



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**Sociální začleňování lidí s duševním onemocněním
na cestě za zotavením**

diplomová práce

Studijní program

Charitativní a sociální práce

Autor: Bc. Dagmar Jurzykowská
Vedoucí práce: ThLic. Jakub Doležel, Th.D.

Olomouc 2023

Čestné prohlášení: Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem při tom jen uvedené prameny a literaturu.

Ve Vendryni dne 9.4.2023.

Dagmar Jurzykowská

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Jakubovi Doleželovi, Th.D. za čas, který mé diplomové práci věnoval, konkrétní odborné rady a zajištění kontinuity vedení mé diplomové práce, kdy jsem mohla tuto práci dokončit.

Ráda bych poděkovala Alešovi za velkou podporu, pochopení a to, že stál při mně, Editě, Alešovi a Karolíně děkuji moc za trpělivost se mnou po dobu psaní této práce, kolegům děkuji, že se se mnou podělili o svůj pohled na problematiku.

OBSAH

1	Systém péče o lidi s duševním onemocněním	7
1.1	Struktura systému péče o lidi s duševním onemocněním	9
1.2	Reforma psychiatrické péče	10
1.3	Komunitní péče, služby	10
1.4	Centra duševního zdraví	11
1.5	Chráněné bydlení	12
2	Duševní zdraví	14
2.1	Duševní zdraví	15
2.2	Duševní onemocnění	16
3	Přístupy práce s lidmi s duševním onemocněním	18
3.1	Case management	19
3.2	Psychosociální rehabilitace	20
3.3	Zotavení v systému péče	22
3.3.1	Fáze zotavení	22
3.3.2	Dimenze zotavení	23
3.3.3	Školy zotavení	25
3.3.4	Výzkum zotavení	25
3.3.5	Faktory zotavení	26
3.3.6	Péče podporující zotavení	27
3.4	Implementace zotavení	29
4	Metodologie výzkumu	31
4.1	Výzkumný cíl a výzkumná otázka	31
4.2	Metody výzkumu	32
4.3	Výzkumný soubor a způsob získávání dat	33
4.4	Etické aspekty výzkumu	35
4.5	Interpretace dat	36
4.5.1	Zodpovězení výzkumné otázky, zjištění z rozhovorů	48
4.5.2	Zodpovězení dílčí výzkumné otázky	50
5	DISKUSE	54
6	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
	Seznam použitých symbolů a zkratek	69
	Seznam tabulek, Obrázků	70

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou sociálního začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti a změnami v poskytování podpory těmto lidem. Jedná se o případovou studii pobytové sociální služby chráněného bydlení pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Cílem předkládané práce je popsat proces změn poskytování konkrétní služby chráněného bydlení v souvislosti se záměrem implementace přístupu zotavení.

Motivací k tomu, abych se zabývala tímto tématem je můj profesní zájem o problematiku, jelikož pracuji jako sociální pracovníce s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Jak konkrétně implementovat na zotavení zaměřený přístup do každodenní praxe konkrétní sociální služby a jak k tomuto úkolu přistoupit jsou otázky z praxe, které stojí za volbou tématu této diplomové práce.

V současnosti dochází ke změnám v péči o lidi s duševním onemocněním, ve vyspělých zemích je směřována na zotavení. O takto směřované péči se hovoří jako o novém paradigmatu, kdy se ustupuje od tradičního biomedicínského modelu k holistickému pojetí. V minulosti se samotnými lidmi moc nepočítalo jako s aktéry změny, neměli moc příležitostí se vyjádřit k tomu, co podporuje jejich zotavování. Na lidi se závažným duševním onemocněním se pohlíželo často jako na nevyléčitelné, ba i nesvéprávné, chyběla zde naděje, perspektiva prožití dobrého života. Téma zotavení je dobře popsáno především v anglicky psané literatuře, ale dostává se do popředí také u nás, výzkum toho tématu je v českém prostředí na začátku.

Zotavení není metodou, nástrojem, ani terapeutickým přístupem, ale jak již bylo uvedeno, jedná se o nové paradigma v poskytování péče lidem s duševním onemocněním. Tedy o obecný model, příklad s využitím jiných principů, než na kterých stavěla dosavadní péče, jak o tom píše Martin Fojtíček (2017, [online]).

Zotavení v rovině osobní je velmi individuální a jedná se o jedinečnou cestu každého člověka, je to proces, není to něco, co by dělala služba nebo pracovníci. Zotavení je to, k čemu se člověk může postupně dopracovat. Je to tak individuální, že je těžko možné nalézt obecný model služby, jak by měla vypadat ta nejideálnější služba podporující zotavení (Slade, 2013).

V první konceptuální části této práce se budu věnovat tématům, které jsou potřebné k získání vhledu do problematiky a souvisí s dosažením stanovených cílů této předkládané diplomové práce. Popíši stručně systém péče o lidi s duševním onemocněním, který prochází

změnami, reformou. Druhým tématem je oblast duševního zdraví, duševního onemocnění a třetí oblastí jsou základní přístupy v péči o lidi s duševním onemocněním, kdy největší prostor bude poskytnut konceptu zotavení a také jeho implementaci do praxe.

Druhá výzkumná část práce má kvalitativní design a je pojata jako případová holistická studie. Zde odpovím na hlavní výzkumnou otázku, jaké změny byly doposud realizovány v procesu implementace konceptu zotavení v chráněném bydlení? Proces implementace probíhá ve dvou rovinách, na organizační úrovni a změně každodenních interakcí mezi uživateli služby a pracovníky. Pochopení konceptu zotavení je proto důležitým momentem pro jeho uvedení do každodenní praxe. Na základě této myšlenky byla formulována dílčí výzkumná otázka, jak vnímají koncept zotavení pracovníci chráněného bydlení?

Konceptuální část

1 Systém péče o lidi s duševním onemocněním

Péče o lidi s duševním onemocněním je poskytována především v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické, sociální (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Již se neodehrává pouze v psychiatrických nemocnicích a ústavech, do péče o lidi s duševním onemocněním byly přizvány také jiné profese. K lékařům, zdravotním sestřám byly angažovány další odbornosti z odvětví sociální práce, psychologie, sociální pedagogiky a dochází k rozvoji psychosociální rehabilitace. K principům zotavení se hlásí celá řada jejích metod (Dragomiecká, Pěč, 2022).

Zatím nejsou v českém prostředí realizovány potřebné změny celého systému péče o lidi s duševním onemocněním, kdy má být poskytována péče prostřednictvím služeb v komunitě. Stávající systém péče o lidi s duševním onemocněním nereflektuje dostatečně potřeby těchto lidí. Vývoj oproti jiným zemím na dlouhou dobu v České republice ustrnul, ale systém prochází koncepční změnou v rámci reformy psychiatrické péče (Hosáková, Holoubková, 2019).

V České republice, jsou ještě stále oporou této péče velké psychiatrické nemocnice (Winkler, 2013). Celkově počet lůžek dlouhodobé péče má klesající křivku, od roku 2011 až po rok 2021 se snížil počet lůžek, konkrétně o 1561 lůžek na celkových 7092. Pozitivním je naopak nárůst lůžek akutní péče, kdy byl výraznější od roku 2017. Pro dokreslení představy, jaký má vývoj péče o duševní zdraví v české společnosti, je možné uvést čísla ze statistik ambulantní péče pro zjištění, kolika lidem se zde dostalo této formy odborné pomoci. Celkově bylo léčeno v roce 2021 v ambulancích s psychiatrickou odborností 652 277 lidí, což je nárůst o 142 323 pacientů oproti roku 2010 (SZU, 2022).

Stav, kdy byly oporou velké psychiatrické nemocnice je historicky dán, v 19. a 20. století tyto nemocnice vznikaly a tvořily základ psychiatrické péče. V té době se pohlíželo na lidi s duševním onemocněním jako na nevyléčitelné, kdy je byla potřeba izolovat od zbytku společnosti. K systematickému rozvoji ambulantní péče došlo v druhé polovině minulého století (Hollý, 2015).

Lidi s duševním onemocněním byli tak odsouváni ze společnosti do tzv. totálních institucí, jak o tom píše sociolog Goffman, z důvodu sociální kontroly. Člověk má zde jen

omezený kontakt s rodinou, přáteli, musí se podřídít pravidlům a režimu instituce. Také jeho sebeurčení, autonomie a individuální potřeby jsou odsunuty kamsi na vedlejší kolej (Kantorová, Kalendová, Matoušek, 2022).

V případě úplného vyloučení osob ze společnosti se jedná o proces, který je označován jako sociální exkluze. Jedna skupina, která má privilegia neumožní přístup ostatním lidem ke zdrojům jak materiálním, tak duchovním. Sociální exkluze je multidimenzionální záležitost, vyloučení má více podob, některá spolu souvisí, některá se prolínají. Například pokud jste vyloučeni z ekonomických aktivit, můžete být vyloučeni ze společenského života. Případně můžete být odsunuti na periferii, nebo do vyloučené lokality. Vyloučení může mít více podob, může se jednat o vyloučení ekonomické, společenské, kulturní, občanské, člověk může být vyloučen také symbolicky. Ne vždy je spojeno sociální vyloučení s ekonomickým statutem, člověk může být vyloučen na okraj společnosti z různých důvodů, například pokud je příslušníkem určité sociální, etnické skupiny (Mareš, Sirovátka 2008).

Tento stav, kdy jsou lidé s duševním onemocněním odsouváni do institucí se snaží měnit deinstitucionalizace. Tu je možné chápat jako proces přechodu lidí z ústavních zařízení do běžného prostředí nebo zamezení vstupu člověka do sociální služby tím, že je podpořen, aby mohl setrvat ve svém prostředí (MPSVa, 2013).

Deinstitucionalizaci je možné také chápat jako společenské hnutí, které mění pohled na práva lidí s duševním onemocněním, na jejich emancipaci. V širším pohledu se deinstitucionalizace vztahuje i k jiným skupinám např. seniorům, dětem v dětských domovech, aj. (Kantorová, Kalenda, Matoušek, 2022).

Již v roce 2009 Česká republika ratifikovala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením a zavázala se k jejímu naplňování, má tak povinnost vytvoření podmínek lidem se zdravotním postižením pro jejich nezávislý život a sociální začlenění, tj. život ve společnosti jak je uvedeno v článku 19. Právní úprava v ČR definuje **sociální začleňování** v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb., kdy jej definuje v § 3 písmene e): „*jako proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.*“ Sociální práce je popisována jako základní nástroj sociálního začleňování, sociální služby mají reagovat na potřeby lidí, kterým hrozí, nebo jsou sociálně vyloučeni.

V následujících podkapitolách bude popsána struktura systému péče o lidi s duševním onemocněním, který nyní prochází změnami, reformou psychiatrické péče. Jedním z důležitých momentů reformy psychiatrické péče je zřízení center duševního zdraví, také usiluje o snížení kapacit ústavní péče a poskytování služeb v komunitě. Blíže se budu věnovat také službě chráněného bydlení.

1.1 Struktura systému péče o lidi s duševním onemocněním

Ambulantní péče zajišťuje kromě diagnostiky, posuzování zdravotního stavu, léčby, rehabilitace, také prevenci a koordinaci s dalšími službami v síti péče. Vedle toho je také zajišťována péče u pacientů v ochranné léčbě a u určitého okruhu pacientů dispenzární péči. V případě, že léčba ambulantní nedostačuje, lékař indikuje léčbu v lůžkovém zařízení. Po propuštění z hospitalizace navazuje ambulantní péče na lůžkovou. Ambulance mohou být součástí klinik, psychiatrických léčeben, nebo mohou působit jako nezávislé praxe (Orel, 2020).

Lůžková péče vychází ze stavu, který byl položen ve dvou minulých stoletích, kdy se do této oblasti velmi investovalo, oproti pozdějšímu podfinancování. Celé odvětví péče o duševní zdraví výrazně kulhá za části somatickou, nevyhovující jsou dosavadní prostory, dostupnost s ohledem na velkou kapacitu zařízení, tudíž i velkou spádovost. Ale zejména jsou tyto prostory nevyhovující terapeutickým potřebám. Ústavní prvky zatěžují ošetrovatelskou péči, velkokapacitní pokoje, dlouhé chodby, refletovaly spíše potřebu kontroly. Kromě psychiatrických léčeben je lůžková péče také rozložena na psychiatrických odděleních při nemocnicích. Psychiatrické léčebny se ke dni 1.7.2013 přejmenovaly na psychiatrické nemocnice (Hollý, 2015).

Sociální služby patří v České republice pod resort agendy ministerstva sociálních věcí, jsou také důležitou složkou pomoci lidem s duševním onemocněním, cílí na řešení jejich nepříznivé situace a sociální začlenění. Sociální služby upravuje zákon o sociálních službách 108/2008 Sb. a vyhláška 505/2006 Sb. v platném znění. Jsou tři oblasti, ve kterých sociální služby působí, a to v sociálním poradenství, které se dělí na základní a odborné, dále v oblasti sociální péče a sociální prevence. Všechny druhy sociálních služeb jsou vyjmenované v zákoně o sociálních službách včetně základních činností, které mají poskytovat. Dále je také upravena forma sociálních služeb, zda se jedná o službu ambulantní, terénní či pobytovou.

1.2 Reforma psychiatrické péče

Hlavním cílem reformy psychiatrické péče (dále jen reforma) je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, posílení jejich práv, humanizace psychiatrické péče, omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním i celého oboru psychiatrie. Reforma se také zaměřuje na problematiku úspěšnosti začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti a klade si za cíl propojení oblastí zdravotní a sociální (Winkler, 2013).

Reforma byla odstartována v České republice v roce 2013, přijetím dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče. Implementace některých záměrů reformy psychiatrické péče započaly v roce 2017 s finančním napojením na Evropské investiční a strukturální fondy (MZCR, 2019, [online]). V této době se tedy rozběhly připravované pilotní projekty multidisciplinárních týmů, center duševního zdraví. Ty se soustřeďují na pomoc lidem se závažným duševním onemocněním (především schizofrenii, bipolární poruchou, aj.).

Strategie reformy nastínila směřování k **modelu biopsychosociálnímu**, a také počítá s konceptem **zotavení**, péče má být takto orientována, důležitým je posílení práv lidí, rozvoj komunitních služeb, včasných intervencí. Do konce roku 2030 je cílem, aby vzniklo sto zařízení typu center duševního zdraví (WHO, 1996, [online]). Strategie reformy psychiatrické péče počítala s časovým obdobím od roku 2013 do roku 2023. V roce 2020 byl schválen další navazující dokument, který řeší potřebné změny v oblasti péče o duševní zdraví, je jím Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, ten stanovuje další konkrétní kroky a cíle. Souběžně byl také schválen dokument MZČR Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, který nastavuje směřování péče o zdraví, včetně duševního, a má mezirezortní přesah.

