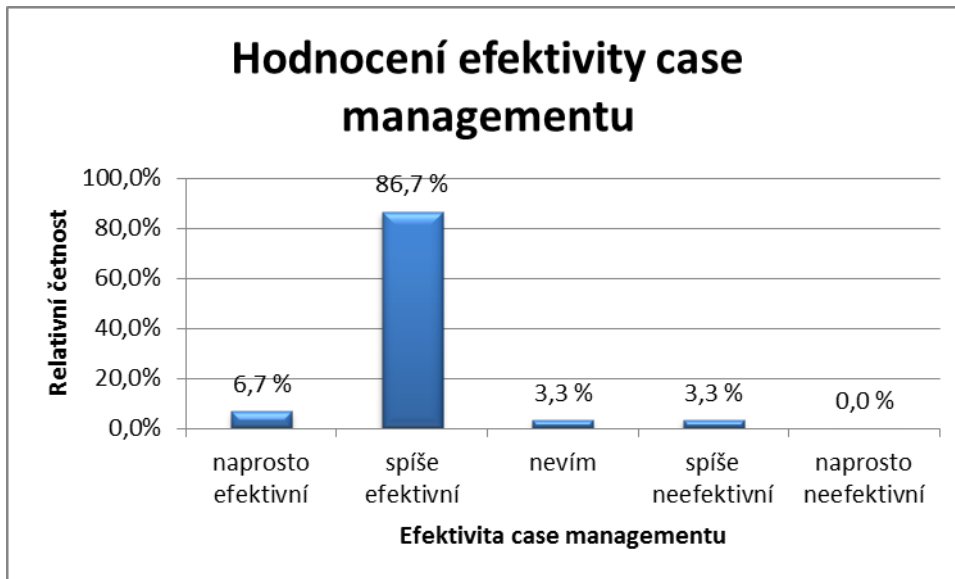


Obrázek 8 Nejčastěji používané případové konference

Tato otázka zkoumá, jaký typ případové konference sociální pracovníci nejčastěji využívají. Respondenti měli vybrat jednu z nabízených možností. Z celkového počtu dotazovaných respondentů zvolilo první variantu 90,1 % (n= 27). Urgentní typ, motivační typ a expertní typ případové konference zvolil vždy pouze jeden respondent v zastoupení 3,3 % (n= 1) u každé z nabízených odpovědí. Metodický typ případové konference nezvolil žádný z respondentů 0,0 % (n= 0).

**Otázka č. 9 - Jak hodnotíte efektivitu case managementu při práci s problémovou rodinou?**

- a) Naprosto efektivní
- b) Spíše efektivní
- c) Nevím
- d) Spíše neefektivní
- e) Naprosto neefektivní

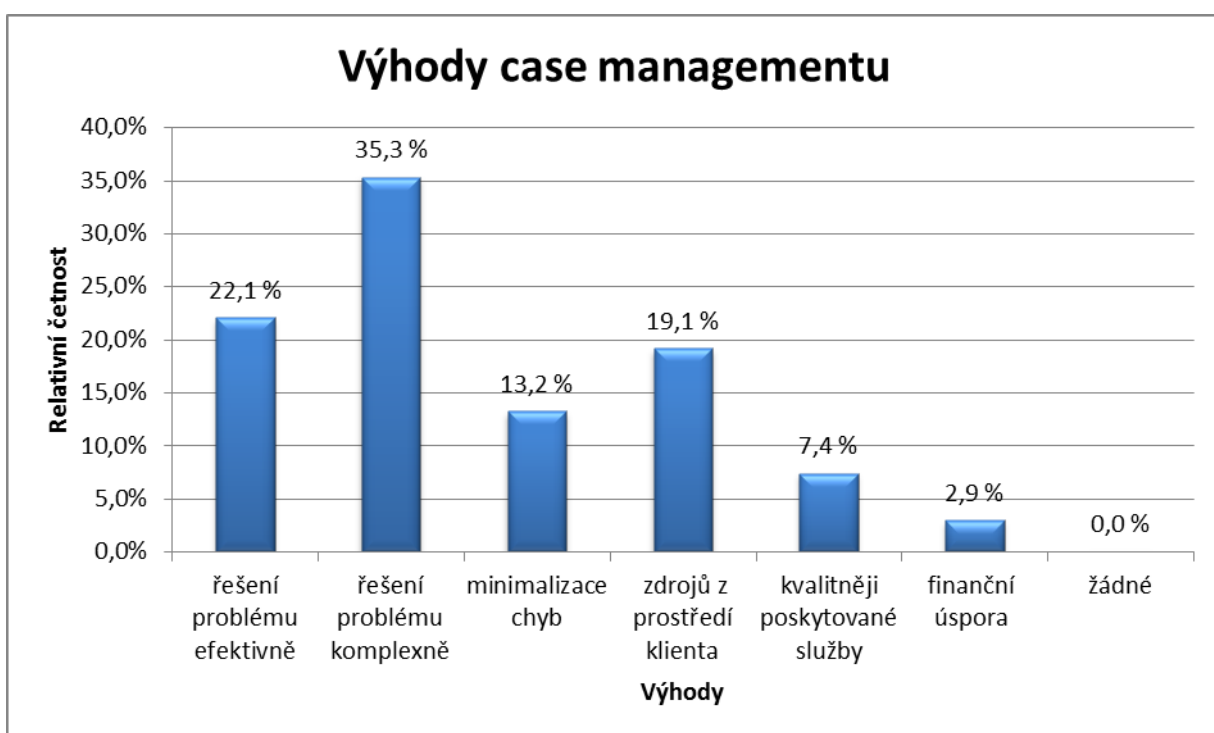


**Obrázek 9** Hodnocení efektivity case managementu

Tato otázka se zaměřovala na efektivitu case managementu. Sociální pracovníci měli uvést, zda je case management efektivní metodou při řešení klientovy situace. Z nabízených možností měli respondenti vybrat jednu odpověď. V 6,7 % (n= 2) případech respondenti uvedli, že je tato metoda naprosto efektivní. Nejčetnější odpovědí se stala varianta druhá. Respondenti v ní hodnotili efektivitu case managementu jako spíše efektivní a to v 86,7 % (n= 26). Odpověď c) nevím a d) spíše efektivní zvolila vždy 3,3 % (n= 1) respondentů. Variantu naprosto neefektivní nezvolil žádný z dotazovaných respondentů 0 % (n= 0).

**Otázka č. 10 - Vyberte a zakroužkujte, v čem vidíte výhody case managementu? Můžete zvolit více odpovědí.**

- a) Řešení problému efektivně
- b) Řešení problému komplexně
- c) Minimalizace chybných rozhodnutí
- d) Využívání zdrojů z přirozeného prostředí klienta
- e) Kvalitněji poskytované služby
- f) Finanční úspora
- g) Žádné



**Obrázek 10** Výhody case managementu

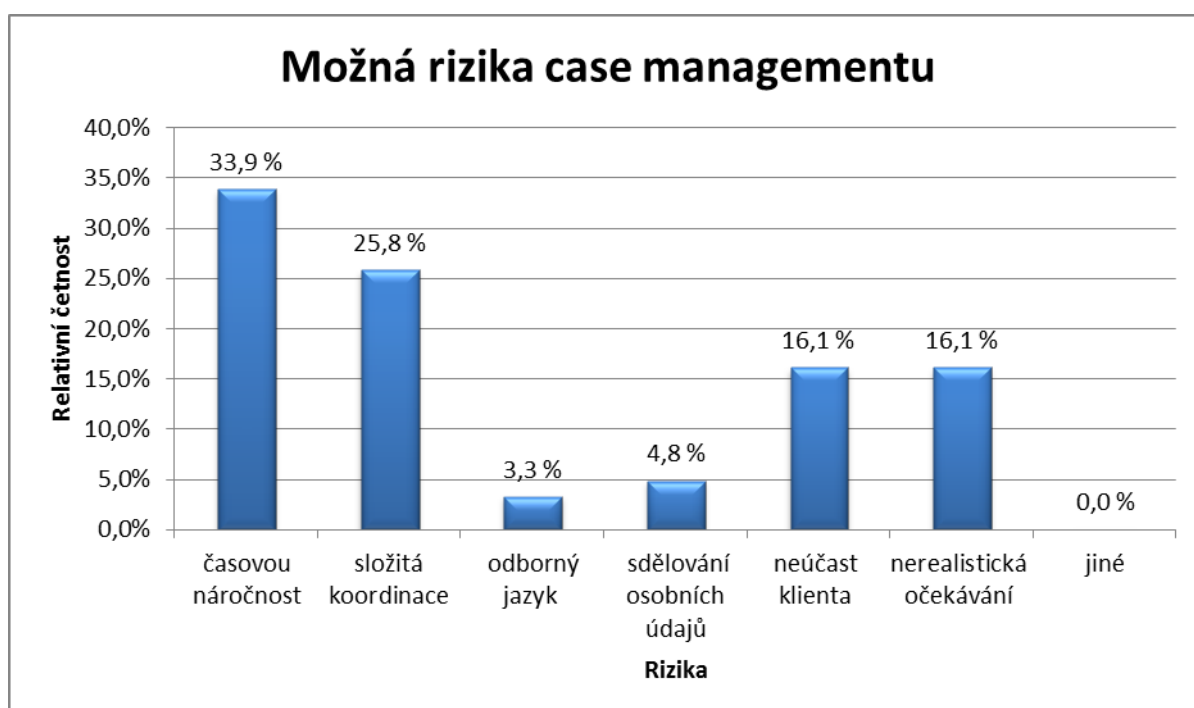
Tato otázka zkoumá, jaké výhody v používání case managementu vidí sociální pracovníci, každý mohl zvolit více odpovědí. Někteří respondenti uváděli pouze jednu z možností, někteří i více, nejčastěji volili 2 varianty z nabízených odpovědí.

První variantu z nabízených možností zvolilo 22,1 % (n= 15) respondentů. Největší zastoupení odpovědí měla varianta druhá, kdy ji zvolilo 35,3 % (n= 24) respondentů. Pro odpověď minimalizace chybných rozhodnutí se rozhodlo 13,2 % (n= 9) dotazovaných. Čtvrtou možnost zvolilo 19,1 % (n= 13) respondentů, čímž se tato odpověď stala druhou nejčetnější. Odpověď kvalitněji poskytované služby zvolilo 7,4 % (n= 5) respondentů.

Předposlední variantu z nabízených odpovědí zvolila pouze 2,9 % (n= 2) respondentů.  
Poslední z odpovědí nezvolil nikdo z respondentů 0,0 % (n= 0).

**Otázka č. 11 - V čem vidíte možná rizika při používání case managementu? Můžete vybrat více odpovědí.**

- a) Časovou náročnost
- b) Složitou koordinaci práce ve skupině
- c) Používání příliš odborného jazyka účastníků
- d) Ohrožující sdělování citlivých a osobních údajů
- e) Neúčast klienta na případové konferenci
- f) Přílišná a nerealistická očekávání jednotlivých účastníků
- g) Jiné.....



**Obrázek 11 Možná rizika case managementu**

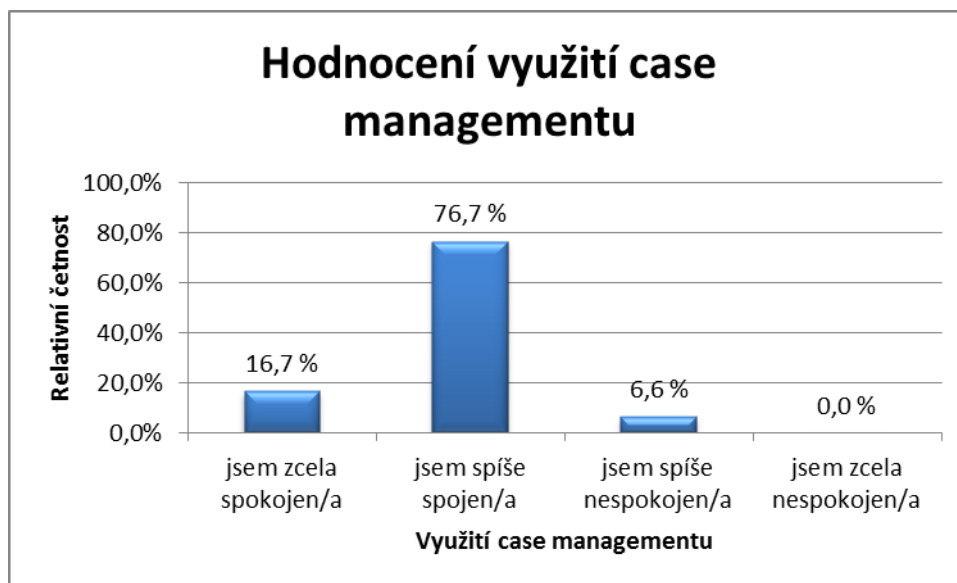
V této otázce mohli respondenti volit více odpovědí, jako tomu bylo i v předešlé otázce. Zde byli respondenti dotazováni, v čem vidí možná rizika při používání case managementu. Jinými slovy řečeno možné nevýhody při používání této metody. Jak je z grafu patrné, v této otázce respondenti využívali možnosti více odpovědí a v žádném dotazníku nebyla zvolena pouze jedna z nabízených možností. Respondenti měli možnost vlastní odpovědi, kterou nikdo nevyužil.

Jako největší riziko v používání této metody, sociální pracovníci nejčastěji vidí časovou náročnost, kdy odpověď zvolilo 33,9 % (n= 21) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí se stala složitá koordinace práce ve skupině, možnost zvolilo 25,8 % (n= 16)

dotazovaných. Třetí variantu volila 3,3 % (n= 2) dotazovaných. Variantu d) ohrožující sdělování citlivých a osobních údajů, zvolila 4,8 % (n= 3) respondentů. Odpověď e), f), zvolil stejný počet respondentů, který činil 16,1 % (n= 10) u každé z možností. Poslední variantu žádný z dotazovaných neuvedl 0,0 % (n= 0).

### Otázka č. 12 - Jak hodnotíte využití case managementu ze svého pohledu?

- a) Jsem zcela spokojen/a
- b) Jsem spíše spokojen/a
- c) Jsem spíše nespokojen/a
- d) Jsem zcela nespokojen/a

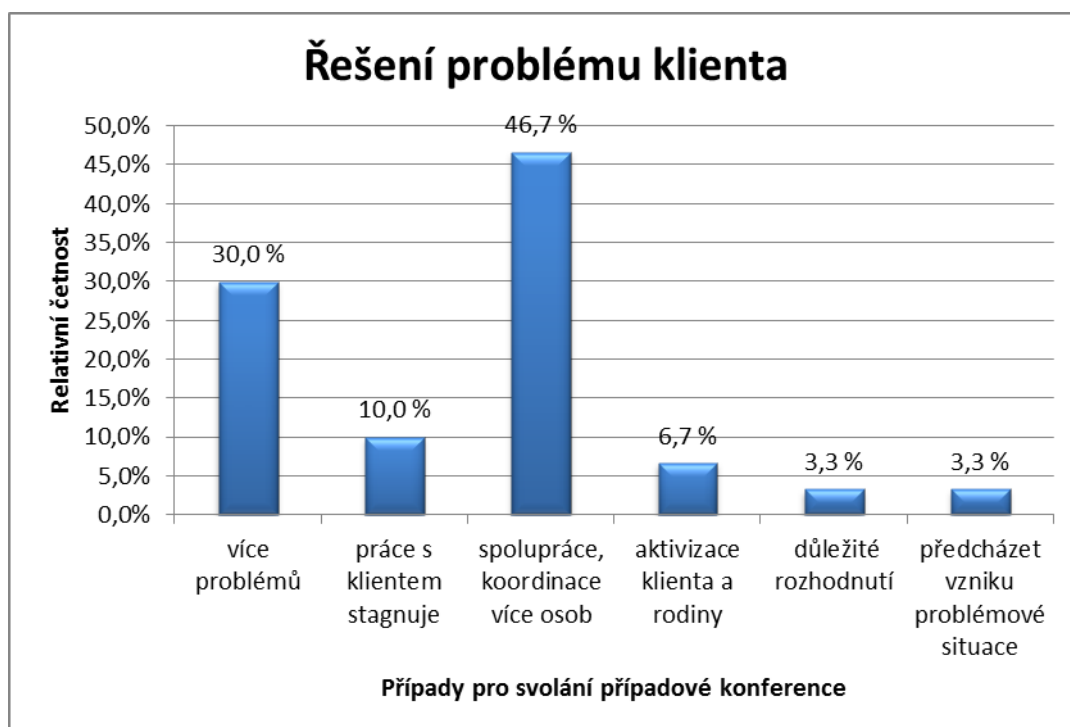


Obrázek 12 Hodnocení využití case managementu

V této otázce měli sociální pracovníci vybrat jednu z navrhovaných možností. Jednalo se o to, jak hodnotí ze svého pohledu využití case managementu. Z celkového počtu dotazovaných 16,7 % (n= 5) z nich odpovědělo, že jsou s touto metodou zcela spokojeni. Většina respondentů volila odpověď b) jsem spíše spokojen/a, bylo to v 76,7 % (n= 23). Třetí variantu zvolilo 6,6 % (n= 2) respondentů. Žádný z dotazovaných 0,0 % (n= 0) nevedl poslední možnost, kterou byla odpověď d) jsem zcela nespokojen/a.

**Otázka č. 13 - V jakých případech nejčastěji svoláváte případovou konferenci a řešíte problém klienta za pomoci case managementu?**

- a) Pokud se v případě klienta a jeho rodiny vyskytuje více problémů
- b) Pokud práce s klientem nebo jeho situace stagnuje
- c) V případě potřeby spolupráce, koordinace více osob
- d) Při potřebě aktivizace klienta a jeho rodiny
- e) Při blížícím se důležitým rozhodnutím
- f) Při potřebě preventivně působit a předcházet vzniku problémové situace



**Obrázek 13 Řešení problému klienta**

Tato otázka zkoumá, v jakých případech nejčastěji sociální pracovníci svolávají případovou konferenci. Dotazovaní měli vybrat jednu variantu z nabízených možností. Nejčastější odpovědí respondentů se stala odpověď třetí. Tuto odpověď zvolilo 46,7 % (n= 14) respondentů, kdy svolávají případovou konferenci v případě potřeby spolupráce, koordinace více osob. Druhou nejčastější odpovědí byla varianta první, kterou zvolilo 30,0 % (n= 9) respondentů. Sociální pracovníci svolávají případovou konferenci, pokud se v případě klienta a jeho rodiny vyskytuje více problémů. V případě, že práce s klientem nebo jeho situace stagnuje, zvolilo tuto možnost 10,0 % (n= 3) dotazovaných. Při potřebě aktivizace klienta a rodiny svolává 6,7 % (n= 2) respondentů případovou konferenci. Pouze 3,3 % (n= 1) dotazovaných odpověděla ve dvou posledních možnostech, že svolávají případovou