1.3 Komunitní péče, služby

Cílem **komunitní péče** je poskytnout služby, které reflektují individuální potřeby klientů, snaží se o omezení hospitalizací. Zajištění potřeb klientů probíhá pomocí systému jednotlivých služeb, musí být zde zajištěna návaznost, včetně propojení na služby v dané oblasti a komunitě. Pro termín komunitní péče je v odborné zdravotní literatuře užíván termín intermediární, nebo komplementární péče (Marková, Venglářová, Babiková, 2006). Zde jsou zařazeny služby jako jsou denní stacionáře, chráněné dílny, chráněná pracoviště, domovy na půl cesty, chráněná

bydlení, svépomocné skupiny, krizová centra, telefonickou pomoc, online pomoc, domácí péči a lázeňská zařízení, které mají za úkol především doléčení.

Komunitní služba by měla být poskytována v přirozeném prostředí uživatele. Přirozeným prostředím je myšleno běžné prostředí, domácnost, kde žije člověk ať už sám, s rodinou, nebo lidmi s kterými sdílí domácnost. Má formu terénní, ambulantní, nebo může mít také podobu pobytové služby. Dalším kritériem komunitní služby je řešení nepříznivé situace člověka v prostředí komunity tak, aby nevyklučovala člověka ze společnosti. A to ani místně, to znamená, že komunitní služba nesmí být situována v místě, kde jsou soustředěny jiné sociální služby, nebo do vyloučené lokality. Charakter by měla mít služba rodinného domu, nebo bytu bytovém domě, kde jsou maximálně dva takovéto byty. Komunitní služba nesmí nahrazovat běžně dostupné služby, suplovat je, ale naopak musí uživatele podporovat v co největší soběstačnosti, samostatnosti, s ohledem na jejich schopnosti, dovednosti. Jedna domácnost má mít nejvýše čtyři osoby, celková kapacita má být do 12 osob (MPSV, 2022 [online]).

1.4 Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví jsou relativně novou formou pomoci (dále jen CDZ). Využívají multidisciplinárních týmů, které jsou složené z odborníků různých oblastí, především zdravotní a sociální. Smyslem CDZ je předcházení hospitalizací, či nápomoc v reintegraci lidí s duševním onemocněním. Pro práci tyto týmy využívají case managementu, uplatňují přístup orientovaný na zotavení. Pomoc poskytují všem lidem ve spádové oblasti, zajišťuje propojení ambulantní a lůžkové péče, je takovým mezičlánkem (MZDR, [online]).

CDZ je možné zařadit do systému koordinované rehabilitace, kdy je cílem maximálně dosažitelná obnova nezávislého a plnohodnotného života člověka, jeho začlenění. Důležité je získání, obnovení a upevnění co nejvyšší možné výkonnosti a dosažení stabilizace zdravotního stavu. Koordinovaná rehabilitace obecně propojuje možnosti podpory z různých odvětví specializací odborného lékařství, např. psychiatr, neurolog, internista apod. Lékař z oboru léčebné rehabilitace, fyzioterapeut, ergoterapeut a zdravotně - sociální pracovník poskytují pomoc především v období propuštění po hospitalizaci. Dalšími odborníky, kteří jsou zapojeni do ucelené rehabilitace jsou speciální inkluzivní pedagogové, sociální pracovníci, psychologové (Novosád, 2022).

Složení týmu CDZ zahrnuje lékaře - psychiatra, sestru v péči o psychiatrické pacienty/všeobecnou sestru, sociálního pracovníka v roli case managera, případně pracovníka v sociálních službách, klinického psychologa a peer konzultanta, pracovníka podporovaného zaměstnávání IPS (angl. Individual Placement and Support) (MZDR, [online]).

Peer konzultant (dále jen peer) je označení pro člověka s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Pro peery jsou pořádány akreditované kurzy, v případě, že působí v registrované sociální službě, by měl mít absolvovaný kurz pracovníka v sociálních službách, nebo si jej do 18 měsíců doplnit, aby splnil požadavky zákona o sociálních službách (MZDR, tamtéž).

1.5 Chráněné bydlení

Jedná se o dlouhodobou pobytovou službu, která má podobu individuálního, nebo skupinového bydlení (Černá, 2015). Chráněné bydlení je určeno pro osoby, které vyžadují pomoc jiné fyzické osoby, nemohou bydlet samy nebo nemají podporu rodiny, a není nutná zdravotní ústavní péče. Tento typ bydlení můžeme zařadit pod sociálně – rehabilitační péči, má různé formy od samostatných bytů až po menší domky. Chráněné bydlení se má co nejvíce blížit běžnému bydlení a má člověka připravovat na samostatný život (Dušek, Večeřová Procházková, 2015).

V České republice je registrováno 223 chráněných bydlení, pro různé skupiny osob. Věková hranice pro poskytování služeb je určena většinou věkem 18 let, horní věková hranice se liší u jednotlivých služeb, někde určena je, jinde je bez horní hranice. Cílovými skupinami chráněných bydlení v České republice jsou osoby s mentálním postižením, kombinovaným postižením, s chronickým duševním onemocněním, s tělesným postižením, s jiným zdravotním postižením, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, ohrožené na návykových látkách, s chronickým onemocněním, komerčně zneužívané a senioři. Chráněných bydlení, které jsou určeny pro osoby s chronickým duševním onemocněním je registrováno celkem v ČR 62 (MPSV, [online]).

Služba chráněného bydlení poskytuje tyto základní činnosti, podle zákona o sociálních službách 108/2006, § 51 takto: „(1) *Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.*

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- b) poskytnutí ubytování,*
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) sociálně terapeutické činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

Alternativou chráněných bydlení, jak je známe v našich podmínkách, vznikla ve světě síť chráněného **komunitního bydlení Camill**. Komunitní chráněné bydlení tohoto typu, jeho systém pomoci, staví na vědomí, že člověk potřebuje druhé, potřebuje přijetí. U nás v České republice je takováto komunita v Českých Kopistech, která souzní s tradicí světového camphillského hnutí, kde bylo vytvářeno bydlení, vesnička pro lidi se speciálními potřebami. Dnes tento zapsaný spolek provozuje službu chráněného bydlení, centrum denních služeb pro lidi s mentálním postižením. Další činností komunity je ruční řemeslná výroba, ekologické zemědělství, pořádání kulturních a vzdělávacích akcí (Camphill na soutoku, [online]).

Camphillské hnutí bylo inspirací také pro švédskou nadaci Domáci rodinné péče, která se zaměřuje na pomoc lidem s duševním onemocněním, které člověka dostává z velké míry do izolace. Pracují s tezí, že prostředí rodiny a komunity může mít léčivé účinky. V nemocnicích, velkých zařízeních je těžké budovat vztah, když se tam neustále střídají zaměstnanci. Dobrovolnické rodiny takto přijímají do svého kruhu lidi s duševním onemocněním, kdy se na určitý čas stávají její součástí a sdílejí s nimi domov, pracují na jejich farmách. Čerpala jsem z filmu Daniela Macklera, zde terapeut nadace Domáci rodinné péče shrnul prosté principy, na kterých úzdrava v hostitelské rodině funguje. Dle mého názoru je přenositelná a uplatnitelná pro praxi zaměřenou na zotavení. „*V první řadě jsou tu ty základní věci, jídlo, spánek, trocha pohybu a pár lidí, co vás mají rádi. Když máte tohle jako základ, pak můžete pracovat na těžších věcech.*“ (In: Mackler, 1:07:39 [online]). Důležité je postupné budování důvěry prostředí rodiny, ta má oporu ze strany nadace podporou ve formě supervizí, konzultací s terapeutem, psychiatrem, a to celkově vytváří dobré podmínky pro zotavení (Mackler, tamtéž).

Dalším z projektů jsou recovery houses, které byly původně určeny pro lidi se závislostmi, později také pro lidi s duševním onemocněním. Funguje na principu krátkodobého pobytu, asi šesti měsíců, kdy se dostává účastníkům tohoto programu intenzivní pomoc v podobě terapie, taktéž společenství skupiny, což by mělo přinášet uzdravující účinek. Jsou také intenzivně zapojeni do společného sdílení rodinní příslušníci. Co je důležité uvést je to, že cílovou skupinou pilotního Recovery house v Terstu pro lidi s duševním onemocněním bylo šest mladých lidí mezi 18 až 35 lety (Pfeiffer, Sanders, Louženský, [online]).

Rozšířený projektem také u nás v České republice je Housing first, jehož základní myšlenkou je právo člověka na bydlení. Primárním cílem tohoto programu je zamezení bezdomovectví, zaměřuje se na specifické cílové skupiny. Problematika duševního onemocnění a bezdomovectví se prolíná, velká část lidí bez domova trpí duševním onemocněním, část z nich nebyla nikdy diagnostikována (MPSVe, [online]).

2 Duševní zdraví

V této kapitole bude krátce přiblížena problematika duševního zdraví a onemocnění. Důležitým v péči o duševní zdraví je komplexnost přístupu. V lékařské praxi ale stále převládá model biomedicínský (Raudenská, Javůrková, 2011).

Biomedicínský model se orientuje na stanovení příčiny onemocnění, následně je stanovena léčba. „Zdravotníci uvažují v tomto modelu podle schématu: *etikopatogeneze – manifestace nemoci – léčba*“ (Kalová a kol., 2005. s. 165). Pokud tedy nalezneme biologické příčiny onemocnění nalezneme způsob léčby, tento přístup se orientuje především na nemoc, nikoli člověka (Ayers, de Visser, 2015).

Biomedicínský model má úspěchy, jeho zásluhou bylo dosaženo významného snížení úmrtnosti v posledních několika desetiletích, ale má své slabiny. Přes značný rozvoj výzkumu v oblastech léčby, zdravotní techniky, ale nezohledňuje všechny faktory, dimenze, které přispívají k optimálnímu zdravotnímu stavu, nebo dosažení optimální kvality života. Jelikož se orientuje na somatickou část, psychická stránka a stránka tělesná jsou vnímány jako dvě skutečnosti (Pelcák, 2014). Člověk je celostní bytost žijící ve svém okolí, ve vzájemných interakcích, proto nemůže být opomenuta stránka člověka jako bytosti sociální. Procesy, které se v nás lidech odehrávají jsou propojené, tedy stránka tělesná a psychická, nejedná se o dvě oddělené skutečnosti.

Jako odezva modelu biomedicínskému vznikl holistický přístup, který je nazýván také komplexní, nebo celostní, synonymem je též termín biopsychosociální přístup (Mandincová, 2011). **Holistický přístup** pomáhá nalézt pravou hodnotu zdraví a nemoci. Jeho principem je svobodná volba, a co je důležité, zahrnuje odpovědnost za péči o své zdraví, uzdravování. Je zaměřen na člověka, nejen na symptomy a nemoc (Kebza, 2005). Ale je zde také stránka člověka přesahová, kterou nelze opomenout, přístup, který zahrnuje také tuto dimenzi je nazýván **bio-psycho-sociálně-spirituální model** (Raudenská, Javůrková, 2011).

Světové zdravotnické organizace hovoří obecně o zdraví jako o stavu pohody (Mandincová, 2011). Je možné si říci, že každý člověk může vnímat pohodu různě, také kulturní a sociální kontext zde bude mít vliv na toto subjektivní hodnocení. Křivohlavý (2001) upozorňuje, že v této definici je opomenuta rovina etická a spirituální. Na základě četných definic zdraví vytvořil definici vlastní: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosáhnout optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“ (tamtéž, s. 40).

Kvalita života má rovinu vnější a vnitřní, ta vnější je o zdrojích, kterých se nám dostává, například jaký máme přístup ke službám, v jakém žijeme prostředí, ať už sociálním, životním, nebo kulturním atd. Vnitřní dimenze kvality života, jak už bylo uvedeno zahrnuje subjektivní vnímání pohody, které souvisí se zdravím duševním, fyzickým (Čepelka, 2019).

U subjektivního hodnocení kvality našeho života je také důležitá emocionální složka, žité pocity radosti, štěstí, životního naplnění. Také pokud vnímáme vlastní kompetence, ale i dostatečnou autonomii, zažíváme dobré vztahy s rodinou, přáteli, společenským prostředím. K tomu máme dány určité dispozice, osobnostní rysy, temperament, jehož součástí je i optimismus (Rybářová, 2009). V ošetrovatelské praxi je pojem kvality života spjat s naplněním lidských potřeb, zdravím, stavem pohody. Jaké je zapojení člověka do života, jaké má denní aktivity, schopnosti sebezpečí a přesahovou existencionální složku (Gurková, 2011).

2.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví je dle Světové zdravotnické organizace (WHO [online]) definováno jako „*pocit pohody, v němž každý člověk naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity.*“

K terminologii a jejího chápání Kebza, Šolcová (2004) upozorňují na to, že anglický termín well-being je v českém prostředí často chápán především v souvislosti s duševním zdravím, což je nepřesné. Navrhují výklad termínu osobní pohoda, neboť pod tento termín spadá dimenze duševní, tělesná i sociální. K těmto třem dimenzím přiřazují autorky Libigerová a Müllerová (2001) také dimenzi funkčních schopností. Termíny **osobní pohoda** (angl. well-being) a životní spokojenost jsou si významově velmi blízké. Životní spokojenost je pak často určována jako součást osobní spokojenosti, jako její kognitivní složka (Rybářová, 2009).

Jednou z oblastí dosažení kvality života, jsou **lidské potřeby** a jejich naplňování. Při jejich nenaplnění vznikají jak psychické potíže, především u nedostatečné saturace potřeb základních jako výživa, spánek, pak také ty somatické. Obecně dělíme potřeby na: biologické (fyziologické), psychologické, sociální, estetické, kulturní, duchovní a potřeby sebevyjádření (Šamánková, 2011).

Lidé jsou aktivní organismy, které se mění a vyvíjejí, mají tendence k psychologickému růstu, rozvoji. Ryan (2009) hovoří o své vypracované teorii sebeurčení, kdy jejím ústředním zájmem je fenomén **vnitřní motivace**. Od dětství lidé přirozeně vyhledávají příležitosti k učení, výzvám, novosti, pokouší se integrovat hodnoty svého sociálního prostředí. Pro úspěšný psychologický růst, životní spokojenost musí mít člověk podmínky, podporu a uspokojení zejména tří základních potřeb. Potřeby sociálních vztahů, vazeb, můžeme říci tedy sociálního začlenění. Druhou potřebou je autonomie, tedy možnost dělat věci na základě svých rozhodnutí, svobodné vůle. Třetí potřebou jsou kompetence, což je soubor dovedností, schopností, znalostí potřebných k tomu, aby člověk o sobě dokázal rozhodovat.

Potřeby lidí s duševním onemocněním souvisí především s dosažením potřebné kvality života, souvisí s udržením nebo obnovením osobní a sociální nezávislosti (Kalvach a kol., 2011).