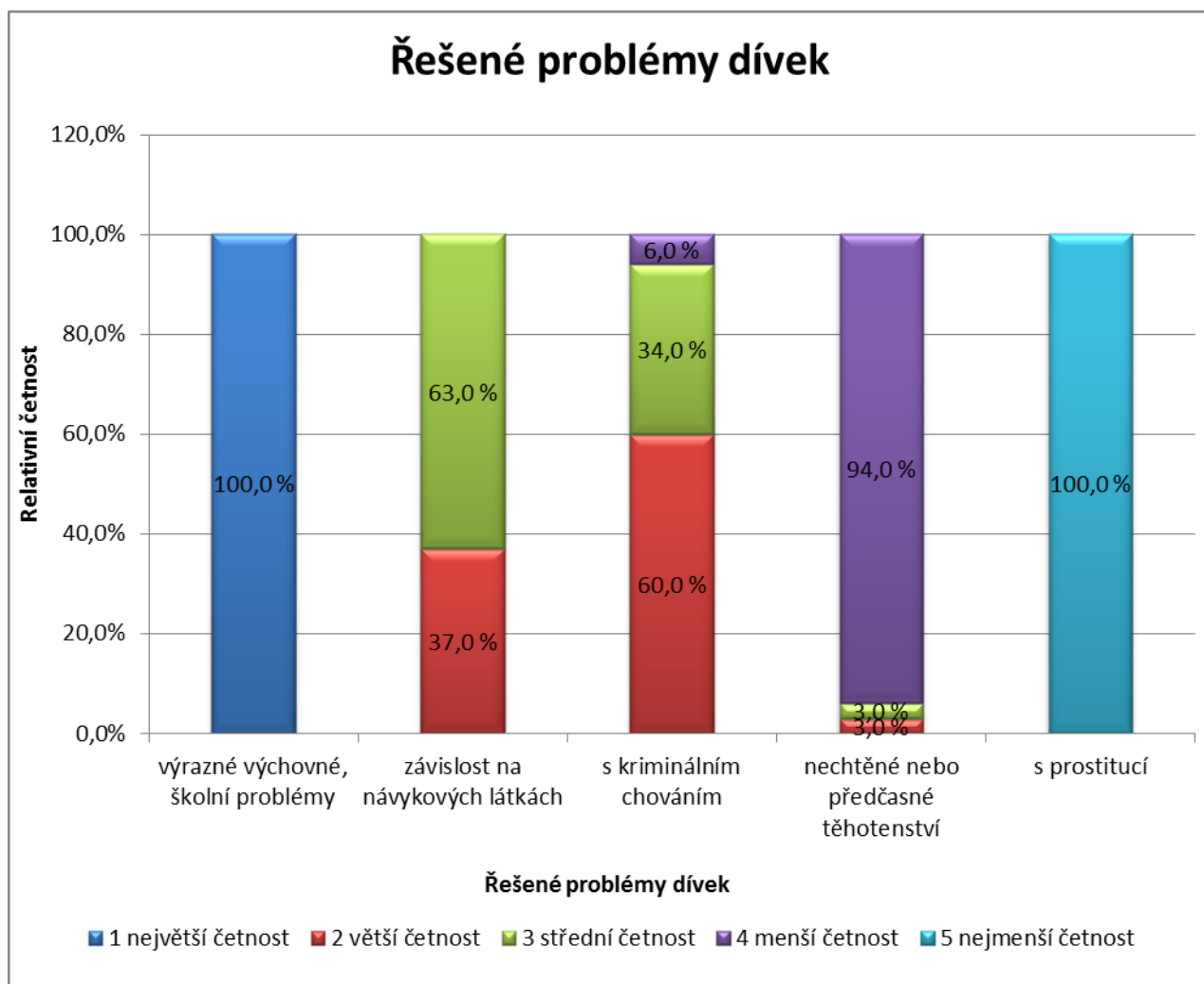


konferenci při blížícím se důležitém rozhodnutí nebo při potřebě preventivně působit a předcházet vzniku problémové situace.

### Otázka č. 14 - Jaké problémy nejčastěji řešíte u dívek pomocí case managementu?

K odpovědím přiřaďte čísla. (1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost)

- a) Výrazné výchovné, školní problémy
- b) Závislost na návykových látkách
- c) S kriminálním chováním
- d) Nechtěné nebo předčasné těhotenství
- e) S prostitucí



Obrázek 14 Nejčastější problémy dívek

Tato otázka měla za úkol zjistit, jaké problémy jsou nejčastěji řešeny u dívek. Respondenti měli na výběr z pěti možností. Ke každé z odpovědí měli přiřadit jedno číslo od 1 do 5 podle četnosti výskytu problémů, s kterými se nejčastěji setkávají při řešení klientovy situace.

Na prvním místě volili sociální pracovníci odpověď první, výrazné výchovné, školní problémy. Tuto možnost zvolilo 100,0 % (n= 30) respondentů. Žádný z nich nezvolil další možnost z nabízených variant 0,0 % (n= 0).

Na druhém místě volili sociální pracovníci odpovědi následovně. Nejčteněji se respondenti setkávají s kriminálním chováním. Tuto odpověď zvolilo 60,0 % (n= 18) dotazovaných. Se závislostí na návykových látkách se setkává 37,0 % (n= 11) respondentů. Pouze 3,0 % (n= 1) u dívek řeší nechtěné nebo předčasné těhotenství. Žádný z respondentů na druhém místě neuvedl odpověď výrazná výchovné, školní problémy a prostituci 0,0 % (n= 0).

Na třetím místě volili sociální pracovníci odpovědi následovně. Nejčastěji se respondenti setkávají se závislostí na návykových látkách a to v 63,0 % (n= 19). Druhou nejčtenější odpovědí bylo kriminální chování, zastoupeno 34,0 % (n= 10) respondentů. Nechtěné nebo předčasné těhotenství řeší pouze 3,0 % (n= 1) respondentů. Odpověď výrazné výchovné, školní problémy a prostituci nezvolil nikdo z dotazovaných 0,0 % (n= 0).

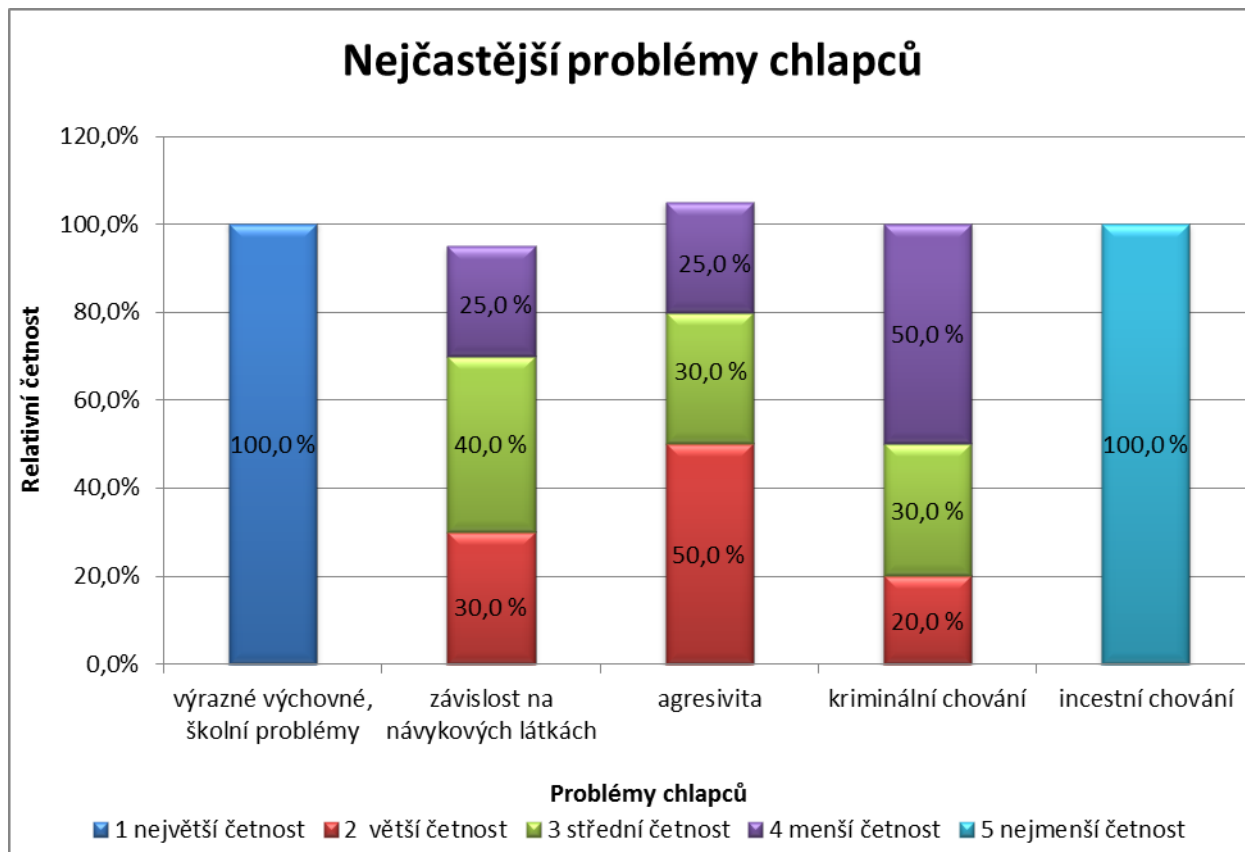
Na čtvrtém místě volili sociální pracovníci odpovědi následovně. Nejčteněji zastoupenou odpovědí bylo nechtěné nebo předčasné těhotenství. Tuto odpověď zvolilo 94,0 % (n= 28) respondentů. Dále v 6,0 % (n= 2) se respondenti setkávají s kriminálním chováním. Další z možností nezvolil žádný z dotazovaných 0,0 % (n= 0).

Na pátém místě volili sociální pracovníci odpovědi takto. Všichni respondenti se shodli, že se nejméně často setkávají s prostitucí a to v 100,0 % (n= 30). Žádný z dotazovaných nezvolil další možnost z nabízených odpovědí 0,0 % (n= 0).

### Otázka č. 15 - Jaké problémy nejčastěji řešíte u chlapců pomocí case managementu?

K odpovědím přiřaďte čísla. (1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost)

- a) Výrazné výchovné, školní problémy
- b) Závislost na návykových látkách
- c) S agresivitou
- d) S kriminálním chováním
- e) S incestním chováním k sourozenci



Obrázek 15 Nejčastější problémy chlapců

Tato otázka je nastavena jako otázka předchozí, zkoumá nejčastější problémy u chlapců. Respondenti měli na výběr z pěti možností. Ke každé z odpovědí měli přiřadit jedno číslo od 1 do 5 podle četnosti výskytu problémů, s kterými se nejčastěji setkávají při řešení klientovy situace.