2.2 Duševní onemocnění

„Duševní onemocnění je porucha jednotlivých složek lidské psychiky, jako je chování, nálada, citění, která trvá určitou dobu a je tak intenzivní, že narušuje běžný život člověka“ (Raboch 2020). Hartl a Hartlová (2015) hovoří o duševním onemocnění jako vybočení ze stavu, který je vnímán jako normalita, kdy se jedná o psychické postižení provázené porušením duševních funkcí. Hranice vnímání toho, co je již mimo normu není ostrá a jasná. Norma je v

různých společnostech vnímána různým způsobem. Chování, které je už vnímáno jako znepokojivé bude vnímáno jinak v jiných kulturách.

Chápání duševního onemocnění se měnilo také v čase, dnes stále není jednotné i přes skutečnost, že se informace globalizují. Norma je tedy chápána jinak v sociokulturním kontextu, roli má také faktor času a aktuální úrovně poznání (Vágnerová, 2004).

Pohledy na duševní onemocnění byly odlišné, na jejich chápání měly vliv již zmíněné faktory, ale dělil je také pohled různých psychologických škol. Ve Spojených státech amerických dominovala silná psychoanalytická tradice, v Anglii tradice diagnostická, která spočívá především v určení dominantních symptomů onemocnění. V Evropě pak převládal prognostický přístup, věřilo se například, že schizofrenie má pouze biologické příčiny a neočekávalo se, že se člověk z tohoto onemocnění uzdraví (Andersen, a kol., 2011).

Příčina vzniku duševního onemocnění je často více faktorovou záležitostí, může zde hrát roli vrozená predispozice, naše genetická výbava, psychosociální a biologické faktory. Člověk ať už po stránce tělesné, tak duševní se vyvíjí po celý život. „*Lidská psychika a celý lidský život a bytí se vyvíjí a formuje jako interakční model vrozených dispozic*“ (Orel, 2020, s. 26). Co jsme dostali do genetické výbavy, to nás ovlivňovalo po narození. Vedle genetiky, biologických faktorů má tedy vliv na naši psychiku sociální prostředí. Nejen naše vlastní primární skupina, kterou je rodina, ale také další lidé, vzájemné každodenní interakce, okolnosti, postoje. Může nás ovlivnit také trauma, úraz nebo různé zkušenosti, třeba s návykovými látkami (Orel, tamtéž).

Světová zdravotnická organizace (WHO [online]) označuje jako účinné, proveditelné intervence v oblasti péče o duševní zdraví léčbu depresí pomocí psychologické léčby, v případě středně těžkých až těžkých případů onemocnění léčbu s využitím antidepresiv, léčbu psychóz pak za pomoci antipsychotických léků a psychosociální podpory. Dalším významným okruhem intervencí je omezení dostupnosti drog, u alkoholu zdanění nápojů.

Termín **chronické onemocnění** je termín, který je obsažen ve vymezení okruhu osob, jímž je poskytována sociální služba chráněného bydlení, která je předmětem zkoumání této případové studie. Chronické onemocnění je definováno jako vleklé onemocnění nebo to, které trvá delší dobu, může se jednat o onemocnění nevléčitelné (Raboch, 2020). Tento termín je spjat především v ošetrovatelské péči s konceptem kvality života (Gurková, 2017). V odborných zdrojích jsou také využívány pojmy pro označení chronického onemocnění jako

dlouhodobé onemocnění, nebo také celoživotní, rekurentní. Časový rámec a podmínky, kdy se jedná již o onemocnění chronické není také jednotně vymezen (Chrastina, 2014).

Chronické onemocnění má často více příčin, jedná se o subjektivní zkušenost člověka, kdy má onemocnění u každého různý průběh, různé fáze, délku, intenzitu nebo je rozdílně vnímáno. Běžným schématem je období, kdy přichází zlepšení a následně přichází remise, poté se znovu nemoc může projevit, nastat relaps onemocnění. Tento průběh onemocnění se mění pod vlivem různých faktorů, jako jsou biologické, osobnostní, schopnost zvládnání svého stavu, zátěže, podpora okolí, prostředí a podmínky k životu, motivace. Péče, kde není zohledněna celá tato psychosociální dimenze vede k utrpení, invaliditě (Javůrková, Raudenská, 2011).

V praxi sociální práce je důležitý také termín nepříznivý zdravotní stav, tento termín je obsažen v zákoně o sociálních službách 108/2006 §3 písmeno c) a je zde i časové vymezení: *„dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.“*

Reforma psychiatrické péče v ČR užívá tohoto termínu **závažné duševní onemocnění**, (angl. severe mental illness) skr. SMI. Obecně není jednotná definice není stanovena, Rugeeri (2000) se ve své studii, kdy vychází z již provedených průzkumů, které se zabývaly výzkumem definicí SMI, pracují s kategorizací dlouhodobého onemocnění trvající déle než dva roky a diagnostického vymezení onemocnění definované dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1992, [online]): F20 - F22, F24, F25, F28 - F31, F32.3, F33.3. Onemocnění, která spadají do okruhu závažného duševního onemocnění, jsou onemocnění jako schizofrenie, bipolární porucha, afektivní poruchy, závažné depresivní poruchy.

3 Přístupy práce s lidmi s duševním onemocněním

Mezi základní přístupy práce s lidmi s duševním onemocněním patří psychosociální rehabilitace, jejímž principem v zemích s rozvinutou péčí je koncept zotavení angl. recovery a case management. Modelem specifické případové práce je flexibilní asertivní léčba skr. FACT (Novák, Ukorpová, 2018).

3.1 Case management

Case management byl a je využíván jako významná součást pomoci lidem s chronickým duševním onemocněním (Rubin, 1992). Je jedním ze tří základních typů intervencí sociální práce, vedle práce se skupinou a s komunitou. Synonymem pro case management je různě v odborné literatuře užíván termín individuální sociální práce, sociální práce s jednotlivcem, případová sociální práce, individuálně zaměřená intervence, case work (Špiláčková, Nedomová, 2013). Case management je obvykle spojen s identifikací oblastí pomoci, vyhodnocení plánování služeb, navázání na potřebné služby, nalezení zdrojů pomoci v komunitě, nebo ve vlastní osobě (Rubin, 1992). Jedná se o nepřetržitý proces plánování, vyhodnocování přání a potřeb klienta. Monitorování komunitních služeb a místních zdrojů, možností, zapojení klienta do systému pomoci (Frankel, 1992).

Case management, který je využíván v službách komunitního typu se zaměřuje na vnitřní a vnější zdroje klienta a na jeho silné stránky, nežli na psychopatologii (Novák, Ukropová, 2018). Může také být chápán jako úsilí jen v rovině individuální práce s klientem nebo v rovině systému služeb. Většina rehabilitačních modelů mají společné to, že staví na zplnomocňování a silných stránkách klientů (Stuchlík, 2009).

Na počátku kapitoly byl zmíněn model flexibilní asertivní komunitní léčby FACT (angl. Flexible Assertive Community Treatment) jedná se o způsob specifické případové práce. Tento model je využíván v několika evropských zemích, byl vyvinut v Holandsku. Jedná se o kombinaci případové práce pro lidi se závažným duševním onemocněním a potřebou nižší mírou podpory. Model, který reaguje na potřeby lidí s vyšší mírou podpory je tzv asertivní komunitní léčby, pod zkratkou ACT (angl. Assertive Community Treatment). Vznikl jako model práce s lidmi se závažným duševním onemocněním, pro zajištění dlouhodobé a intenzivní péče především v terénu. Péči poskytuje multidisciplinární tým, který má deset členů, kteří mají na starosti sto klientů, všichni členové týmu mají přehled o každém jednotlivě (van Veldhuizen, van Bähler, 2017).

Zásadami case managementu v práci s lidmi s duševním onemocněním jsou především služba individuálně šitá na míru, zaměření se na silné stránky, flexibilita, což obnáší i práci v terénu podle potřeb klienta, zapojení také klientova okolí, hledání přirozených zdrojů pomoci. Asertivita, která je součástí filozofie těchto týmů, je myšlena jako pomoc klientům bez reálného náhledu na své onemocnění, kteří jsou mimo síť pomoci (Rapp, Wintersteen, 1989, in Hejzlar [online]).

Model FACT se stal inspirací pro metodiku center duševního zdraví v České republice a dalších služeb sociální psychiatrie. Jedná se o propracovaný rámec multidisciplinární zdravotně - sociální spolupráce. Není v něm zahrnuta konkrétní psychoterapeutická složka, možná alternativa je v otevřeném dialogu (Novák, Ukropová, 2018). **Otevřený dialog** je založen na včasné pomoci lidem v těžké psychiatrické krizi, kdy je intervence zahájena do 24 hodin. Do pomoci, intervence je vtažena rodina a další lidé z podpůrné sociální sítě klienta, je zahájena diskuze k léčbě. Léčba je individualizovaná a pokud to lze probíhá v domácím prostředí klienta (Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2001).

3.2 Psychosociální rehabilitace

Pod termínem psychosociální rehabilitace je skryto mnoho přístupů, metod s cílem zlepšení zdraví a sociálního fungování člověka, jeho začlenění do společnosti. K termínu psychosociální rehabilitace je potřebné zmínit termín psychiatrická rehabilitace, tyto termíny jsou chápány jako synonyma (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Termín psychiatrická sociální rehabilitace je používán pro jasné vymezení cílové skupiny (Matoušek, Kodýmová, Koláčková, 2010).

Psychosociální rehabilitace se označuje jako proces, který přináší lidem možnost dosáhnout co nejvíce možného nezávislého života a optimálního fungování ve společnosti. Zaměřuje se na silné stránky člověka, posílení jeho schopností, aby mohl žít život kvalitně. WHO, 1996), (Páv, Pluhařčíková-Pomajzlová, Šťastná, 2017).

Psychiatrická/psychosociální rehabilitace respektuje jedinečnou žitou zkušenost každého člověka. Využívá strategie a techniky tak, aby vyhovovaly potřebám každého jednotlivého člověka (Barrett a kol., 2013). Vzniká na pozadí hnutí antipsychiatrie a demokratického hnutí v psychiatrii v roce 1960 (Wilken, 2010).

Rozvoj psychosociální rehabilitace pak započal s deinstitutionalizací v západní Evropě a USA, kdy docházelo k uzavírání velkých nemocnic, ale ukázalo se, že velká část takto propuštěných pacientů nefunguje samostatně a nejsou schopni se o sebe postarat. Když se psal rok 1980, desetiletí, kdy už končila vlna deinstitutionalizace, zejména v anglicky mluvící zemích, u nás v České republice jsme stále měli tuto výzvu před sebou, proces započal po revolučním roce 1989. Péče o lidi s duševním onemocněním měla další vývoj, vznikají tak některé modely rehabilitačních přístupů, jako příklad uvádím přístup Comprehensive Approach

to Rehabilitation, u nás pojem vžitý pod skr. CARE. Jedná se o eklectický přístup vyvinutý v Nizozemí, který staví na přístupu zaměřeného na silné stránky, zotavení a zaměřuje se na přítomnost. „*Přístup funkčně propojuje prvky různých rehabilitačních škol, bostonské školy W. Anthonyho, kalifornské školy R. P. Libermana a kansaský model Ch. Rappa a R. Goshi*“ (Páv a kol., s.72, 2017).

Přístup CARE je využíván v České republice, stejně jako přístup ART pochází z Nizozemí. Byl vyvinut pro potřeby lidí se závažným duševním onemocněním s vysokou mírou podpory, a to u těch, u kterých se zdá život v komunitě nepravděpodobný. Forma pomoci v podobě týmu FACT byla identifikována pro tyto lidi jako nedostatečná, zejména u těch, kteří byli závislí na dlouhodobé ústavní péči. Základem je práce v triádě, musí být aktivně zapojeni všichni aktéři, což zahrnuje pečující osoby, uživatele, osoby blízké. Dalším aspektem tohoto přístupu je časový rámec, kde je zahrnuto pravidelné vyhodnocování v triádě zainteresovaných osob a sjednání služby na dobu maximálně 3 let. Vyhodnocení pak zajišťuje třetí nezávislá strana, po zjištění, že nepřichází žádná změna je sjednávána služba jiná a dochází k přenastavení rehabilitačního plánu (Zomer a kol. 2020).

Za vznikem modelu ART stála rozsáhlá výzkumná rešerše příspěvků, kdy bylo zjištěno, že nejsou žádné odborné zdroje, jak pracovat s modelem zotavení v praxi. Samotný přístup práce zaměřený na zotavení klienta byl definován již v 80. letech dvacátého století, ale nebyly žádné zdroje, jak přístup implementovat do praxe. Vznikaly tak přístupy práce CARE, následně přístup ART, jehož cílem je vytvoření rámce, jak pracovat s lidmi se závažným duševním onemocněním. Model ART stojí na třech pilířích: A (active) - na časovém rámci, R (recovery) - principech zotavení, T (triade) – triádě všech spolupracujících stran, z klientů, profesionálů, rodinných příslušníků (Goverde, Zoomer, 2022).

Byly již zmíněny školy psychosociální rehabilitace bostonská, kalifornská, kansaská. Matoušek, Kodýmová, Koláčková (2010) označují tři základní školy psychosociální rehabilitace a to anglickou, losangeleskou, bostonskou. Anglická rehabilitační škola, spojená se jmény Bennet a Shepherd, stavěla na přenosu dovedností z jednoho prostředí do druhého (Vachková, 2008). Losangeleská, již zmíněna tvz. libermanovská škola, která je spojená především s rozvojem tréninku sociálních dovedností. Třetí rehabilitační školou je bostonská, spojená se jmény Anthony, Cohen, Farkas, aj., zaměřuje se na rozvoj schopností, klient je zde vnímán jako žák. Důležitými oblastmi rehabilitace jsou sociální kontakty, vztahy, bydlení, práce a učení (Matoušek, Kodýmová, Koláčková, 2010).

3.3 Zotavení v systému péče

Jak už bylo uvedeno v úvodu práce, nejedná se o terapeutický přístup nebo metodu práce. Velmi častá definice zotavení je uváděna tato: „*Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná*“ (Anthony, 1993, s. 527).

Profesor Anthony zotavení považuje za přední princip v péči o duševní zdraví. Nosnou myšlenkou je, že zotavení ze závažného onemocnění je možné. Důležité je zde chápat zotavení jako proces, kdy není jediným a hlavním cílem klinické uzdravení, tedy stav definitivního zbavení se příznaků onemocnění. Tento proces bude u každého jiný, každý má svůj jedinečný příběh, jde si na své životní cestě ať s příznaky onemocnění, nebo bez nich (Novák, Ukropová, 2018).

Jako proces změny popisuje zotavení také žena Patricia Deegan (1988), která prošla vlastní zkušeností se závažným duševním onemocněním: „*Zotavení je proces změny, v němž si jednotlivci snaží zlepšit své zdraví a kondici, který si řídí sami a snaží se dosáhnout svého plného potenciálu.*“ Patricia Deegan byla jedním z nejvýraznějších hlasů hnutí zotavení v 90. letech, které se snažilo změnit systém péče o lidi s duševním onemocněním. Sama vystudovala psychologii i přes to, že se dlouhodobě potýkala se závažným onemocněním (Novák, Ukropová, 2018). Zotavení vnímá jako nelineární proces, kdy je třeba počítat i se selháním, hledáním nových cest a způsobů. „*Zotavení označuje jako proces, postoj, způsob, jak přistupovat k výzvám dne. Není to lineární proces, občas je náš kurz nevyzpytatelný a my zakolísáme, posouváme se zpět, přeskupíme své síly a znovu začínáme ...*“ (tamtéž).

3.3.1 Fáze zotavení

Regins (2018) popisuje zotavení jako proces adaptace, srovnatelný s procesem po prožití tragédii. Využívá přirovnání s procesem vyrovnání se ztrátou modelu Elisabeth Kübler - Rossové, kdy nejprve přichází popření, následují fáze zlosti, smlouvání, deprese a nakonec přijetí. Zotavení má tyto fáze odlišné, jsou čtyři:

1. **Naděje**, jako motivační prvek, kdy se musí jednat o konkrétní, ale rozumnou vizi něčeho lepšího, toho, že bude lépe, že to zvládnou. Důležitá je orientace na budoucnost, nejen člověka, ale ze strany pracovníků, stejně jako uplatňování pozitivního přístupu.
2. **Zplnomocnění** člověka spočívá v podpoře člověka, ve využití jeho vlastních schopností. Soustředění se na silné stránky spočívá také v tom, že důležité zažít i malý úspěch. Pokud člověk zažije menší úspěch, nebo více malých úspěchů, může to otevřít cestu pro úspěch velký.
3. **Odpovědnost** za sebe sama, převzetí odpovědnosti i rizika, to znamená začít riskovat, zkoušet nové věci a učit se ze svých chyb a selhání, ale také odpoutat se od pocitů viny, hněvu a zklamání, které se nějak pojí s onemocněním.
4. **Smysluplné životní role**, tato fáze spočívá v nalezení nových životních rolích, a také v odpovědnosti ke svému životu tak, aby měl smysl. Být rodičem, zaměstnancem, dobrovolníkem, aj.

3.3.2 Dimenze zotavení

Chápání zotavení může být odlišné, základním rozlišení pojmu zotavení je členění zotavení na osobní a klinické. Někteří z autorů pracují s rozčleněním na čtyři základní pojetí, kdy je možné zotavení chápat jako **klinické, funkční, sociální a osobní** (Drennan, Alred, 2013, Couwenbergh, van Weeghel a kol., 2015, den Hollander, Wilken, 2019).

Cílem **osobního** zotavení je návrat k životu, ať už se člověk uzdraví zcela, nebo bude žít dál s nemocí, příznaky. Člověk v tomto procesu čelí překážkám, stigmatizaci, nezdarům a může mít velké problémy. Přes to všechno je možné, aby dokázal fungovat ve společnosti a směřoval ke zotavení ze závažného duševního onemocnění. Pro pomáhající profesionály je důležité se v procesu zotavování zaměřit na to, jak tímto každodenním bojem člověk může projít co nejlépe. Nesoustřeďovat se na patologii každodenních situací, které nemoc může přinést, ale soustředit se na to, jak člověku co nejlépe pomoci dosáhnout toho, po čem touží (Rapp, Gosha, 2011).

Osobní zotavování popisují lidé, kteří si prošli zkušeností hlubokého zoufalství a bezmoci. Pokud člověk opět získává kontrolu nad svým životem, přijímá za sebe zodpovědnost, je uznáván jako osobnost a může pro druhé něco opět znamenat (van Weeghel, 2009).

Kde je bezmoc a beznaděj, je potřebné o naději posilovat, reálná naděje je v konceptu zotavení velmi významným a důležitým prvkem. Rehabilitační pojetí zotavení je chápáno jako subjektivní záležitost, je popisováno jako proces, vykazuje se úspěšnou životní adaptací a dosažením plnohodnotného života při trvajícím onemocnění (Pěč, Probstová, 2014).

Holoubková (2014), která se ve své disertační práci zabývá pojmem zotavení uvádí, že nejčastější termín výzkumných přehledových studiích týkajících se zotavení ze závažného duševního onemocnění, je termín **subjektivní zotavení**, které je definováno jako individuální proces a je v podstatě synonymem pro osobní zotavení.

Klinické zotavení, takto pojaté, je chápáno nejběžněji tak, že se dostáváme do stavu, kdy už nemoc není přítomna nebo před nástupem jejích klinických příznaků. U závažného duševního onemocnění to znamená, že nejsou přítomny příznaky onemocnění jako absence nepřiměřených změn nálad, nebo dokonce sebevražedných myšlenek, tendencí, dezorganizace myšlení, a dalších. Klinické zotavení může být nejen úplné, ale částečné. Co je problematické na konceptu klinického zotavení, že je definováno z vnějšku, ať už profesionály či ostatním okolím. Nezohledňuje tedy osobní zkušenost, transformační síly a sebezpřijetí člověka. Například lidé s poruchou osobnosti, mohou namítnout, zda stav pohody před nástupem příznaků pro ně vůbec existoval, jestli byl u nich někdy přítomen (Drennan, Aldred, 2013).

Funkční zotavení se zaměřuje na obnovení běžného fungování člověka, příznaky onemocnění zde nemusí odeznít. Člověk, ale vykonává běžné role například jako rodič, chodí do zaměstnání, má partnerský vztah. Přes příznaky jako například hlasové halucinace, pocity paranoie, nutkavé rituály či sebepoškozování, může fungovat. Tento model se překrývá s pojetím sociálního nebo rehabilitačního zotavení (Drennan, Aldred, tamtéž).

Sociální zotavení je blízké procesu sociálnímu začleňování, kdy člověk je členem komunity, překonává stigma, má přístup ke zdrojům, účastní se života ve společnosti. Praxe, která se orientuje na sociální zotavení, cílí na obnovení sociálních sítí a účasti na životě v komunitě. Drennan, Aldred, tamtéž). Všechna zde uvedená pojetí jsou důležitá a pro proces zotavení je potřebné zahrnout všechny tyto zmíněné dimenze (Bitter, Roeg, Van Nieuwenhuizen, a kol., 2020).

3.3.3 Školy zotavení

Školy zotavení se snaží pomoci lidem s duševním onemocněním ve zvýšení znalostí a dovedností v oblasti zdraví a svého sebeřízení. Ideálem je, aby se člověk se žitou zkušeností s duševním onemocněním stal odborníkem na svou vlastní duševní pohodu (Martinelli, Ruggeri, 2020). V roce 2009 byla v Londýně založena první tato škola, následovala další Nottinghamu, a zemích Irsku, Skotsku, Dánsku, Holandsku, Norsku, Itálii, Japonsku, Austrálii, dnes již v ČR fungují také. Tyto školy jsou zaměřeny na zlepšení duševního zdraví pomocí vzdělávacích aktivit, spíše nežli na klinickou praxi. Nabízeny jsou kurzy, které jsou zaměřeny nejen na zotavení, ale například na seberozvoj (Nepustil, Geregová, 2020).

3.3.4 Výzkum zotavení

Zotavení je koncept, který je živým, aktuálním fenoménem, někde je již znám desetiletí, v naší zemi je pro nás konceptem celkem novým, pro některé stále neznámým. Výzkum zotavení probíhá na různých úrovních. Zkoumat, či měřit zotavení je možné pomocí kvalitativních, kvantitativních studií, longitudinálních studií. Výzkumů je celá řada, například ty, které se zaměřují na míru osobního zotavení, klinicky měřitelné uzdravení, oblasti a faktory podporující zotavení, jednotlivé fáze zotavení, nebo na kvalitu života. Dále vznikají studie z pohledu lidí s duševním onemocněním zaměřené na jejich prožívání, zkušenosti, stigmatizaci aj., nebo z pohledu jejich okolí, pomáhajících profesionálů či rodiny.

Pro výzkum nebo evaluaci ve službách mohou být využity standardizované výzkumné nástroje. Například dotazník *Recovery assesment scale*, který se využívá ke zhodnocení, měření subjektivního zotavení, má více verzí. Dále dotazník *Questionnaire about the Process of Recovery*, jímž se měří míra zotavení u lidí s duševním onemocněním, a je možné jej využít k měření účinnosti poskytované podpory. Oba tyto dotazníkové systémy byly přeloženy do češtiny. Dále také dotazník *Mental health recovery star (Outcomes star)* vyvinutý v Anglii, který mapuje rozsáhle život člověka s duševním onemocněním v deseti oblastech života (Zahrada, 2000).

Důležité v péči o lidi s duševním onemocněním je mapování potřeb, zde můžeme využít dotazník *Camberwell Assessment of Need*, přeložen je do českého jazyka. Je využitelný pro počáteční mapování oblastí, se kterými člověk potřebuje pomoci. Stejně je tak v českém prostředí využíván dotazník *Health of the Nations Outcome Scales, HoNOS*, kterým jsou

hodnoceny symptomy a sociální funkce. Pro zhodnocení celkového fungování člověka u klientů je využitelná škála Global Assessment of Functioning Scale, GAF (Dragomiecká, Pěč, 2022).

Přehledovou studii předkládá např. Temesgen W.A. a kol. (2019) zkoumají subjektivní zotavení a dalším cílem byla identifikace společných faktorů, které jsou spojeny s procesem zotavení. Důvodem pro vytvoření této studie také bylo, že neexistuje jednotná definice subjektivního, nebo chcete-li osobního zotavení. Nad tímto termínem probíhá stále diskuse jak u odborné veřejnosti, tak mezi uživateli služeb, jak uvádějí autoři studie. Závěrem autoři došli ke zjištění, že klienti služeb vnímají opravdu subjektivní zotavení odlišně. Někteří hovoří o tom, že je to proces vedoucí ke zlepšení, naopak někteří z klientů zotavení vnímají jako výsledek, kterého je potřeba dosáhnout (Temesgen, a kol., 2019). Tato studie došla k závěru, že ne každý chápe zotavení jako proces, což by u případného neúspěchu mohlo vést k ztrátě motivace.

Zkoumány jsou také přímo intervence, přehledová studie výzkumů Alan B. McGuire, Marina Kukla, a kolektiv (2014) zkoumá psychosociální standardizované intervence IMR. Výzkum naznačuje pozitivní výsledky ve vnímání zotavení a zvládnání nemoci. IMR angl. *Illness Management and Recovery* bychom mohli přeložit jako management nemoci a zotavení. Jedná se o ucelený program, kdy je pomocí jednotlivých kroků možné získat dovednosti, k tomu, aby uživatelé pracovali na svém zotavení (Pluhařčiková – Pomajzlová, [online]).

3.3.5 Faktory zotavení

Pro naši praxi sociální práce je důležité vědět, jaké faktory mají vliv na zotavení člověka ze závažného duševního onemocnění. Davison a kol. (2005) předložili kvalitativní studii, kdy byly provedeny rozhovory s lidmi ze z Itálie, Švédska, Norska a USA, zkoumali faktory, které mohly mít vliv na jejich zotavení ze závažného duševního onemocnění. Mezi hlavní prvky, které byly identifikovány patří: motivace člověka a snaha o to, žít normální život, také zvolení určitých strategií, sebeovládání, dostupnost zdrojů, vytvoření zázemí, pocitu domova, časté sociální kontakty, důležité je vycházet mimo své zázemí, zapojení do běžných činností, účast na různých svépomocných skupinách, a psychosociálních intervencí. Také bylo důležité cítit se být přijat a sám se přijmout jako normální osoba.

Holoubková (2017) ve své disertační práci, kdy zvolila kvalitativní design výzkumu, se zabývá procesem osobního zotavení, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zkoumá relevantní oblasti, které souvisí se zotavením. Identifikovala šest podstatných oblastí, které mají vliv na osobní zotavení: „...*oblast léčby, vlastní participace na zotavení, smysluplnost životního příběhu, vnímaná sociální opora, oblast práce a oblast bydlení*“ (tamtéž, s. 67).

Wilken (2010), Leamy a kol. (2011) přiřazují také znalosti a dovednosti, kterými disponujeme mají vliv na zotavování. Jedná se například o schopnost se o sebe postarat a převzít zodpovědnost za sebe. Důležitým faktorem je posílení vlastní identity, překonáním sebestigmatizace a zapojení se do sociálního života, zastávat životní role. Jinými slovy, začlenit se do společnosti. Podpůrnými faktory napomáhající zotavení jsou ty vnější, např. vztahy, nejen ty s profesionály, ale také s podpůrným okolím, rodinou, blízkými a též podpora osob se stejnou zkušeností. Využitím a rozvoj těchto faktorů dochází, pokud je člověk zplnomocněn.

3.3.6 Péče podporující zotavení

Jsou dvě roviny péče zaměřené na zotavení, rovina individuálních interakcí a péče na úrovni organizace. V úrovni individuální bude ukazatelem kvality, kvalita vztahu člověka/uživatele a pracovníka. Den Hollander, Wilken (2022) definují **péči podporující zotavení**:

- při prvním kontaktu s člověkem, je možné povzbudit klienta pro vytváření jeho vlastního příběhu zotavení. Tedy příběhu z hlediska možností člověka a jeho silných stránek, nikoliv z hlediska problémů a omezení. Z toho mi vyplývá, že již ve fázi jednání se zájemcem, v našem případě, o pobytovou službu by toto mělo být zakomponováno ve struktuře jednání,
- vedle úsilí klienta je důležité vytvoření optimálního systému podpory, důležití jsou lidé s vlastními zkušenostmi s duševním onemocněním, rodina, přátelé,
- kvalita vztahu, důležité je napojení na člověka, vědět jaké má potřeby, dále podpora naděje a pozitivního očekávání,
- změna musí být v celé organizaci, vedení i pracovníků, kteří zajišťují provoz
- musí být zaveden systém pravidelného hodnocení podpory prostřednictvím hodnotících nástrojů.

Inspirací je celá řada, např. v Holandsku mají již své *Standardy pro kvalitu péče o duševní zdraví* od roku 2017 (Hollander a Wilken, 2020), stejně jako konkrétní standard pro péči

podporu zotavení. Zde vnímají profesionály vlastně jako kouče, který zasahuje v případě potřeby, podporuje člověka v self-managementu.

Self - management je možné definovat jako sebeřízení, resp. vládu nad sebou samým, kterou člověk přebírá od pomoci profesionálů do svých rukou. S tím přebírá i zodpovědnost sám za sebe. Pokud potřebuje člověk pomoc, dokáže si ji sjednat a ví kam se obrátit. Charakteristické pro profesionály podporující zotavení je rovnocenný vztah mezi poskytovatelem a klientem, odstraňování nerovností a vztahů závislosti vyžadujících neustálou pozornost. Pracovníci se orientují na silné stránky klienta, musí mít sebereflexi, empatii, soucit, být loajální (Akwa GZZ, 2022).