Na prvním místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Výrazné výchovné, školní problémy zvolilo 100,0 % (n= 30) respondentů. Z dalších možností si žádný z dotazovaných nevybral 0,0 % (n= 0).

Na druhém místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. U chlapců se nejčastěji s agresivitou setkává 50,0 % (n= 15) respondentů. Druhou nejčtenější odpovědí je závislost na návykových látkách, kterou zvolilo 30,0 % (n= 10) respondentů. S kriminálním chováním u chlapců se na druhém místě setkává 20,0 % (n= 5) respondentů. Odpověď výrazné výchovné, školní problémy a incestní chování k sourozenci nezvolil žádný z dotazovaných 0,0 % (n= 0).

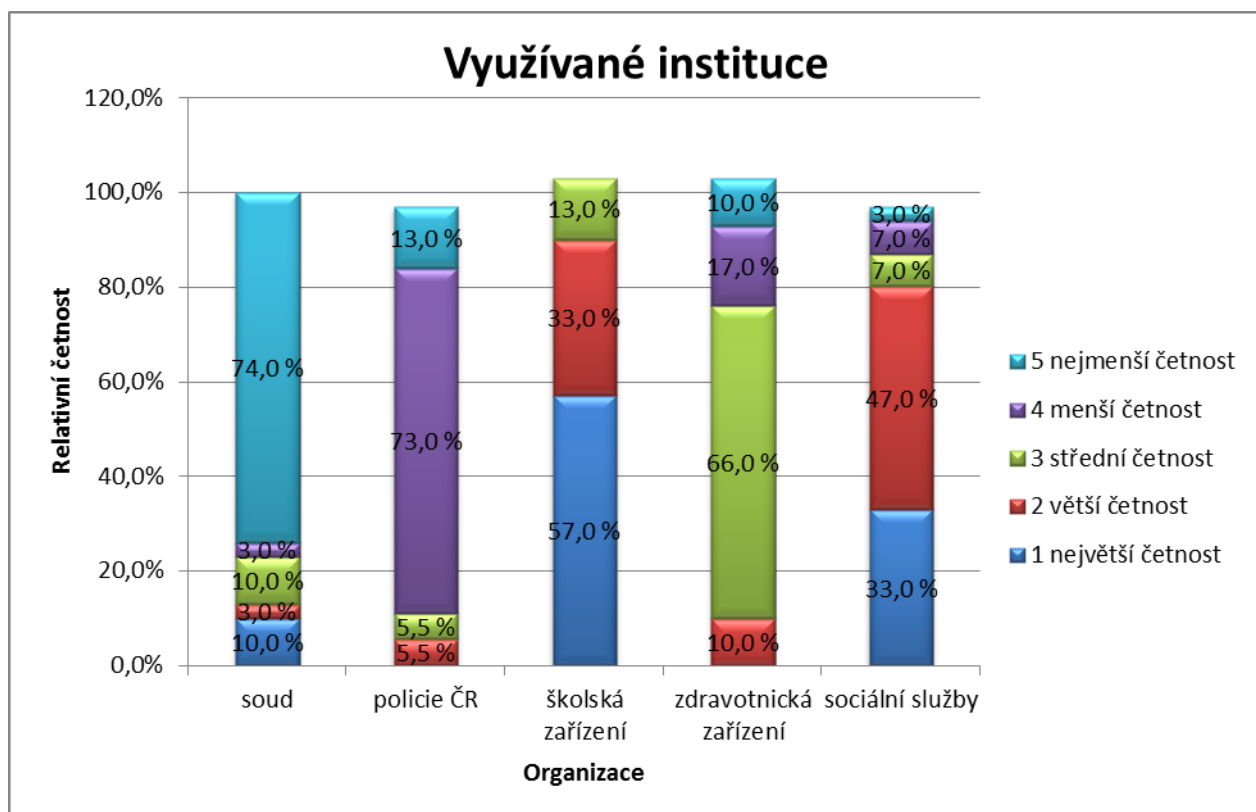
Na třetím místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Se závislostí na návykových látkách se nejčastěji na třetím místě setkává 43,0 % (n= 13) dotazovaných. S kriminálním chováním se setkává 30,0 % (n= 9) respondentů. Možnost c) s agresivitou zvolilo 27,0 % (n= 8) dotazovaných. První a poslední možnost nezvolil žádný z respondentů 0,0 % (n= 0).

Na čtvrtém místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Nejčastěji se sociální pracovníci setkávají s kriminálním chováním a to v 54,0 % (n= 16). Stejně zastoupeny jsou odpovědi závislost na návykových látkách a agresivita. Tuto možnost volilo 23,0 % (n= 7) respondentů u každé z možností. První a poslední možnost nezvolil žádný z respondentů 0,0 % (n= 0).

Na pátém místě volili sociální pracovníci možnosti takto. Všichni respondenti uvedli, že se při své práci nejméně často setkávají s incestním chováním k sourozenci. Tato odpověď činí 100,0 % (n= 30). Další možnosti nezvolil žádný z respondentů 0,0 % (n= 0).

**Otázka č. 16 - S jakými institucemi nejčastěji spolupracujete v rámci case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. (1 – nejmenší četnost, 5 – největší četnost)**

- a) Soud
- b) Policie ČR
- c) Školská zařízení
- d) Zdravotnická zařízení
- e) Sociální služby



**Obrázek 16 Využívané instituce**

Stejně jako u předchozích dvou otázek měli respondenti přiřadit k odpovědím čísla od 1 do 5 dle četnosti oslovení organizací ke spolupráci. Respondenti měli na výběr z pěti možností, ke každé z nich měli přiřadit jedno číslo dle četnosti.

Na prvním místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Nejčastěji respondenti pracují se školskými zařízeními. Tuto možnost zvolilo 57,0 % (n= 16) dotazovaných. Dále byla nejčastěji volena odpověď sociální služby s četností 33,0 % (n= 11). Soud ke spolupráci oslovuje 10,0 % (n= 3) respondentů. Policii a zdravotnická zařízení si žádný z respondentů nevybral 0,0 % (n=0).

Na druhém místě volili sociální pracovníci odpovědi následovně. Nejvíce zastoupenou odpovědí byly sociální služby v 47,0 % (n= 14). Školská zařízení oslovuje ke spolupráci

33,0 % (n= 10) respondentů. Zdravotnická zařízení oslovuje ke spolupráci 10,0 % (n= 3) respondentů. Odpověď Policie ČR zvolilo 7,0 % (n= 2) dotazovaných. Pouze 3,0 % (n= 1) respondentů na druhém místě oslovuje ke spolupráci soud.

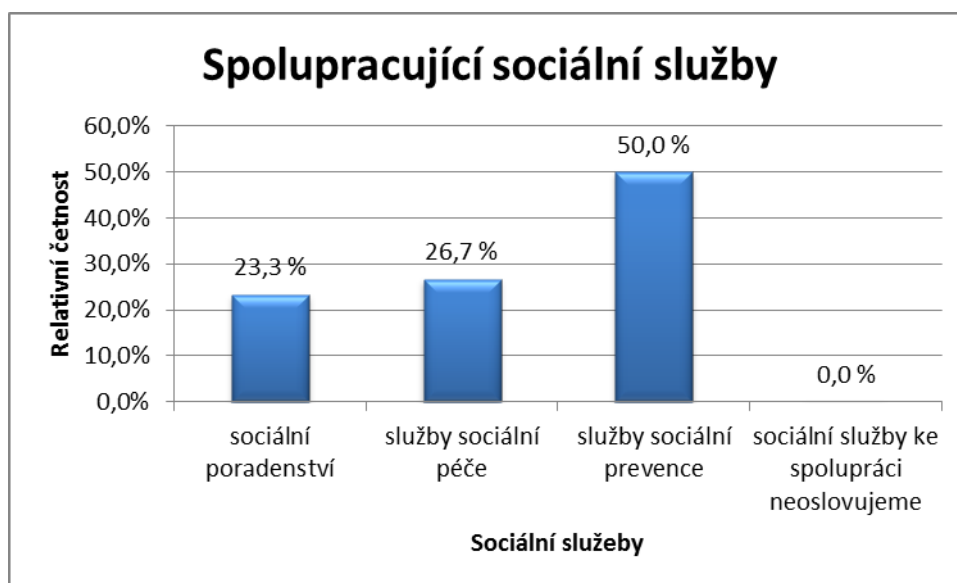
Na třetím místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Nejčastěji ke spolupráci oslovují zdravotnická zařízení, tuto možnost volilo 66,0 % (n= 19) respondentů. Dále byla volena školská zařízení v 13,0 % (n= 4). Se soudem na třetím místě pracuje 10,0 % (n= 3) respondentů. Odpovědi Policie ČR a sociální služby zvolil stejný počet respondentů v zastoupení 7,0 % (n= 2) u každé z nabízených možností.

Na čtvrtém místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Největší četnost se nachází u odpovědi Policie ČR, tuto možnost zvolilo 73,0 % (n= 22) respondentů. Dále 17,0 % (n= 5) dotazovaných zvolilo zdravotnická zařízení. U 7,0 % (n= 2) respondentů byla vybrána možnost sociální služby. Pouze 3,0 % (n= 1) dotazovaných oslovují ke spolupráci soud. Žádný z dotazovaných neuvedl možnost školská zařízení 0,0 % (n= 0).