Zotavení je sice individuálním procesem, ale bez toho, aby byl stanoven cíl, zotavením by mohlo být nazváno téměř cokoli. Mohlo by se stát, že se bude tento pojem vyprázdněn. Liberman a Kopelowicz (2002, in Probstová, Pěč, 2014, s.222) provedli operacionalizaci zotavení v rovině osobního zotavení: podmínku stanovili na dva roky: „1. *Remise jak pozitivní, tak negativní symptomatiky* 2. *Práce nebo studium v běžném zaměstnávání či výukovém programu* 3. *Ne plná závislost ne financích z důchodu* 4. *Nezávislé bydlení bez dohledu peněz, péče o sebe i medicace* 5. *Sociální aktivity s vrstevníky* 6. *Přátelské rodinné vztahy a kontakty* 7. *Rekreační činnosti v běžném prostředí (tedy ne centra denních aktivit, denní programy)* 8. *Pružnost a kapacita pro řešení problémů každodenního života* 9. *Subjektivní spokojenost se životem* 10. *Sebeúcta a stabilní sebeidentita* 10. *Účast na veřejném životě.*“

Pilgrim a McCaine (2013) odmítají obecně operacionalizovat zotavení, zúžit tak pohled na zotavení definovanými kritérii. Pokud hovoříme o zotavení jako o zcela individuálním procesu, který si jednotlivci definují sami, pak by to bylo v rozporu s tímto principem.

Pokud chceme pomáhat v souladu s principy zotavení, je nutné používat správná slova, řekněme **jazyka zotavení**. Jde o to, že slova mají velkou moc, dokáží zraňovat člověka, ale také mohou pomáhat, uzdravovat. Na zotavení zaměřený přístup využívá principů, kdy především člověka vnímá jako jedinečnou individualitu, která si utváří svůj jedinečný příběh. Expertní hodnotící posuzující přístup nepomáhá a profesionálové jsou zde z tohoto důvodu, aby snažili pomoci, je potřeba zvolit jinou strategii, partnerský, lidský přístup. Pracovníci by měli být srozumitelní, měli by se vyvarovat profesního žargonu a slov, které asociují prostředí armádní, táborové, ústavní (Brynych, Strossová, Francová a kol. [online]).

3.4 Implementace zotavení

Implementace určité změny v organizaci souvisí se strategickým rozhodnutím a jeho úspěšné provedení záleží na podmínkách, které budou vytvořeny a záleží na vedení organizace, jak podpoří tyto změny. Na počátku implementace je dekompozice úkolu na jednotlivé úkoly, které získáme zodpovězením otázek, jaké úkoly je potřeba podniknout, aby se změna uskutečnila, jak se to promítne do zdrojů organizace, kdo bude za implementaci zodpovědný a také v jaký termínech. Tyto kroky budou znamenat zřejmě změnu kultury organizace, zažité rutiny a možné překonání blokad, protože lidé někdy změnám nejsou nakloněni. Implementace změny by měla být vnímána jako příležitost k rozvoji organizace (Mallya, 2007).

Teorie změny, která definuje jako jednu z významných chyb, pokud se vrhneme do změn a nevtáhneme do nich spolupracovníky, nedokážeme předat myšlenku důležitosti potřebných změn. Prosazení nařízením a silou je cestou k neúspěchu, může jen posílit zavedené vzorce, ke změně je potřeba ostatních. Je nutná podpora vedení, ředitele a stejně tak důležitá je komunikace a přesvědčení, získání lidí pro záměr změny. Nutná je práce na zakotvení změn a to tak, že je nutné ukazovat lidem které chování, procesy vedly ke zlepšení. Stejně tak angažování subjektů, které ke změně mohou přispět (Kotter, 2015).

Teorie změny definuje kroky, které je nutné podniknout, aby změna v organizaci proběhla. Počátečním krokem je vyvolání vědomí naléhavosti změny a hledání zapálených lidí, což je označováno jako formování koalice pro změnu. Dále je důležité tyto změny promítnout do vize a strategie organizace a deklarovat je v rámci svých struktur, také je důležité určení odpovědných lidí, delegování úkolů a následná realizace změny (Žaludek, 2020).

Autoři den Hollander a Wilken (2022) identifikují jako důležité zavedení koncepce zotavení do celé struktury organizace. Implementace bude na dvou úrovních, první bude úroveň každodenních interakcí pracovníků a uživatelů služby. Druhá je organizační úroveň, je potřebná změna v celé kultuře organizace, veřejného poslání, cílů a zásad poskytování služby.

Inspirací pro začátek změn ve sledované službě byl také příklad dobré praxe jedinečného příběhu implementace přístupu v sociální službě Ledovec z. s. z Plzně, kdy jej sami aktéři označují jako nekončící proces (Bernhardtová, Syrovátková, Fojtíček, 2017). Autoři popisují, že se nejedná o násilný radikální zvrat, ale o postupnou nenásilnou vědomou implementaci v těchto oblastech: strategického rozhodnutí vedení organizace orientace služeb na zotavení, vzdělávání pracovníků, komunikace v rámci společných setkání v organizaci nad tématy zotavení. Povinnost účasti na těchto setkáních, měli vedoucí týmu, osoby odpovědné za implementaci zotavení v týmu, ostatní pracovníci měli účast na dobrovolné bázi. Dále to byla

práce v týmech, která spočívala v přenášení zodpovědnosti na pracovní týmy a podpora jejich autonomie v implementaci zotavení. Jednalo se o specifické implementační procesy v pracovních skupinách pro implementaci (napříč organizací a tématy). „*Nenásilné vstupování recovery do běžné praxe týmů lze pozorovat mj.:*

- *na měnícím se jazyku spolupráce;*
- *ve vědomějším zaměřování se na silné stránky a výzvy;*
- *ve větší odvaze k rozmazávání profesních hranic;*
- *v nových nápadech, jak nabízet klientům jiné životní role“ (tamtéž, s.22).*

Autoři Shepherd, Boardman, Burns (2009) v metodologickém dokumentu *Implementace zotavení* rozdělují proces implementace do tří fází: první fáze je strategické rozhodnutí organizace na úrovni nejvyššího managementu. Následně je vypracován plán, je stanoven harmonogram provádění těchto plánů, v této fázi jsou dosažené pokroky malé.

Druhou fází změny organizace je již akční fáze rozvoje, kdy jsou patrné změny praxe, kultury a politiky organizace, kdy v některých oblastech jsou pokroky značné, ale nejsou konzistentní v celé organizaci (Shepherd, Boardman, Burns, 2009).

Třetí fází je již stav, kdy je transformační vize realizována plně. Tedy byly definovány zásady, procesy a postupy pro poskytování služeb orientovaných na zotavení, jsou zakotveny na všech úrovních organizace od managementu, do všech týmů v organizaci. Procesy musí být ověřovány, průběžně hodnoceny, organizace aktivně pracuje na neustálém zlepšování a aktivně spolupracuje s dalšími organizacemi. Je zde definováno deset klíčových změn, oblastí, které by měly být v organizaci realizovány pro dosažení cíle implementace zotavení (tamtéž, [online]): změna každodenních interakcí a kvalita zkušeností, poskytování komplexních služeb, včetně vzdělávacích programů a školení, zavedení školení v oblasti zotavení, vytváření kultury organizace - změna vize, veřejného závazku, personální změny - zohlednění výběru pracovníků, v případě redefinování pracovních úvazků, pracovních pozic, změna přístupu k rizikům, nové definice zapojení uživatelů, transformace pracovní síly, podpora pracovníku na jejich cestě ke zotavení, budování příležitostí pro „budoucí život“.

Nově na podzim roku 2022 je téma implementace zotavení také zpracováno v české Metodice dobré praxe č. 2: Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací. Autoři textu se inspirovali kanadským příkladem Guidelines for Recovery Oriented Practice vydaných Mental Health Commission Canada z roku 2015, zde autoři definovali 13 principů a k nim stanovili metodická doporučení (Pfeiffer, Krejčí, Louženský, [online]).

4 Metodologie výzkumu

V této části práce budou popsány náležitosti výzkumné části práce, jako je výzkumný cíl a výzkumná otázka. Představeny budou použité metody a popsán výzkumný soubor, způsob zpracování dat. Dále bude předložena interpretace dat prostřednictvím samotné holistické případové studie konkrétní sociální služby chráněného bydlení. Data byla získána analýzou dokumentace, rozhovorů s pracovníky služby chráněného bydlení a pozorováním. Na konci práce budou zjištění diskutována.

4.1 Výzkumný cíl a výzkumná otázka

Celkovým cílem předkládané práce je popsat proces změn poskytování konkrétní služby chráněného bydlení v souvislosti se záměrem implementace přístupu zotavení. Zotavení je zcela individuálním procesem, pro konkrétního člověka bude znamenat zotavit se něco jiného, než pro druhého. Člověk se postupně propracovává ke svému zotavení, pracovníci služeb jsou tu pro to, aby mu v tomto procesu pomáhali, inspirovali jej pro to, aby na sobě pracoval a třeba se dostal za hranici osobních ambicí. Zásadním je změna paradigmatu od řízení poskytovatelem k řízení tohoto procesu jednotlivcem, uživatelem služby (Apa, [online]).

„Nejlepší způsob podpory jednotlivce při zotavení bude u každého člověka jiný. Vzhledem k tomu, že neexistuje žádná ideální ani, ta správná služba, není možné vytvořit pokyny k tomu, jak by mohli pracovníci v oblasti podpory duševního zdraví krok za krokem podporovat zotavení (Slade, 2013)“.

Je ale možné se držet určitých doporučení, stanoveného rámce pro osobní zotavení člověka, na úrovni služeb příkladů dobré praxe atd. Téma zotavení je lépe zpracováno v zahraniční literatuře, nejen, ale především v té angloamerické, v některých zemích mají své standardy pro péči, či služby, které se orientují na zotavení na národní, či organizační úrovni.

Výsledky procesu zotavení je potřebné hodnotit na individuální úrovni, s každým zotavujícím se člověkem zvlášť. Služby a stejně tak inspektoři kvality, ale potřebují informace pro zhodnocení, jak mají být poskytovány tyto služby v co nejvyšší kvalitě a efektivně. Již jsou k dispozici metodické pokyny a konstruovány různé měřicí nástroje ve formě dotazníků a výzkumných šetření, povětšinou zahraničních zdrojů. V rámci metodologie implementace

zotavení jsou určeny klíčové prvky, indikátory péče a zotavení, ale důkazní základna je v této chvíli buďto nová, nebo nedostatečná (Shepherd, Boardman, Rinaldi, Roberts [online]).

Co znamená být službou podporující zotavení o tom píše Martin Fojtíček (2022, s. 31) „*Myslím si, že to je téma, které nás ještě v širším prostoru v České republice čeká. Že se o zotavení už hodně mluví, ale málo zřetelně se mluví o tom, jak se to stane, že daná služba pomáhá zotavení. Hodně sociálních služeb se to snaží uchopit přes standardy, ale já víc věřím na ‚firemní kulturu‘ nebo na ‚atmosféru‘, ve které se pomoc odehrává.*“

Stanovení základní výzkumné otázky, tedy čemu chceme porozumět, pochopit by mělo být obsaženo ve výzkumných otázkách. Jak již bylo předesláno v konceptuální části práce, implementace na zotavení zaměřeného přístupu probíhá jak na organizační úrovni, tak úrovni každodenních interakcí mezi pracovníky a uživateli. Jak konkrétně vnímají pracovníci chráněného bydlení koncept zotavení, zda identifikují rozdíly mezi zaměřeným přístupem na zotavení a dosavadním přístupem opírajícím se o případovou práci, je jedním z ukazatelů, zda již došlo ke změnám v souvislosti s plánem implementace přístupu v chráněném bydlení, bude předmětem dílčí výzkumné otázky.

Výzkumná otázka, společně s dílčí otázkou byly stanoveny takto: HVO: **Jaké změny byly doposud realizovány v souvislosti s implementací konceptu zotavení v chráněném bydlení?** a DVO: **Jak vnímají koncept zotavení pracovníci chráněného bydlení?**

4.2 Metody výzkumu

Tématem této práce je pohled na malou sociální službu v procesu změny, v souvislosti s implementací přístupu zotavení. Pokud nás zajímají konkrétní případy, charakteristiky daného jednoho nebo skupiny porovnávaných případů, je možné vhodné řešení pro získání potřebných poznatků zvolit případovou studii, tedy kvalitativní výzkumnou strategii (Hendl, 2005).

Pro tento účel byla zvolena kvalitativní strategie, konkrétně se jedná o jednopřípadovou holistickou studii chráněného bydlení pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Jedním ze základních kritérií rozlišení případových studií je rozdělení podle toho, co zkoumáme, respektive počet zkoumaných případů. Mareš (2015) uvádí, že pokud se jedná o jediný případ je studie označována jako jednopřípadová nebo také individuální. Pro studie zkoumající jeden případ je znakem podrobnější zaměření a zkoumání v delším časovém horizontu, nežli je pár dní. Holistická studie je samostatnou entitou se svými charakteristikami, vlastnosti danými pro

daný jedinečný případ. Přestože je pohled na případ celistvý, zkoumá jednotlivé jevy, fenomény, které jsou předmětem zájmu výzkumu (Chrastina 2019).

Inspirací pro metodologii této práce byl způsob, kterým přistupuje ke kvalitativnímu výzkumu Robert E. Stake, kdy především využívá konstruktivistického paradigmatu. Výzkumník je vtáhnut do případu, mezi ním a informanty probíhá vzájemné působení (Mareš, 2015). Stake (tamtéž) považuje konstruktivismus a existencialismus za platné východisko pro kvalitativní výzkum, kdy tvrdí: „*lidská znalost a poznání jsou více konstruovány, než objevovány.*“ Zatímco další významný autor, který zpracovává téma případových studií, Robert K. Yin využívá především pozitivistické paradigma (in Chrastina, 2019, s. 79).

Tyto paradigmaty se liší v chápání a vysvětlení toho, co je znalost. Konstruktivisté říkají, že není možné chápat skutečnosti odděleně od jejich kontextu. Výzkumník má být vnořen do případu, aby chápal souvislosti a pochopil jeho kontext (Appleton, King, 2002). Důležité je subjektivní chápání celého případu, vytváření reality, která je konstruována, prostřednictvím vyprávění příběhu z pohledu účastníka (Baxter, Jackes, 2008).

Yinovo pojetí případových studií klade velký důraz na počáteční fázi případové studie před sběrem dat, důkladným detailním popisem každého kroku, což vyústí v propojení empirických dat s výzkumnými otázkami a následnými závěry (Appleton, King, 2002). Jedná se o podstatně jednoznačnější užší vymezení rámce metodologie výzkumu, oproti Stakeho pojetí, který v souladu s konstruktivismem formuje svá zjištění skutečností a kontextů v průběhu výzkumu, ta se promítá také zpětně do konceptuálního rámce (Chrastina, 2019).

Dalším rysem konstruktivistického pojetí kvalitativního výzkumu, ke kterému se tato práce přiklání je využití triangulace sběru dat, které lépe pomohou pochopit kontext případu (Appleton, King, 2002). Což má v praxi podobu využití několika zdrojů sebraných dat např. ze záznamů v podobě studia dokumentace, doplněny o rozhovory s profesionály, z dotazníku, posouzení situace, nebo vizuálních dat např. fotografií, aj. (Chrastina, 2019).

Podle Stakeho jsou základy případové studie holistické, kdy je potřeba vzít úvahu jednotlivé jevy v určitém kontextu. Dále je případová studie vystavěna na empirickém základě, pozorováním v terénu, jsou využity data ze studia dokumentace a rozhovorů. Interpretace dat se opírá o intuici výzkumníka, kdy zde vstupují interakce se zkoumaným subjektem. Odráží se zde vnitřní zkušenosti a perspektiva zkoumaného společenství (Yazan, 2015).

4.3 Výzkumný soubor a způsob získávání dat

Předmětem zájmu výzkumu je konkrétní malá jednotka, proto se bude volen výzkumný soubor postupem záměrného výběru. Miovský (2006, s.135) tento postup se charakterizuje

takto: „...za záměrný výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná vlastnost nebo stav“

Data byla získávána pomocí metod: a) analýza dokumentů, vhodných pro účely případové studie. Především vnitřních pravidel chráněného bydlení, informací z webových stránek, dokumentace k tvorbě veřejného poslání, schůzek pracovního týmu chráněného bydlení, analýzy hodnocení souladu poskytování služby s veřejným závazkem, a další, vyjma dokumentace klientů a nebo dokumentace, která by nepřinesla žádná zjištění.

b) pozorování v době přítomnosti rozhovorů v chráněném bydlení i mimo něj, byly pořízeny do osobního diáře a následně podrobněji rozepsány, pro zdokumentování zjištění. Lidé byli této skutečnosti informováni a vyjádřili s tímto postupem verbální souhlas.

c) rozhovorů s pracovníky chráněného bydlení. Tyto rozhovory s předem připravenou strukturou, probíhaly v přátelském neformálním duchu s cílem zjistit, jak pracovníci chráněného bydlení vnímají koncept zotavení. Komunikační partneři byli informováni o účelu rozhovoru, předem byli seznámeni, jak bude probíhat a jak budou sebraná data využita. Také se dohodli na způsobu zaznamenání rozhovoru, většina byla nahrána na aplikaci v mobilním telefonu. Kritériem výběru komunikačních partnerů byla dostatečně dlouhá praxe aspoň dva roky, vykonávaná funkce klíčového pracovníka aktuálně, nebo dlouhodobě v minulosti. Těmito kritérii byli vyřazeni pracovníci v sociálních službách, kteří pracují pouze jako noční dohled a nemají tak dostatečné povědomí o plánování služby, dalších poskytování základních činností a také konceptu zotavení. Bylo realizováno pět rozhovorů v délce od 27 minut do 56 minut.

Přehled realizovaných rozhovorů

<i>komunikační partner</i>	<i>pozice v chb</i>	<i>délka praxe</i>
<i>komunikační partner č. 1</i>	<i>klíčový pracovník</i>	<i>37:00 minut</i>
<i>komunikační partner č. 2</i>	<i>klíčový pracovník</i>	<i>45:00 minut</i>
<i>komunikační partner č. 3</i>	<i>klíčový pracovník</i>	<i>26:57 minut</i>
<i>komunikační partner č. 4</i>	<i>pracovník v sociálních</i>	<i>56:00 minut</i>
<i>komunikační partner č. 5</i>	<i>klíčový pracovník</i>	<i>27:33 minut</i>

Tab. 1 souhrn realizovaných rozhovorů

Před začátkem rozhovorů byl každý komunikační partner seznámen s účelem rozhovoru, jak bude zpracován, také jim byl předložen souhlas s jeho zpracováním. Souhlas se zpracováním rozhovoru za účelem výzkumu v rámci diplomové práce byl tedy verbálně vyjádřen, stejně tak byl poskytnut písemný souhlas. Otázky byly směřovány na zjištění informací, jak pracovníci vnímají koncept zotavení, jak popisují podporu, pomoc, která by se měla uplatňovat v rámci přístupu zotavení. Také na identifikaci bariér, které brání lidem ve zotavování a v poslední řadě, jaké změny v přístupu sami pracovníci identifikují a zda dokáží identifikovat realizované změny, jak je popisují. Formulace okruhu otázek:

1. Co Vás napadá, když se řekne zotavení (případně věděl/la byste nějakou definici zotavení)? Jaké principy by měli uplatňovat pracovníci ve službě, která pracuje s konceptem zotavení?
2. Co by podle Vás měli dělat, aby podporovali zotavování (sami lidi s duševním onemocněním, pracovníci chráněného bydlení, klíčový pracovník)? Co by případně neměli dělat pracovníci?
4. Co je problematické na procesu zotavování lidí konkrétně u lidí, kteří žijí v chráněném bydlení (v osobním zotavení, v souvislosti s místními podmínkami, komunitou, atd.)?
5. Vnímáte specifika a rozdíly na zotavení zaměřeném přístupu a v přístupu práce, který jste uplatňovali?
6. Jaké kroky, změny proběhly v CHB směrem ke kvalitě v souvislosti s přístupem zotavení? Můžete mi o nich říct, nebo je popsat?
7. Když se zamyslíte nad poskytováním této konkrétní služby chráněného bydlení, kde pracujete, je něco, co by, jste změnil/la (i v souvislosti s konceptem zotavení) ?

4.4 Etické aspekty výzkumu

Hlavní etický aspekt naší práce je zachování anonymity v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů. Rozhovory s pracovníky byly uskutečněny za této podmínky, proto nekonkretizujeme žádné podrobnosti, dále mlčenlivosti a souhlasu s použitím informací pouze pro potřeby této diplomové práce. Souhlas se zpracováním osobních údajů byl v souladu s platnou legislativou EU pro zpracování osobních údajů. Komunikační partneři byli informováni o základních zásadách a principech v souladu s ustanovením čl. 13 a následujících

Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob, v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

4.5 Interpretace dat

V této části budou předložena, zjištění, které byly realizovány, tak, aby byly naplněny stanovené cíle práce a zodpovězeny výzkumné otázky. HVO: Jaké změny byly doposud realizovány v procesu implementace konceptu zotavení v chráněném bydlení? Na tuto výzkumnou otázku se nejprve pokusím odpovědět informacemi, které byly získány ze studia dokumentace veřejného posláním, webových stránek služby, vnitřních pravidel služby, záznamů služby, záznamech o školení, supervizích, vzdělávání, které se týkají změny služby a zjištění z pozorování, které bylo v průběhu dotazování, také z byly zdrojem informací poznámky ze šetření. Poznámky byly také pořízeny na společných akcích s dobrovolníky organizace Adra, zápisky byly zaznamenány do osobního zápisu a poté přepsány.

Základní informace o službě

Jedná se o pobytovou službu sociální péče chráněného bydlení pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Zřizovatelem je kraj, jedná se o příspěvkovou organizaci. Příspěvkové organizace může buď zřizovat stát, nebo může být jako v tomto případě zřízena na úrovni územně správního celku. Jejím hlavním zdrojem příjmu je financování ze státních rozpočtů, úhrad uživatelů, dalším zdrojem jsou např. dary. Organizace poskytuje několik služeb: chráněná bydlení, domov se zvláštním režimem, domov pro seniory a ambulantní službu sociálně terapeutických dílen.

Důležitým momentem byl pro službu transformační proces, došlo ke snížení kapacity domova se zvláštním režimem a vznikly nové služby chráněných bydlení s různě velkou kapacitou. Služba chráněného bydlení, která je předmětem studie byla nově postavena, na zelené louce, pozemek na výstavbu darovalo město.

Služba byla projektována jako komunitního typu, ale aktuální kritéria pro komunitní služby nesplňuje dispozičně. Chráněné bydlení má deset samostatných jednolůžkových pokojů. Tyto jednotlivé pokoje jsou vybaveny nábytkem, standardně postelí s matrací, nočním stolkem, komodou, skříní, jídelním stolem, židlemi, křeslem. Každá komunita má sice jídelní kout, na

každém patře, dále jídelní stůl s židlemi. Budova je dvoupodlažní, první patro je bezbariérové, druhé už ne. V přízemí je obývací pokoj, na patře schází, je zde v podstatě na široké chodbě jídelní kout s jídelním stolem a židlemi, jedná se o průchozí chodbu. Na patře je šest pokojů, jedna společná koupelna s toaletou, je zde i pračka a sušička, mimo to je ještě zde jedno samostatná toaleta. Přízemí je velkorysejší na prostor, jsou zde čtyři pokoje, stejně jako v prvním patře je zde společná koupelna s a mimo to je zde ještě jedna samostatná toaleta. Hojně využívána je venkovní krytá terasa, propojená s interiérem.

Veřejné poslání služby chráněného bydlení

Poslání služby deklaruje důvod existence služby, mělo by být zde obsaženo k čemu se služba zavazuje, musí být srozumitelné jak pro profesionály, tak pro laickou veřejnost. Na tvorbě poslání by se měl podílet celý tým pracovníků, je pak větší šance, že pro ně bude srozumitelné (Bednář, 2012). Znění poslání CHB léta bylo stabilní a neměnné, stejně jako vymezení cílů, zásad poskytování služby i okruhu osob pro něž je služba určena. Na změně veřejného poslání se podílel celý pracovní tým chráněného bydlení a bylo dohodnuto, že pracovníci chtějí, aby v něm bylo obsaženo slovo zotavení. Nové veřejné poslání bylo diskutováno také uživateli služby, významněji přispěli v procesu definování zásad služby.

„Posláním Chráněného bydleníje vytvořit uživatelům podmínky pro klidný, soběstačný a nezávislý život. Služba usiluje o uchování a rozvíjení praktických dovedností při péči o sebe, vedení domácnosti a naplňování osobních potřeb. Chráněné bydlení nabízí uživatelům individuální podporu, přátelské zázemí ve společenství obyvatel i bezpečí svého soukromí.“ (CHB, 2017).

Změna poslání

„.....podporovat lidi s duševním onemocněním na jejich cestě ke zotavování, osobnímu růstu, soběstačnosti, společenskému začleňování.“(CHB, 2023a).

Cíle služby

- „1. V chráněném bydlení je vstřícná, přátelská a vlnná atmosféra.*
- 2. Každý uživatel se podle svých schopností a možností podílí na péči o domácnost a prostředí chráněného bydlení.*
- 3. Sociální služba poskytuje uživatelům potřebnou podporu:*
 - a) k samostatnému a nezávislému životu,*

- b) *k rozvíjení a uchování praktických dovedností péče o sebe, vedení domácnosti a využití volného času,*
- c) *k vytváření a udržování mezilidských vztahů a sociálních dovedností.*
- 4. *Uživatelé samostatně, nebo s podporou sociální služby řádně pečují o sebe a své zdraví.*
- 5. *Pracovní tým provází uživatele při důležitých změnách životní situace a potřeb.*
- 6. *Pracovní tým poskytuje či zprostředkovává účinnou podporu, aby uživatel v případě snížení soběstačnosti (z důvodů zdravotního stavu či vyššího věku) mohl co nejdéle využívat služby chráněného bydlení.“ (CHB,2021).*

Změna cílů

„Člověk v chráněném bydlení dostává takovou podporu, která vede k jeho zotavení ze závažného duševního onemocnění a k jeho sociálnímu začlenění. Naším cílem je, aby člověk:

- *byl připraven na samostatný život, nebo na život s co nejnižší mírou potřebné podpory,*
- *přijímal odpovědnost za svou osobu, naplňování svých potřeb, dosahování svých osobních cílů a cílů spolupráce,*
- *aktivně naplňoval volný čas a zapojil se do pracovních aktivit,*
- *navazoval a udržoval mezilidské vztahy,*
- *uměl komunikovat, formulovat své potřeby, chránit své zájmy a jednat s lidmi, s úřady a v situacích běžného života,*
- *byl co nejvíce soběstačný v péči o svou osobu a o domácnost,*
- *uměl se rozhodovat o svých záležitostech, spravoval si své finance sám, nebo s pomocí opatrovníka,*
- *pečoval o své zdraví, znal své onemocnění, věděl, jak mu předcházet, přijímal zodpovědnost za svou duševní pohodu a vyhledání pomoci v případě potřeby.“ (CHB, 2023a).*

Zásady služby

Zásady byly dlouhodobě stanoveny heslovitě: *„podpora soběstačnosti a samostatnosti, bezpečí a jistota, rozvoj a udržování dovedností, tolerance, důstojnost, podpora zdravotního stavu, úcta, slušnost zodpovědnost, individuální přístup“ (CHB, 2022).* Na redefinování zásad se podíleli jak uživatelé služby, tak celý pracovní tým chráněného bydlení, také za účasti

externího odborníka. Ze záznamu sociální pracovnice vyplynulo, že provedla individuální rozhovory s každým uživatelem chráněného bydlení. Byly určeny především oblasti chování, které by uživatelé očekávali od pracovníků: „přátelské jednání, individuální přístup, pomoc, když potřebuji, když mi něco nejde, sám to nezvládnou, ujištění, podpora, pochopení, ...abychom se oslovovali s pracovníky křestním jménem, hezké chování, aby byla sranda,“ (Anketa k zásadám služby, 2022). Z dokumentace tvorby zásad vyplynulo, že zásada zodpovědnosti patří do pracovně právního vztahu a bude vyřazena ze zásad služby, protože je již obsažena v dokumentech jako je pracovní řád. Zásada jistoty byla vyřazena, jelikož nekorespondovala nebo lépe neladila s principy zotavení a odváděla pozornost od principů podpory osobního růstu, zplnomocnění a odvahou přiměřeně riskovat. Jak uživatelé služby, tak pracovníci chráněného bydlení se shodli na zásadách podpory samostatnosti, individuálního přístupu, který staví na silných stránkách ochrany práv osob, vzájemné slušnosti a pozitivním přístupem.

Změna zásad služby:

Podpora soběstačnosti a samostatnosti

Neděláme věci za uživatele, které zvládnou sami. Pracovníci poskytují uživateli podporu v situacích, kdy jim nestačí vlastní zdroje na jejich řešení, podporují je v samostatnosti a převzetí odpovědnosti za sebe sama. Podpora míří také na to, aby uživatel porozuměl svému onemocnění, věděl, jak předcházet relapsům, krizím a co je v tomto případě nutné dělat.

Respekt k lidské důstojnosti

Všichni lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Pracovníci usilují o zamezení snižování a narušování důstojnosti, sebeúcty, podporují vzájemnou solidaritu. Pracovníci mají rovný přístup, vytvářejí prostředí důvěry, usilují o zamezení stigmatizace a sebestigmatizace.

Ochrana práv

pracovníci usilují o maximální zachování práv uživatelů: znají práva uživatelů, dodržují je, zamezují jejich porušování a podporují uživatele, aby mohl svá práva a svobody realizovat.