Na pátém místě volili sociální pracovníci možnosti následovně. Nejvíce sociálních pracovníků uvádělo možnost a) soud, kterou zvolilo 73,0 % (n= 22) z nich. Policii ČR oslovuje 13,0 % (n= 4) respondentů. Odpověď zdravotnická zařízení zvolilo 10,0 % (n= 3) z dotazovaných respondentů. Pouze 3,0 % (n= 1) respondentů uvedlo možnost sociální služby. Žádný z dotazovaných ke spolupráci nezvolil školská zařízení.

**Otázka č. 17 - V případě, že na case managementu spolupracujete se sociálními službami, o jaký typ služeb se jedná?**

- a) Sociální poradenství
- b) Služby sociální péče
- c) Služby sociální prevence
- d) Sociální služby ke spolupráci neoslovujeme



**Obrázek 17 Sociální služby**

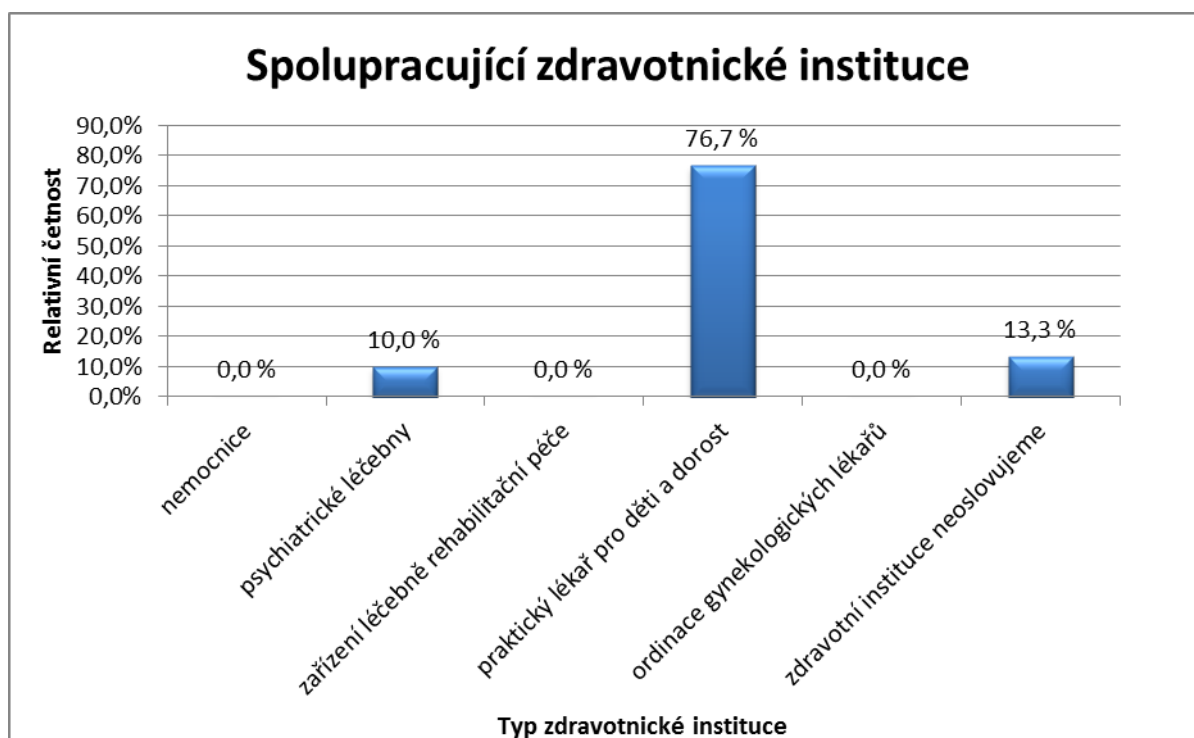
V této otázce měli respondenti zvolit jednu z nabízených možností. Otázka je zaměřena na sociální služby, které respondenti oslovují ke spolupráci na case managementu.

Z celkového počtu dotazovaných respondentů 50,0 % (n= 15) z nich nejčastěji spolupracuje na case managementu se službami sociální prevence. Služby sociální péče ke spolupráci oslovuje 26,7 % (n= 8) respondentů. Odpověď sociální poradenství zvolilo z celkového počtu 23,3 % (n= 7) dotazovaných. Žádný z respondentů nevedl, že sociální služby ke spolupráci neoslovují 0,0 % (n= 0).



**Otázka č. 18 - V případě, že na case managementu spolupracujete se zdravotními institucemi, o jaký typ institucí se jedná?**

- a) Nemocnice
- b) Psychiatrické léčebny
- c) Zařízení léčebně rehabilitační péče
- d) Ordinace praktických lékařů pro děti a dorost
- e) Ordinace gynekologických lékařů
- f) Zdravotní instituce ke spolupráci neoslovujeme



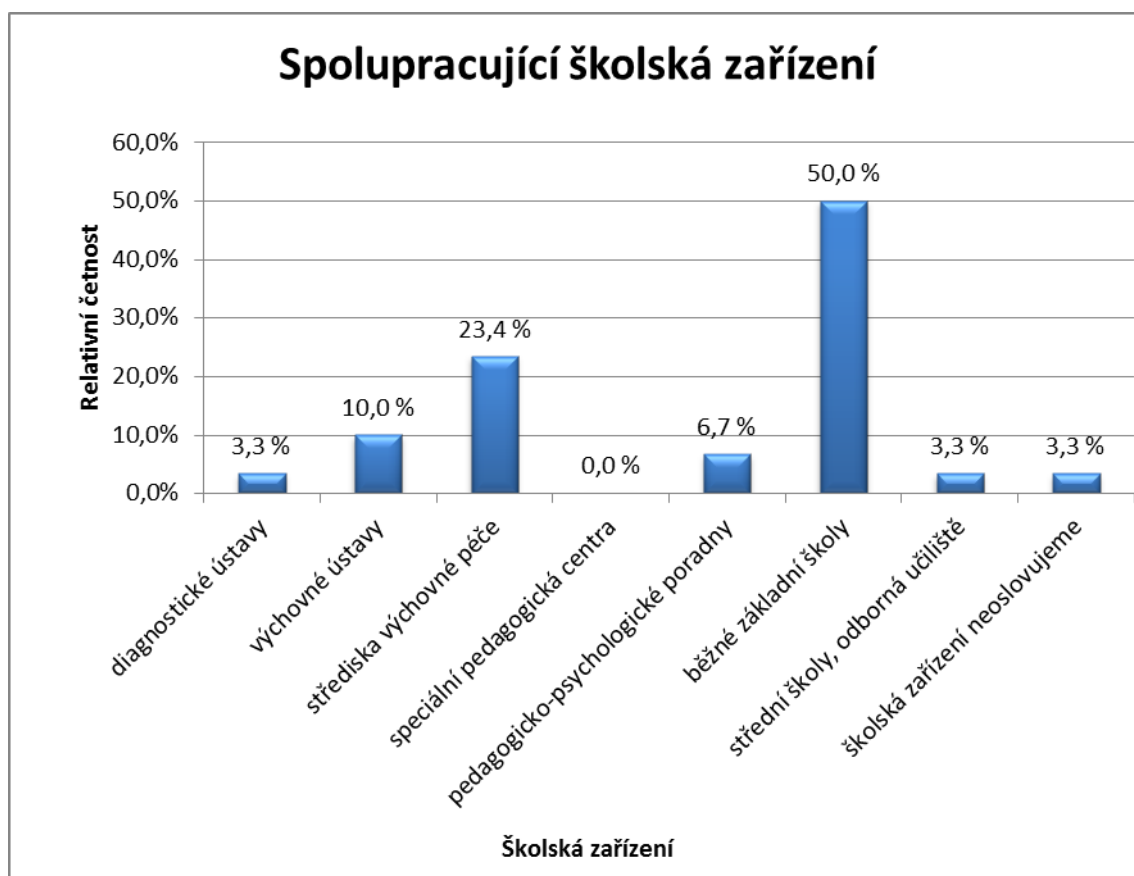
**Obrázek 18 Zdravotnické instituce**

Obdobně jako v předchozí otázce i zde měli respondenti zvolit jednu z možností. Otázka je zaměřena na zdravotní instituce, které respondenti nejčastěji oslovují ke spolupráci na case managementu.

Pokud sociální pracovníci oslovují ke spolupráci zdravotní instituce, nejčastěji se jedná o ordinace praktických lékařů pro děti a dorost, tuto možnost zvolilo 76,7 % (n= 23) respondentů z celkového počtu dotazovaných. Psychiatrické léčebny ke spolupráci oslovuje 10,0 % (n= 3) respondentů. Zdravotní instituce ke spolupráci neoslovuje 13,3 % (n= 4) z dotazovaných. Nikdo z respondentů nevedl, že by oslovoval ke spolupráci nemocnice, zařízení léčebně rehabilitační péče a ordinace gynekologických lékařů 0,0 % (n= 0).

**Otázka č. 19 - V případě, že na case managementu spolupracujete se školskými zařízeními, o jaké zařízení se nejčastěji jedná?**

- a) Diagnostické ústavy
- b) Výchovné ústavy
- c) Střediska výchovné péče
- d) Speciální pedagogická centra
- e) Pedagogicko-psychologické poradny
- f) Běžné základní školy
- g) Běžné střední školy, odborná učiliště
- h) Školská zařízení ke spolupráci neoslovujeme



**Obrázek 19 Školská zařízení**

Tato otázka je zaměřena na školská zařízení. Respondenti měli opět zvolit jednu z nabízených možností, která školská zařízení nejčastěji oslovují ke spolupráci na case managementu.

Nejčastější z odpovědí, kterou sociální pracovníci volili, byly běžné základní školy v 50,0 % (n= 15) dotazovaných respondentů. Střediska výchovné péče ke spolupráci oslovuje

23,4 % (n= 7) respondentů. Výchovné ústavy oslovuje 10,0 % (n= 3) respondentů z celkového počtu dotazovaných. V 6,7 % (n= 2) sociální pracovníci uváděli pedagogicko-psychologické poradny. Diagnostické ústavy a běžné střední školy, odborná učiliště ke spolupráci oslovují 3,3 % (n= 1) respondentů. Nikdo z dotazovaných neoslovuje ke spolupráci speciální pedagogická centra 0,0 % (n= 0). Pouze 3,3 % (n= 1) respondentů ke spolupráci neoslovují školská zařízení.