Slušnost

Základem práce v naší službě je slušná mezilidská komunikace (pozdrav, oslovení, vyjádření přání). K uživatelům služby přistupujeme s respektem k jejich současnému stavu. Pokud je nutné mluvit o uživateli v jeho nepřítomnosti (například na poradách týmu), bavíme se vždy takovým způsobem, jako by byl rozhovoru účasten.

Individuální přístup

Přistupujeme k osobnosti člověka s ohledem na jeho potřeby, zvyky, věk, onemocnění, schopnosti, dovednosti. Každý člověk je jedinečný, a tak jej bereme. Sjednaná podpora cílí na řešení jeho nepříznivé situace je mu šitá a míru. Podporu, pomoc uživateli stavíme na jeho silných stránkách.

Pozitivní přístup

Uživatelům služby je předáváno hlavní poselství „že to zvládnou“, ať už sami, nebo s naší pomocí. Neúspěchy na cestě k dosažení těchto cílů pracovníky neodradí. Pracovníci vystupují pozitivně, ochotně, empaticky, přirozeně, s porozuměním.“ (CHB, 2023a).

Kapacita služby

Kapacita služby byla 10 uživatelů.

Změna kapacity

Kapacita služby je momentálně 11 uživatelů.

Kapacita CHB byla rozšířena na 11 uživatelů o možnost poskytování služby také v bytě. Byt poskytl do pronájmu město ve vhodné lokalitě. Jedná se o byt dvoupokojový, s kuchyňskou linkou a samotnou koupelnou, se sprchovým koutem, WC. V místě poskytování chybí návazná služba podpory samostatného bydlení, která by poskytovala služby v blízké dostupnosti. Byt využívá jeden uživatel, tato forma už splňuje charakter komunitní služby.

Okruh osob, pro něž je služba určena

Podmínky, aby člověk splňoval kritéria vymezeného okruhu osob, pro něž je služba určena, jsou potřebnost pomoci jiné fyzické osoby, snížená soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, jak je to definováno ve veřejném závazku. „*Sociální služba je určena dospělým osobám s chronickým duševním onemocněním – schizofrenií, poruchami s trvalými bludy, afektivními poruchami či organickou poruchou s bludy, podobnou schizofrenii, jejichž*

situace vyžaduje pomoc jiné osoby a které si chtějí uchovat nebo rozvíjet své dovednosti umožňující samostatnější a nezávislejší život“ (CHB, 2023a).

Místní a časová dostupnost

Služba je poskytována celodenně, sedm dní v týdnu, běžná pracovní doba je od 7:00 do 19:00. Noční služba je zajištěna především pracovníky nočního dohledu, v čase od 19:00 do 7:00. Tato služba byla určena především pro uživatele s vyšší mírou potřeby, nyní již se razí větší důraz na individualitu, tedy na poskytování služeb podle aktuálních potřeb člověka. Zásadou je nenahrazování běžně dostupných služeb, pracovníci v případě potřeby poskytují pomoc v jejich zprostředkování. Služba má dobrou dostupnost, v blízkosti chráněného bydlení je zastávka autobusu, ze které je možné se dostat jak do dalších částí města, tak na nádraží nebo zde jezdí linky přímo do vedlejšího krajského města. Je zde restaurace, obchody s potravinami, zdravotnické, poštovní služby, knihovna. V létě se na náměstí pořádají kulturní akce, letní kino, divadlo. Kousek od náměstí je římskokatolický kostel, kde se pořádány pravidelně mše sváté.

V této části města není větší obchodní středisko, bankomat, lékárna. Dostupnost je buďto autobusem, taxislužbou, nebo pěšky je to k popsaným službám kilometr a půl, někteří z klientů využívají jízdního kola, ve městě je síť využitelných cyklostezek a město je pro cyklisty příznivé, je to rovina, není kopcovité.

Návaznost služeb

Služba není spádová pro nedaleké centrum duševního zdraví, které působí na území krajského města a přilehlých obcích. Šance na rozšíření jeho působnosti nejsou, nově od letošního roku rozšířilo působnost Krizové centrum nedalekého krajského města. Krizové centrum disponuje multidisciplinárním týmem, který je schopen vyjet za člověkem v případě krize. Problematická je nemožnost vybrat si lékaře z oboru psychiatrie, působí zde jen jediná lékařka tohoto oboru, a dostupnost další ostatní lékařské péče, psychologa.

Ve městě působí malá služba sociální rehabilitace, někteří z uživatelů mají uzavřenou smlouvu o poskytování této služby a se službou spolupracují, stejně tak se službou sociálně terapeutických dílen. Ve městě je možné využít také služeb občanské poradny.

Personální zajištění

V chráněném bydlení pracují čtyři pracovníci v sociálních službách, vykonávají výchovně nepedagogickou činnost, dále je zde jedna pracovnice, která má uzavřenu dohodu o

pracovní činnosti. Noční dohled vykonávají především pracovníci se zkrácenými úvazky, mají uzavřeny dohody o pracovní činnosti. Zajišťují bezpečí uživatelů, poskytují potřebnou podporu uživatelům podle jejich potřeb, například při zhoršení zdravotního stavu poskytují potřebnou péči v rámci svých kompetencí.

Pracovníci v sociálních službách vykonávají svou činnost podle zákona o § 116 podle písmena „b) *základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.*“

Sociální pracovnice má kumulovanou funkci a je zároveň vedoucí CHB, koordinuje provoz, dále zajišťuje poskytování služby po odborné stránce, metodické, provádí kontrolní činnost a sociální poradenství. Má na starosti ve spolupráci s vedoucí přímé péče tvorbu vnitřních pravidel, metodických postupů a usiluje o dosahování co nejvyšší kvality poskytovaných služeb, její sledování, měření. Na starosti má také personální práci, tedy práci s lidskými zdroji, podílí se na výběru pracovníků, jejich koordinaci, hodnocení, zodpovídá za kvalitu odvedené práce týmu pracovníků. Sociální pracovník je zodpovědný za vedení případové práce, její evaluaci, spolupracuje s opatrovníky, rodinnými příslušníky klientů a dalšími návaznými službami. Je zodpovědný za bezpečnost a materiální zabezpečení objektů chráněných bydlení.

Jednání se zájemcem o sociální službu

Jednání se zájemcem o službu v chráněném bydlení v praxi zajišťuje sociální pracovník, vedoucí chráněného bydlení. Ve vnitřních pravidlech Pravidla pro jednání se zájemcem o službu a pro vedení databáze žadatelů o službu v chráněném bydlení (CHB, 2023b) je uvedeno, že jednání může zajistit také vedoucí přímé péče, nebo ředitelka organizace. Jednání probíhá s člověkem, který projevil zájem o poskytování služby. Potřebné dokumenty pro podání žádosti jsou vyplněny formulář– žádost o poskytnutí služby sociální péče v chráněném bydlení a informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů, který žadatele také informuje, jaké údaje budou evidovány, za jakým účelem a jak s nimi bude nakládáno. V případě potřeby pomůže sociální pracovník zájemci o službu s vyplněním žádosti. K žádosti je potřebné doložit vyjádření lékaře pro ověření, zda žadatel spadá do okruhu osob, jímž je poskytována služba. V nejideálnějším případě jednání se zájemcem proběhne v místě poskytování služby, kdy se

žadatel má možnost seznámit s prostory chráněného bydlení, získat tak reálnější představu, kde by v případě uzavření smlouvy o poskytování sociální služby bydlel. Jednání může probíhat také v kanceláři sociální pracovnice, která není v místě poskytování služby. Z pravidla jednání probíhá buďto tak, jak bylo nyní pospáno nebo v přirozeném prostředí zájemce o službu nebo v místě současného pobytu, často je to spádová psychiatrická nemocnice.

Plánování průběhu služby

Již v průběhu jednání jsou se zájemcem zjišťovány jeho potřeby, přání, cíle, je mapována jeho situace. Mapování potřeb je důležité v praxi sociální práce, to již ve fázi, kdy jednáme se zájemcem o poskytování dané sociální služby. Jako sociální pracovníci mapujeme celou nepříznivou situaci člověka. Nejedná se pouze o mapování, ale také naplňování potřeb, vyhodnocujeme, společně s přáními a očekáváními člověka, zjišťujeme, jaká je jeho situace a jaká je jeho zakázka (Čtvrtečková, Kleinová, 2020).

V případě uzavření smlouvy o poskytování služby péče v chráněném bydlení je ještě před uzavřením zahájeno jednání s budoucím příjemcem služby, za účelem sjednání rozsahu poskytování sociální služby s ohledem na jeho přání a osobní cíle. Výstup z tohoto jednání je podkladem pro vyhotovení smlouvy o poskytování služby sociální péče v chráněném bydlení. Sjednaná podpora, osobní cíle a individuálně určené potřeby jsou průběžně vyhodnocovány, přehodnoceny v rámci procesu plánování služby. Je stanoven klíčový pracovník ve funkci pracovníka v sociálních službách, uživatel může klíčového pracovníka změnit, pokud si to přeje. Společně je stanoven a zpracován individuální plán, který je realizován, průběžně přehodnocován, na základě přehodnocení plánu. Proces individuálního plánování je postaven na úkolově orientovaném přístupu. Do procesu individuálního plánování mohou být přizvány další osoby z podpůrného okolí klienta, např. z okruhu rodiny, přátel nebo opatrovník.

V procesu individuálního plánování je nutné vyhodnocení dosud poskytované podpory, potřeb a cílů uživatele služby. Následně se na základě těchto zjištění sjednává podpora pro další období, které vychází z očekávání klienta a dále reflektuje jeho potřeby a cíle. Vše směřuje k řešení jeho nepříznivé situace, ke změně, jedná se o konsensus a nalezení společného zájmu poskytovatele a uživatele (Bicková, Hrdinová, 2011). Mapování potřeb je důležité v praxi sociální práce, a to již ve fázi, kdy jednáme se zájemcem o poskytování dané sociální služby. Jako sociální pracovníci mapujeme celou nepříznivou situaci člověka. Nejedná se pouze o

mapování, ale také naplňování potřeb, vyhodnocujeme, společně s přáními a očekáváními člověka, zjišťujeme, jaká je jeho situace, přání a cíle (Čtvrtečková, Kleinová, 2020).

Vnitřní pravidla individuálního plánování nebyla v souvislosti s konceptem zotavení upravena. Komunikační partneři v rozhovorech uvedli, že se zaměřují v procesu plánování služby na cíle, které více podporují rozvoj samostatnosti, zaměření silné stránky uživatele probíhalo již v rámci případové práce.

Průběh poskytování služby

Studiem dokumentace byly zaznamenány změny revizí vnitřních pravidel v souvislosti se změnou veřejného poslání služby chráněného bydlení a rozšířením kapacity služby. Bylo také revidováno vnitřní pravidlo havarijních a nouzových situací a vnitřní pravidlo vzájemného soužití a spolubydlení. Toto pravidlo bylo rozšířeno o ustanovení, které se vztahuje k poskytování podpory v bytě, který není součástí objektu chráněného bydlení. Vnitřní pravidla týkající se jednání se zájemcem o službu individuálního plánování nebyla změněna. Pravidla týkající se práv osob, stížností, smlouvy o poskytování služby sociální péče v chráněném bydlení byla revidována, ale změny se netýkaly změny veřejného poslání nebo konceptu zotavení.

Podpora pracovníků k uživatelům probíhá především v oblastech základních činností, které jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. a vyhlášce 505/2006. Sb. v platném znění. Řídí se tím, jak má uživatel službu nasmlouvanou právě v těchto základních činnostech a v rámci procesu individuálního plánování.

Zajištění stravy nebo podpora s přípravou stravy probíhá tak, že se uživatelé stravují buďto společně, nebo individuálně podle svého přání. Společné stravování vypadá tak, že se dohodnou na jednotlivých patrech lidé na týdenním jídelníčku a v přípravě se střídají, výhodou je ekonomická úspora a také to, že nemusí člověk vařit každý den. Schopnosti lidí uvařit nebo připravit stravu jsou různé. Někdo vaří sám, a někdo s pomocí pracovníka, kdy je podpora evidována dle ceníku. Další podpora je v úkonech základní péče evidována také po minutách a je účtována podle sjednání ve smlouvě o poskytování služby sociální péče. Výše takto účtované podpory je také sjednána s uživatelem ve smlouvě, výše zohledňuje ustanovení vyhlášky 505/2006 Sb., kde je stanovena maximální možné výše, konkrétně se jedná o ustanovení v § 17 c) „*podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů uvedených v odstavci 1 písm. c) až h)*“. Tato podpora je následně souhrnně v měsíci spočtena a vykázána, uživatelé ji hradí v následujícím měsíci, většinou z příspěvku na péči, pokud uživateli náleží. Dále jsou stanoveny úkony v rámci těchto základních činností jako poskytování ubytování, kde je

zahrnuta také pomoc s praním, žehlením, drobnými opravami prádla. Používat sušičku a pračku uživatelé zvládají, pomoc je potřebná, pouze sporadicky pokud např. nemá člověk dobrou jemnou motoriku rukou nebo u praní prádla, pokud se potřebuje seznámit s obsluhou přístroje.

Dalším z úkonů je péče o domácnost, která spočívá v tom, že pracovníci pomáhají většinou s většími úklidy, udržování pořádku v domácnosti. Neznamená to, že by pracovníci uklízeli uživatelům, co zvládnou, je na nich. Podpora může probíhat např. formou slovního vedení. Pokud má někdo v některých oblastech potíže, je nastavena po dohodě podpora např. formou nácviku činností. V případě potřeby pomoci je poskytnuta i ta. Uživatelé se podílejí na úklidu společných prostorů, péči o zahradu, sekání trávy, pěstují zeleninu, starají se o venkovní terasu, aj. K péči o domácnost patří i poskytování podpory v hospodaření s financemi, případně podpora v komunikaci s opatrovníkem, opět na základě potřeby a dohody. Podpora je také směřována na oblast uplatnění práv a oprávněných zájmů. Což může mít podobu pomoci s vyřízením sociálních dávek, příspěvku na péči, podpory v uplatnění volebního práva, aj. Dále probíhá podpora v oblasti hygieny, pokud je to potřeba, většinou motivací, případně podporou v zajištění běžně dostupných služeb.

Dalšími úkony v rámci základních činností je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, což probíhá např. v rámci doprovodů k lékaři, aj. V oblasti péče o zdraví mohou pracovníci pomoci s chystáním léků, ale pouze formou dohledu. Pracovníci nesmí s léky manipulovat, nejsou zdravotníci, uživatelé mají léky u sebe. Dále je podpora cílená na dosažení osobní pohody, na účelné trávení času, pokud to lze, je poskytována pomoc v zařazení na pracovní trh. Dalším aspektem v rámci případové práce je zajištění návazných služeb, např. sociální rehabilitace, odborné poradenství, aj.