## 7 Diskuze

Záměr této části práce je diskuze nad shromážděnými výsledky z dotazníkového šetření s výsledky již publikovanými. Pro získání dat posloužilo dotazníkové šetření, zhotovené na základě výzkumných otázek, které jsou uvedeny na začátku výzkumné části. Výzkumné otázky byly vyhodnoceny pomocí získaných dotazníků od respondentů, vyplnilo je celkem 30 respondentů. Získané výsledky nelze uplatnit na celou populaci, platné jsou pouze pro stanovený výzkumný vzorek, se kterým bylo pracováno.

### **Výzkumná otázka č. 1 – Jaké problémy s rodinou nejčastěji sociální pracovníci řeší pomocí CM?**

Pro získání dat na tuto výzkumnou otázku byly stanoveny následující dotazníkové otázky. Otázka č. 13 (V jakých případech **nejčastěji** svoláváte případovou konferenci a řešíte problém klienta za pomoci case managementu?), otázka č. 14 (Jaké problémy nejčastěji řešíte u **dívek** pomocí case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. 1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost), otázka č. 15 (Jaké problémy nejčastěji řešíte u chlapců pomocí case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. 1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost).

Z dat získaných pomocí dotazníku je zjevné, že respondenti nejčastěji svolávají případovou konferenci v případě potřeby spolupráce, koordinace více osob. Zvlášť byla získána data pro dívky a zvlášť pro chlapce, kdy měli respondenti přiřadit jedno z čísel od 1 do 5 ke každé z nabízených možností podle četnosti výskytu jednotlivých problémů.

Po vyhodnocení nejčastějších problémů u dívek nám vyšly možnosti následovně. Všichni respondenti se shodli, že nejčastěji se setkávají s výraznými výchovnými a školními problémy. Na druhém místě nejvíce respondentů uvedlo kriminální chování. Se závislostí na návykových látkách se setkávají respondenti na třetím místě. Méně často je u dívek řešeno nechtěné nebo předčasné těhotenství. Na poslední možnosti, kterou byla prostituce, se shodli všichni respondenti.

Po vyhodnocení nejčastějších problémů u chlapců byly zjištěny tyto informace. Všichni respondenti odpověděli, že se nejčastěji setkávají s výraznými výchovnými a školními problémy. Druhou pozici zaujala agresivita chlapců. Se závislostí na návykových látkách se respondenti setkávají na třetím místě. Kriminální chování je uváděno na čtvrtém místě. Všichni dotazovaní uvedli nejmenší četnost výskytu u poslední z nabízených možností, kterou byla odpověď incestní chování k sourozenci.

U otázek nejčastější problémy dívek a chlapců byly tři odpovědi stejné. Mezi ně patřila odpověď výrazné výchovné a školní problémy, závislost na návykových látkách a kriminální chování. Pokud získaná data máme k nahlédnutí, můžeme porovnat, zda jsou odpovědi v obou kategoriích shodné. U chlapců i dívek byla shodně zvolena odpověď výrazné výchovné a školní problémy, v obou případech se umístily na prvním místě. Na třetím místě se u obou kategorií shodně umístila závislost na návykových látkách. Pouze druhé místo se lišilo, u dívek je řešeno častěji kriminální chování než u chlapců. U dívek tuto možnost volili respondenti na třetím místě, kdežto u chlapců se tato odpověď vyskytovala až na čtvrtém místě. Předpokládala jsem pravý opak. Jak je zmíněno dále, získané výsledky se shodovaly s daty uvedenými ve statistické ročence. První místo bylo shodné, druhé místo bylo voleno častěji u dívek.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2014) vydalo statistickou ročenku, ve které uvádí, že v roce 2013 bylo v Pardubickém kraji 642 klientů z úplné rodiny. Z neúplných rodin se jednalo o 491 klientů. Třetí nejčetnější byla rodina s druhem/družkou v zastoupení 227 klientů, u kterých se vyskytl nějaký problém k řešení. Dle četnosti výskytu ročenka vymezuje nejčastější problémy mládeže řešené s kurátory pro mládež v Pardubickém kraji následovně. První místo zaujímají výchovné problémy, dále trestná činnost, přestupky a dohledy, návrhy na předběžná opatření na posledním místě (MPSV, 2014, str. 91 - 92).

Jak je patrné z předešlého odstavce, s ročenkou se shodují získané údaje. Na prvním místě byly zastoupeny výrazné výchovné a školní problémy. Trestná činnost se shoduje s kriminálním chováním, které se umístilo v dotazníkovém šetření na druhém místě, častější je však u dívek.

## **Výzkumná otázka č. 2 – Jak často sociální pracovníci využívají případovou konferenci?**

Pro tuto výzkumnou otázku byly získány informace pomocí těchto dotazníkových otázek. Otázka č. 5 (Kolik rodin máte ročně v evidenci?), otázka č. 6 (U kolika procent z celkových řešených případů využíváte případovou konferenci?), otázka č. 8 (Jaký typ případové konference nejčastěji používáte?).

Ze získaných dat je patrné, že respondenti mají ročně v evidenci zhruba 31 - 45 rodin, kdy nejvíce respondentů v tomto intervalu pracuje se 40 rodinami ročně. Nejvíce respondentů aplikuje případovou konferenci u 25 % případů z celkového počtu rodin ročně. Pokud je z dat těchto otázek vypočítáno 25 %, získáme číslo 10, které představuje počet případových konferencí, svolaných v průběhu jednoho roku na jednoho respondenta. V praxi je nejčastěji

svoláván klasický typ případové konference. V Ústí nad Orlicí využívají sociální pracovníci OSPOD, často interaktivní případovou konferenci, kdy je hlavním aktérem dítě. Pro něj je vytvořeno vhodné prostředí k navození dobré atmosféry. Celá případová konference klade důraz na dítě, které se ke své situaci vyjadřuje slovně, popřípadě svoje poznámky píše na připravené papíry. Při další spolupráci je vycházeno z opravdových potřeb daného dítěte.

Na základě analýzy o. s. TREMEDIAS bylo zjištěno, že o facilitování případové konference má zájem většina oslovených orgánů OSPOD. V roce 2012 vznikla potřeba zavedení a rozvoje případové konference. Proto byl zaveden projekt „Případová konference v kraji Vysočina“. Do projektu bylo zapojeno od ledna do září 2013 13 orgánů OSPOD z kraje Vysočina. Za dobu trvání projektu o. s. TREMEDIAS proběhlo 65 případových konferencí na pracovištích OSPOD. Z celkového počtu bylo realizováno 26 případových konferencí na základě podmínek, které stanovuje zákon. V 39 případech byla případová konference svolána na žádost klíčových pracovníků. Cílem bylo získat náhled a zapojit více subjektů, na řešení případu (o. s. TREMEDIAS, 2013).

V kraji Vysočina bylo za dané období uspořádáno 65 případových konferencí. Na každé z oslovených pracovišť tak v průměru vychází 5 případových konferencí na šest měsíců, tudíž zhruba 1 případová konference za jeden měsíc. V porovnání s naším výzkumem jsou výsledky shodné. V orlickoústeckém regionu spadá 10 případových konferencí na jednoho respondenta za rok. Z čehož připadá jedna případová konference na jeden měsíc.

### **Výzkumná otázka č. 3 – Jak sociální pracovníci hodnotí efektivitu case managementu při práci s problémovou rodinou?**

Na tuto výzkumnou otázku byla data získána pomocí těchto dotazníkových otázek. Otázka č. 7 (Kolik případových konferencí podle Vašeho názoru jste schopni vést v průběhu jednoho týdne, aby byla zachována efektivita této metody?), otázka č. 9 (Jak hodnotíte efektivitu case managementu při práci s problémovou rodinou?), otázka č. 10 (Vyberte a zakroužkujte, v čem vidíte výhody case managementu?), otázka č. 11 (V čem vidíte možná rizika při používání case managementu?), otázka č. 12 (Jak hodnotíte využití case managementu ze svého pohledu?). Otázka č. 7 je zařazena k této výzkumné otázce z důvodu zabývání se efektivitou případových konferencí, které jsou řešeny v průběhu jednoho týdne. Zmíněná data v předchozí výzkumné otázce poukazují na jednu případovou konferenci v jednom týdnu pro zachování efektivitu této práce.

V průběhu jednoho týdne je většina respondentů schopna vést pouze jednu případovou konferenci, aby byla zachována efektivita této práce. Respondenti hodnotí efektivitu case managementu při práci s problémovou rodinou jako spíše efektivní. V případě hodnocení využití case managementu z jejich pohledu respondenti uváděli nejčastěji odpověď jsem spíše spokojen/a. Jako výhody case managementu respondenti vidí nejčastěji tyto tři možnosti: řešení problému komplexně, řešení problému efektivně a využití zdrojů z přirozeného prostředí klienta. Mezi tři nejčastější nevýhody respondenti uváděli tyto možnosti: časovou náročnost, složitou koordinaci práce ve skupině, na třetím místě se shodně umístily odpovědi neúčast klienta na případové konferenci a přílišná nerealistická očekávání jednotlivých účastníků.

Case management přináší efektivitu při řešení problému klienta. K té patří minimalizace chybných rozhodnutí, kvalitnější poskytování služeb, finanční úspora, časová úspora a aktivizace klienta (Svoboda, Černá, Šťastná, 2010, str. 6). Lepší výsledky v efektivitě přináší projekty, které jsou dobře finančně zastřešeny a mají vhodně obsazený tým. Těchto výsledků bohužel nedosahují doplňkové služby, kde jsou pracovníci pouze na částečný úvazek. Často je uváděno, že nově vzniklé služby mají být určeny pouze té cílové skupině, pro kterou byly založeny. Některé ze studií uvádějí nárůst nákladů case managementu, to je způsobeno vznikem nových služeb souvisejících se zvýšením kvality péče (Stuchlík, 2002, str. 80).

#### **Výzkumná otázka č. 4 – Jaké organizace (instituce) sociální pracovníci nejčastěji oslovují ke spolupráci v případové konferenci?**

Data pro zodpovězení této výzkumné otázky byla získána pomocí těchto dotazníkových otázek. Otázka č. 16 (S jakými institucemi nejčastěji spolupracujete v rámci case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. 1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost), otázka č. 17 (V případě, že na case managementu spolupracujete se sociálními službami, o jaký typ služby se nejčastěji jedná?), otázka č. 18 (V případě, že na case managementu spolupracujete se zdravotními institucemi, o jaký typ instituce se nejčastěji jedná?), otázka č. 19 (V případě, že na case managementu spolupracujete se školskými zařízeními, o jaké zařízení se nejčastěji jedná?).

Z odpovědí respondentů vyplývá, že ke spolupráci dle četnosti oslovují školská zařízení, sociální služby, zdravotnická zařízení, Policii ČR a nejméně soud. V případě spolupráce se sociálními službami respondenti nejčastěji oslovují služby sociální prevence.

Ordinace praktických lékařů pro děti a dorost jsou nejčastěji oslovovány v případě spolupráce se zdravotními institucemi. V případě spolupráce se školskými zařízeními respondenti nejčastěji ke spolupráci oslovují běžné základní školy.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2011) klade důraz na rodinu, v níž dítě žije, a komunitu, ve které se nachází, může sem být zařazena škola. Dalším zdrojem pomoci dítěti je vytvoření sítě poskytovatelů sociálních služeb ze státní sféry i neziskových organizací. Důležité je nalezení vhodných subjektů pro příznivé řešení klientovy situace. Na spolupráci se mohou podílet praktičtí lékaři pro děti a dorost, různí specialisté či zdravotnická zařízení. Dále mohou být ke spolupráci osloveni zástupci z ústavního zařízení, policie, soudu atd. (MPSV, 2011, str. 16).

Pokud někteří autoři píšou o case managementu, většinou se jedná o kvalitativní výzkum. Nejčastěji je pro bakalářskou práci vybrána jedna organizace. Neubauerová (2014) se ve své bakalářské práci věnuje Fokusu Vysočina. Ten nabízí pomoc osobám starším 18 let s duševním onemocněním (Neubauerová, 2014, str. 41). Lukes (2011) zaměřuje svou diplomovou práci na zařízení Amalthea o.s., která spolupracuje často se znevýhodněnými dětmi či ohroženými rodinami s dětmi ve věku 0 - 18 let. Toto zařízení se zaměřuje na propojení informací mezi jednotlivými subjekty, které poskytují pomoc dětem a rodinám. V práci jsou uvedeny kazuistiky z oblasti práce s ohroženými a náhradními rodinami, trestné činnosti, se zotavujícími se uživateli návykových látek (Lukes, 2011, str. 79-84).



## 8 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na využití metody case managementu v sociální práci s rodinou. Zabývá se nejčastějšími problémy, využitím případové konference, efektivitou case managementu a institucemi, které jsou nejčastěji oslovovány ke spolupráci. Jedná se o práci teoreticko-výzkumnou, která je členěna na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou vysvětleny obecné pojmy jako rodina, typologie rodiny, sanace rodiny, problémová rodina a práce s rizikovou mládeží, služby poskytované rodinám, síťování. Odbornější informace jsou k nalezení v druhé, teoretické části. Zde jsou vysvětleny pojmy case management, případová práce, rodinná konference, případová konference a individuální plán ohroženého dítěte. Na základě této části byl splněn teoretický cíl.

Druhou část práce tvoří výzkumná část. Pro zpracování výzkumné části byl předem stanoven výzkumný cíl a výzkumné otázky. Jak je zmíněno v předešlém odstavci, práce se zaměřovala na nejčastější problémy, využití případové konference, efektivitu case managementu a institucemi, nejčastěji oslovovanými ke spolupráci. Díky výzkumu byl naplněn cíl práce a výzkumných otázek. Případová konference je nejčastěji svolávána v případě potřeby spolupráce, koordinace více osob. Nejčastějším problémem u dívek i chlapců jsou výrazné výchovné a školní problémy. Dále sociální pracovníci využívají případovou konferenci u 25 % řešených případů. S efektivitou této práce je většina respondentů spokojena. Ke spolupráci jsou nejčastěji oslovovány služby sociální prevence, ordinace praktických lékařů pro děti a dorost a běžné základní školy.

Ze získaných dat je patrná spokojenost sociálních pracovníků. Přínosem práce je zjištění, že tato metoda práce je využívána při řešení problému s klientem. Sociální pracovníci mají o této práci povědomí, někteří nemají sjednocenou terminologii, i když case management využívají ve své práci. Proto bych navrhovala další vzdělávání v této práci a setkání všech pracovníků z daného regionu pro předání svých zkušeností s touto metodou.

Návrhem dalšího zpracování práce by mohlo být rozšíření o poznatky z praxe. Ke spolupráci by byla oslovena vybraná pracoviště. Výzkum by probíhal kvalitativně. Informace poskytnou sociální pracovníci vybraných orgánů OSPOD. Ty jsou zaměřeny na případovou konferenci, u jakých problémů je nejčastěji svolávána a o jaký typ případové konference se jedná. Současně by sociální pracovník popsal průběh nejčastěji svolávané případové konference a další spolupráci s klientem.

## 9 POUŽITÉ ZDROJE

### 9.1 Literární zdroje

1. BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 151 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
2. BECHYŇOVÁ, Věra. *Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 158 s. ISBN 978-802-6201-816.
3. HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
4. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
5. JANOUŠKOVÁ, Klára. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2007. 351 s. ISBN 978-807-3682-293.
6. JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 141 s. ISBN 978-807-3675-905.
7. LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
8. LOVASOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-869-9166-0.
9. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-807-3675-028.
10. MATOUŠEK Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-807-3678-180.
11. MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-802-6203-667.
12. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 171 s. ISBN 978-80-262-0697-2.
13. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2. rozš. vyd. Praha: Portál, 2014. 214 s. ISBN 978-802-6205-227.

14. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Manuál k případovým konferencím*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. 42 s. ISBN 978-80-7421-038-9.
15. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014. 146 s. ISBN 978-80-7421-075-4.
16. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
17. PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 187 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
18. PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN 978-802-4752-327.
19. VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2009. 210 s. ISBN 978-80-7399-877-6.
20. ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 191 s. ISBN 978-802-6205-838.
21. ZATLOUKAL, Leoš. *Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů v poradenství a terapii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 190 s. ISBN 978-80-244-3878-8.

## 9.2 Legislativa

1. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 Sb. o sociálních službách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
2. ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o sociálně-právní ochraně dětí). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>.

## 9.3 Závěrečné VŠ práce

1. LUKES, Tomáš. *Možnosti sociální rehabilitace v resocializační praxi*. Pardubice, 2011. 89 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.

2. NEUBAUEROVÁ, Michaela. *Case management v sociálních službách*. Olomouc, 2014. 44 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lucia Pastieriková Ph.D.

#### 9.4 Internetové zdroje

1. BECHYŇOVÁ, Věra a Martina KONVRZKOVÁ. *Metodická doporučení multidisciplinární podpory ohroženého dítěte* [online]. 2014, 40 s. [cit. 2015-07-03]. Dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/prilohy/Metodicka-doporuceni-multidisciplinari-podpory-ohrozeneho-ditete.pdf>
2. BITTNER, Petr. *Metodika služby sanace rodiny*. In: *Amalthea, o.s.* [online]. 2009, 50 s. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: [http://www.amalthea.pardubice.cz/ostatni\\_projekty\\_sr\\_systematizace.htm](http://www.amalthea.pardubice.cz/ostatni_projekty_sr_systematizace.htm)
3. DUNOVSKÁ, Kateřina. *Metodika rodinných konferencí*. In: *Amalthea, o.s.* [online]. 2012, 48 s. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: [http://amalthea.cz/projekty/ostatni/sr\\_systematizace/vystupy/03010901%20Metodik\\_a%20rodinn%C3%BDch%20konferenc%C3%AD.pdf](http://amalthea.cz/projekty/ostatni/sr_systematizace/vystupy/03010901%20Metodik_a%20rodinn%C3%BDch%20konferenc%C3%AD.pdf)
4. HURNÍKOVÁ, Květa. *Rodina a rodiče v pedagogické praxi*. [online]. 2013, 16 s. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: [https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/mas/rodina\\_a\\_rodice.pdf](https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/mas/rodina_a_rodice.pdf)
5. MPSV. *Vyhodnocování situace dítěte a rodiny a tvorby individuálního plánu ochrany dítěte*. [online]. 2014, 194 s. [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/18887/manual\\_010415.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/18887/manual_010415.pdf)
6. Nadace Sirius. *Rozum a Cit*. [online]. 2008-2013, 52 s. [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: [http://www.nadacesirius.cz/soubory/metodiky/Rozum\\_a\\_cit\\_Na\\_jedne\\_lodi\\_aneb\\_jak\\_uspoadat\\_pipadovou\\_konferenci\\_v\\_oblasti\\_pee\\_o\\_ohroene\\_dti.pdf](http://www.nadacesirius.cz/soubory/metodiky/Rozum_a_cit_Na_jedne_lodi_aneb_jak_uspoadat_pipadovou_konferenci_v_oblasti_pee_o_ohroene_dti.pdf)
7. Pardubický kraj. *Akční plán rozvoje sociálních služeb pardubického kraje*. [online]. 2011, 23 s. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <http://www.pardubickykraj.cz/akcni-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-pk>
8. POPIOLKOVÁ, Jaroslava. *Kurátor pro děti a mládež*. [online]. 2015 [cit. 2015-06-19]. Dostupné z: <http://www.kostelecno.cz/soubory/formulare/9-20130708-070449.pdf>
9. SVOBODA David, Ria ČERNÁ a Martina ŠŤASTNÁ. *Case management v programech Amalthea o.s.* [online]. 2010, 46 s. [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: <http://www.amalthea.pardubice.cz/projekty/ostatni/comred/publikace/PU9.pdf>

10. STUHLÍK, Jan. *Aserktivní komunitní léčba, case management*. Praha: Fokus Books – sdružení pro péči o duševně nemocné. [online]. 2002, 87 s. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>
11. TreMedias. *Případové konference běží naplno* [online]. 2015 [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: <http://www.tremedias.cz/index.php/projekt-pripadove-konference/237-pipadove-konference-bezi-naplno>
12. ŽÁKOVÁ, Markéta. *Rodinná konference – účinná metoda řešení problémů v rodině*. [online]. 2015 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/rodinna-konference-ucinna-metoda-reseni-problemu-v-rodine>

## 9.5 Časopisy

1. KNAUSOVÁ, Ivana. Teorie a praxe sanace rodiny v českém prostředí – kvalitativní sonda do terénní práce s ohroženou rodinou v současnosti. *Sociální práce*. 2011, č. 1/2011, s. 120. ISSN 1213-6204.

## **10 PŘÍLOHY**

Příloha A <i>Zkrácená ilustrační kazuistika</i> .....	71
Příloha B <i>Dotazník</i> .....	72

## **Příloha A**

### **Zkrácená ilustrační kasuistika**

Dvanáctiletá dívka žije v péči prarodiče. Psychicky strádá v důsledku absence rodičů, hlavně matky, která není v důsledku svého psychického zdravotního stavu (vážné problémy se závislostním chováním) schopna vzít si dceru do své péče ani v jejím životě stabilně, spolehlivě a bezpečně fungovat. Dívka projevuje známky psychické deprivace, má problémy s vrstevnickým kolektivem, se zvládáním emocí. Spolužáci se jí posmívají, že žije s dědkem. Hněv/vztek/negativní emoce na celou situaci dívka ventiluje proti dědečkovi (nerespektování hranic, vulgarismy atp.) a proti sobě (výskyt sebepoškození). Dědeček má vnučku rád, snaží se ji vychovávat a má cíl postavit ji do života jako slušného člověka, který bude mj. připraven na povolání. Nicméně už je na pokraji rezignace, neví si s vnučkou rady. Psycholožka za použití rozhovoru, kresby, pozorování zmapovala vztahovou síť dívky, ze které dědeček vyplynul jako hlavní vztahová osoba/pečovatel/zázemí. Poskytla krizovou intervenci po výskytu sebepoškození a začala podporovat sebeuvědomění dívky postavené na zdravém základě. Dále psycholožka ve spolupráci se sociální pracovníci pro mobilizační tým podporovala dědečka v nastavení jasných srozumitelných hranic (srozumitelný, spravedlivý systém odměn a trestů) a dívku v jejich dodržování/respektování. Reflexe dědečka na konci spolupráce: „Vnučka už mi nenadává jako, Ty blbej dědku nemáš mi co poroučet, nejsi můj táta“. Reflexe dívky: „Když něco provedu, třeba přijdu pozdě, tak mám jenom jeden trest, nemůžu třeba pár dní ven. Už to není jako dřív, že bych dostala pár facek, nemohla ven a ještě musela klečet. Když něco udělám dobře, třeba umyji nádobí, tak si toho děda všimne a pochválí mě“. Dívka byla společně s dědečkem doprovozena do ambulantního centra, kde by měla nadále pokračovat v bezplatné terapii (Bechyňová, Konvrzková, 2014, str. 29-30)

## Příloha B

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Gmuzdková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, oboru Zdravotně – sociální pracovník. Píši bakalářskou práci na téma „*Využití metody case managementu v sociální práci s rodinou*“. (Pod pojmem case management se rozumí, koordinované vedení případu.) Touto formou bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží k poskytnutí důležitých informací. Dotazník je **zcela anonymní**, tak Vás prosím, o co nejpravdivější odpovědi. Zaškrtněte jednu odpověď dle Vašeho výběru, popřípadě více odpovědí, pokud tam bude napsáno. U některých otázek dopište příslušnou odpověď. Pokud u otázky bude v odpovědích možnost „jiné“, v případě, že nebude v nabídce odpověď, která by Vám nevyhovovala, vypište ji sami.

Mockrát Vám děkuji Markéta Gmuzdková

1) Jakého jste pohlaví:

a) Muž

b) Žena

2) Jakou pracovní pozici zaujímáte?

.....

3) Jaká je Vaše délka praxe v sociální oblasti?

.....

4) Jak dlouho využíváte ve své praxi case management? V případě, že tuto metodu nevyžíváte, dále dotazník nevyplňujte a předejte ho k odeslání.

.....

5) Kolik rodin máte ročně v evidenci?

.....



- 6) U kolika procent z celkových řešených případů využíváte případovou konferenci?
- Do 25 % případů
  - Do 26 – 50 % případů
  - Do 51 -75 % případů
  - Do 76 – 100 % případů
- 7) Kolik případových konferencí podle Vašeho názoru jste schopni vést v průběhu jednoho týdne, aby byla zachována efektivita této metody?
- Pouze 1 případ
  - U 2 – 5 případů
  - U 5 – 8 případů
  - Jiné.....
- 8) Jaký typ případové konference nejčastěji používáte?
- Klasický typ (*první verze cíle a stanovení prostředků k jeho dosažení*)
  - Urgentní typ (*potřeby dítěte jsou ohroženy*)
  - Motivační typ (*spolupráce a konkrétní změny, které se podařilo naplnit*)
  - Metodický typ (*spolupráce s metodikem nadřízeného orgánu*)
  - Expertní typ (*motivace rodičů a dítěte při návrhu plánu a jeho realizace*)
- 9) Jak hodnotíte efektivitu case managementu při práci s problémovou rodinou?
- Naprosto efektivní
  - Spíše efektivní
  - Nevím
  - Spíše neefektivní
  - Naprosto neefektivní
- 10) Vyberte a zakroužkujte, v čem vidíte výhody case managementu? **Můžete zvolit více odpovědí.**
- Řešení problému efektivně
  - Řešení problému komplexně
  - Minimalizace chybných rozhodnutí
  - Využívání zdrojů z přirozeného prostředí klienta
  - Kvalitněji poskytované služby
  - Finanční úspora
  - Žádné

11) V čem vidíte možná **rizika** při používání case managementu? **Můžete vybrat více odpovědí.**

- a) Časovou náročnost
- b) Složitou koordinaci práce ve skupině
- c) Používání příliš odborného jazyka účastníků
- d) Ohrožující sdělování citlivých a osobních údajů
- e) Neúčast klienta na případové konferenci
- f) Přílišná a nerealistická očekávání jednotlivých účastníků
- g) Jiné.....

12) Jak hodnotíte využití case managementu ze svého pohledu?

- a) Jsem zcela spokojen/a
- b) Jsem spíše spokojen/a
- c) Jsem spíše nespokojen/a
- d) Jsem zcela nespokojen/a

13) V jakých případech **nejčastěji** svoláváte případovou konferenci a řešíte problém klienta za pomoci case managementu?

- a) Pokud se v případě klienta a jeho rodiny vyskytuje více problémů
- b) Pokud práce s klientem nebo jeho situace stagnuje
- c) V případě potřeby spolupráce, koordinace více osob
- d) Při potřebě aktivizace klienta a rodiny
- e) Při blížícím se důležitým rozhodnutím
- f) Při potřebě preventivně působit a předcházet vzniku problémové situace

14) Jaké problémy nejčastěji řešíte u **dívek** pomocí case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. (1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost)

- a) Výrazné výchovné, školní problémy
- b) Závislost na návykových látkách
- c) S kriminálním chováním
- d) Nechtěné nebo předčasné těhotenství
- e) S prostitutí

- 15) Jaké problémy nejčastěji řešíte u **chlapců** pomocí case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. (1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost)
- a) Výrazné výchovné, školní problémy
  - b) Závislost na návykových látkách
  - c) S agresivitou
  - d) S kriminálním chováním
  - e) S incestním chováním k sourozenci
- 16) S jakými institucemi nejčastěji spolupracujete v rámci case managementu? K odpovědím přiřaďte čísla. (1 – největší četnost, 5 – nejmenší četnost)
- a) Soud
  - b) Policie ČR
  - c) Školská zařízení
  - d) Zdravotnická zařízení
  - e) Sociální služby
- 17) V případě, že na case managementu spolupracujete se sociálními službami, o jaký typ služby se nejčastěji jedná?
- a) Sociální poradenství
  - b) Služby sociální péče
  - c) Služby sociální prevence
  - d) Sociální služby ke spolupráci neoslovujeme
- 18) V případě, že na case managementu spolupracujete se zdravotními institucemi, o jaký typ instituce se nejčastěji jedná?
- a) Nemocnice
  - b) Psychiatrické léčebny
  - c) Zařízení léčebně rehabilitační péče
  - d) Ordinace praktických lékařů pro děti a dorost
  - e) Ordinace gynekologických lékařů
  - f) Zdravotní instituce ke spolupráci neoslovujeme

19) V případě, že na case managementu spolupracujete se školskými zařízeními, o jaké zařízení se nejčastěji jedná?

- a) Diagnostické ústavy
- b) Výchovné ústavy
- c) Střediska výchovné péče
- d) Speciální pedagogická centra
- e) Pedagogicko psychologické poradny
- f) Běžné základní školy
- g) Běžné střední školy, odborná učiliště
- h) Školská zařízení ke spolupráci neoslovujeme

Velmi děkuji za Váš čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku. Vaše odpovědi jsou pro mě nesmírně cenné.