Evaluace služby

Probíhá ve více formách, ať už v každodenních interakcích, kde by pro jejich přístup mělo být určující stanovené veřejné poslání, další vnitřní pravidla, etický kodex, pracovně právní řád. Dále je ročně hodnocen soulad poskytování s veřejným závazkem a je zjišťována spokojenost s poskytováním služby chráněného bydlení. Nad rámec stanovených vnitřních pravidel bylo realizováno dotazníkové šetření pomocí strukturovaného dotazníku Recovery Assessment Scale skr. RAS – R, verze pro pracovníky služeb autorů O'Connell, Tondora, Kidd, Stayner, Hawkins a Davidson (2007).

Zkoumané položky se týkají základních kategorií: životních cílů, zapojení člověka do

možností své léčby, různorodosti poskytované podpory zotavení, zda je individuálně přizpůsobená služba, přívětivosti prostředí služby, to všechno prostřednictvím třiceti dvou otázek. Upravený dotazník byl využit v týmu pracovníků, smyslem použití tohoto dotazníku nebylo pouze zjištění informací pomocí zodpovězených otázek, ale otevření diskuze k tématům týkajících se využití přístupu zotavení v praxi, byl vyplněn na začátku letošního roku 2023, bez konkrétního datování. Inspirací pro zvolení tohoto typu nástroje byl publikovaný příklad dobré praxe služby Ledovec z. s. Martinem Fojtíčkem (In Pfeiffer, Krejčí, Louženský, [online]). Níže na obrázku je uveden příklad přizpůsobeného dotazníku pro potřeby chráněného bydlení.

RSA-R

(upraveno)

Zakroužkujte (označte) prosím níže uvedené jedno číslo, které odráží, jak přesně následující prohlášení popisují činnosti, hodnoty, zásady a postupy tohoto vašeho zařízení.

Na (tečkované) řádky máte možnost rozvést své odpovědi, budeme za ně rádi, předem DĚKUJEME!

Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
----------------------	-------------	-------------------	-----------	--------------------

<= nesouhlasím Rozhodně souhlasím =>

1. Zaměstnanci vyvíjí úsilí, aby se lidé (uživatelé) mohli cítit v této službě (CHB, DZR...), dobře.

Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
----------------------	-------------	-------------------	-----------	--------------------

.....

2. Tato konkrétní služba nabízí příjemné a důstojné prostředí (např. vstupní hala, pokoje, sociální zařízení atd.). Případně uveďte, co byste změnili?

Rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
----------------------	-------------	-------------------	-----------	--------------------

.....

obr. č. 1. Ukázka pro konkrétní službu přizpůsobeného dotazníku RAS -R.

Na většinu otázek byla zvoleny odpovědi souhlasí, nebo rozhodně souhlasím. Propad nastal u otázek na zapojení uživatelů např. účastí uživatelů na poradách, nabízení možnosti návštěv svépomocných skupin, zapojení do odborné přípravy zaměstnanců a vzdělávání v tomto programu. U zapojení uživatelů do služby byly odpovědi negativní z důvodu, že se tak neděje. Za svépomocnou skupinou by bylo potřebné komplikovaně dojíždět.

Vzdělávání pracovníků

Pro plány implementace zotavení chráněného bydlení z roku 2021 v rámci středního managementu byly diskutovány tyto potřebné základní kroky k dosažení cíle implementace zotavení, po stanovení vize organizace, směřování poskytování služeb se zaměřením na zotavení. První kroky spočívaly především v zajištění vzdělávání zaměstnanců, všichni pracovníci, kteří pracují na hlavní pracovní poměr se proškolili v základním školení o konceptu zotavení a dále se zúčastnili také jiných školení které byly zaměřeny na práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním, dále proběhly stáže, audit kvality, školení o individuálním plánování zaměřeného na koncept zotavení, tento proces probíhá a není ukončen. Ještě před zahájením školení byla prvotním studijním materiálem knížka Mikea Regins (2018) Cesta k zotavení, přeložená do českého jazyka, a také Příručka jazyka zotavení (2020), která pracuje se změnou myšlení na základě změny používaného jazyka. Jednalo se o první malé krůčky na začátku plánovaného procesu změny. Na studium základní literatury navazovalo setkání s extérem odborníkem, obsah těchto schůzek měl za cíl nácvik interakcí a řešení případové práce s uživateli, které bylo postaveno na fázích zotavení, jak je popisuje Regins (2018).

Důležitým krokem je postupná změna interakcí mezi uživateli a pracovníky s ohledem na principy zotavení. Shepherd, Boardman, Burns, (2009) vyzdvihují důležitost znalosti pracovníků se zásadami konceptu zotavení. Obecná znalost, ale nepřinese potřebnou změnu pro každodenní praxi. Každodenní setkání pracovníků, ale i všech zaměstnanců organizace by mělo odrážet hodnoty zotavení v pozitivním přístupu, předávání naděje, vznesení tématu zotavení, stavění pomoci a podpory na silných stránkách člověka, od přístupu vedení k podpoře člověka v sebeřízení. Už změna veřejného poslání a zásad služby by měla zajistit jak změny v přístupu, tak aby se pracovníci orientovali v tom, co se od nich očekává.

Také Pfeiffer, Krejčí, Loužanský (2022) navrhuje ve své metodice zavádění kultury zotavení podporovat pozitivní přístup, předávání naděje, optimismu tak aby dokázali předávat

pozitivní očekávání. Dalším krokem je stanovení plánu zotavení a průběžné sledování pokroku zotavení. Dalším krokem je stanovení individuálního plánu zotavení a průběžné sledování pokroku zotavení.

4.5.1 Zodpovězení výzkumné otázky, zjištění z rozhovorů

Zde bude zodpovězeno na výzkumnou otázku, vedle analýzy dostupných zdrojů a dokumentace, také prostřednictvím rozhovorů s pracovníky chráněného bydlení. Jaké změny byly doposud realizovány v procesu implementace konceptu zotavení v chráněném bydlení? Z transkripce rozhovoru byly identifikovány pojmy technikou otevřeného kódování, které se vztahovaly k poskytování služby v chráněném bydlení v souvislosti s implementací přístupu zotavení. Tyto pojmy jsem zanesla do tabulky programu Excel a barevně označila a následně definovala tyto kategorie: orientace na jiné cíle, větší autonomie člověka, změny služby chráněného bydlení.

Změny v poskytování služby, zjištění z rozhovorů s pracovníky CHB

<i>orientace na jiné cíle</i>
<i>větší autonomie člověka</i>
<i>změny služby CHB</i>
<i>používání slov, jazyka</i>

tab. č. 2 Stanovené kategorie pro zodpovězení HVO

Kategorie orientace na jiné cíle

Komunikační partneři popisují podobně změny v rámci zavádění přístupu zotavení do praxe, konkrétně v předávání větší zodpovědnosti uživatelům za sebe sama, kdy se v komunikaci otevírají nová témata, předkládají se větší možnosti. Také se mluví více s uživateli služby o dosažení cíle jejich zotavení, mluví se o tom, že je to reálné a možné. Komunikační partneři vnímají změnu, kdy se pracuje také více s myšlenkou docílení nezávislosti nebo ukončení služby. KP3: „*Cílí se na větší samostatnost, pracuje se na větší osamostatnění člověka,*“ a KP4 uvedl/a: „*pracuje se s tím, že služba není definitivní řešení jejich situace.*“

Člověk ve se fázi stabilizace může ocitnout ve stavu stagnace, kdy se adaptoval na prostředí, ale jeho rozvoj se zastavil a nemusí být příčina na straně uživatele služby. Píší o tom autoři den Hollander a Wilken (2022) kdy uvádí, že lidé tráví mnoho let v prostředí, jako je nemocniční oddělení nebo jiné chráněné prostředí, což je také chráněné bydlení a jiná další. „*Jejich prostředí se zaměřuje na udržování stejné stabilní situace, čímž tito lidé přicházejí o možnost se rozvíjet*“ (tamtéž, s.143). Tuto skutečnost popisuje KP4, že někteří z uživatelů změnu nechtějí, zvykli si žít v chráněném bydlení, dokonce si na tom zakládají, mají zde trvalé bydliště. KP5 popisuje postoje opatrovníků, kdy vidí chráněné bydlení jako jistotu pro uživatele.

Větší autonomie člověka

Zotavení je spojeno s otázkou posílení práv lidí s duševním onemocněním, to také popisují komunikační partneři, kdy nyní vnímají větší důraz na individuální svobodu, také na skutečnosti, že rozhodování stojí na člověku, přináší větší nezávislost, např. v otázce osobních financí, rozhodnutí, jak a kde chce člověk žít, nepřebírání rolí, které službě, nebo pracovníkům nepřísluší. Někdy přání člověka naráží na ochranu jeho zájmů, pracovníci služby úzce spolupracují s opatrovníky, ať už z řad rodinných příslušníků, nebo veřejnými opatrovníky.

Změny služby chráněného bydlení

Pracovníci popisují především změnu přístupu, chápou ji jako podstatnou, dva z komunikačních partnerů připouštějí, že i když na zotavení přístupu považují za přístup, který již tady byl, nebo jej uplatňovali již před vznesením tématu zotavení, připouštějí a popisují změny přístupu. Právě pro tyto dva komunikační partnery jsou uchopitelnější změny, které jsou více hmatatelné. Jsou zde zmíněny kroky, které byly popsány jak rozšíření kapacity chráněného bydlení o poskytování služby v bytě, nová vnitřní pravidla chráněného bydlení, atd.

Používání slov, jazyka

Používání jazyka je jedním z důležitých aspektů oblastí změny podpory, pracuje se s principem změny běžně užívané jazyka v každodenních interakcích. Jaká je praxe v chráněném bydlení bylo zjištěno jak pozorováním, tak bylo vycházeno z transkripce rozhovorů. Uživatelé i pracovníci se navzájem oslovují křestními jmény, vykají si. Pracovník je pro uživatele řekněme *Honza, Pavla* (smyšlená jména). Analýzou transkripce rozhovorů nebyly zjištěny známky infantilizace, stigmatizace, nálepkování, ale ve dvou případech známky expertního žargonu: „*povedlo se ho posunout do samostatného bydlení*“ a „*...ted' v tom bytě máme*

klienta...“. V jednom případě je užíván termín „*duševně nemocný*“ místo vhodnějšího „*člověk s duševním onemocněním*.“ Pracovníci v rozhovoru užívají „*klient*“, „*uživatel*“, „*člověk*“. Například komunikační partner č. 5 preferuje výrazně termín „*člověk*“, zatímco komunikační partner č. 2 užívá termínu „*uživatel*“.

Souhrn zjištění

Představa pracovníků byla na počátku, kdy téma implementace na zotavení zaměřeného přístupu bylo pro ně nové, že se bude pracovat s osamostatněním u všech klientů. To bylo vnímáno jako nereálné očekávání dosažení stejných výsledků u všech uživatelů. Ať už by to znamenalo žít s pomocí terénní služby, nebo zcela bez ní. Nejasnosti byly vyjádřeny i v průběhu rozhovorů, ze strany KP2 zaznělo „*Podívejte se, pokud máme ve službě člověka, co žil čtyřicet let v (jméno psychiatrické nemocnice), lékaři si nedali rady a my si máme poradit?*“ Pokud člověk funguje, i když v chráněném prostředí, po tak dlouhé době hospitalizace, je už v seniorském věku, není to právě to jeho individuální zotavení? Velkým tématem u tvorby veřejného závazku bylo zotavení u lidí seniorského věku, kde půjde především o udržení schopností a míry soběstačnosti zejména u seniorů. KP2 reaguje „*...pak to je zotavení... hlavně pokud po mě nebude nikdo chtít, abych stěhoval seniory...*“

Celkově komunikační partneři identifikují tři oblasti změny, změnu přístupu, kdy se začalo jinak přemýšlet a pomýšlí se na cíle až za hranice dosažených možností uživatelů, změny služby chráněného bydlení v souvislosti s implementací na zotavení zaměřeném přístupu (veřejný závazek, vnitřní pravidla, proškolení zaměstnanců, a další) a důraz na posílení autonomie uživatelů.

4.5.2 Zodpovězení dílčí výzkumné otázky

Stanovena byla DVO takto: **Jak vnímají koncept zotavení pracovníci chráněného bydlení?** Z transkripce rozhovoru byly identifikovány pojmy, které se vztahovaly k vnímání termínu zotavení. Tyto pojmy byly zaneseny do tabulky programu Excel a barevně označeny a následně definovala tyto kategorie: zotavení jako proces, cesta, orientace na člověka a kvalitu života, redefinice přístupu (pojmenování), zotavení jako práce s nadějí a motivací, zotavením k větší samostatnosti, nezávislosti, sociálnímu začlenění.

Jak vnímají koncept zotavení pracovníci chráněného bydlení?

<i>zotavení jako proces, cesta</i>
<i>orientace na člověka, kvalitu života</i>
<i>redefinice přístupu (pojmenování)</i>
<i>zotavení jako práce s nadějí a motivací</i>
<i>k samostatnosti, nezávislosti, sociálnímu začlenění</i>

tab. č.3 Stanovené kategorie k zodpovězení DVO

Kategorie zotavení jako proces, cesta

Tři z komunikačních partnerů v souvislosti se zotavením mluví jako o cestě člověka, nebo postupném procesu. Také ostatní komunikační partneři hovoří o tom, že se jedná o postupný proces, nebo stav ke kterému se člověk musí propracovat. KP1: „*Zotavení vnímám především jako cestu člověka, ...*“ Dále je uvedeno, že si tento proces člověk řídí sám za podpory pracovníků, klíčový pracovník má pak roli průvodce.

Kategorie orientace na člověka a kvalitu života

Důležitým a zásadním je přístup k člověku, kdy není vnímán přes optiku onemocnění, jeho diagnózu. Zastřešujícím tématem je snaha o dosažení vyšší kvality života, ať už s onemocněním, navzdory němu nebo bez něj. Všude u všech komunikačních partnerů padla slova o podpoře, které je v souladu s přáním, cíli uživatelů, což je téma zažité a uchopitelné, jelikož je součástí procesu individuálního plánování. Důraz byl na to, aby se jednalo opravdu o „*jeho přání.*“

KP3: „*Plán zotavení, nebo ať už samotné plánování poskytování služby, tak to by mělo být na něm samém za podpory pracovníka, protože to je jeho život, jeho budoucnost, jeho zodpovědnost, pracovník tam je jenom jako podpora.*“

Kategorie zotavení jako redefinovaný přístup

Dva z komunikačních partnerů hovoří o tom, že zotavení je přístup, který uplatňovali již v minulosti, než toto téma potřeby implementace zotavení do praxe chráněného bydlení bylo vzneseno.

KP 2: „*... já to dělám o začátku, podívejte na (jméno uživatele), kam se dostal. Dalším znakem je nezávislost na službě a jejím omezování. Je to o něčem jiném, (jméno uživatele) posunul se*

ve všem, má účet, vaří si, cestuje sám, stará se sám o sebe, o své zdraví, využívá dostupné zdroje, hojně je na netu, což nebyl, má internetové bankovníctví, je za tím kus práce.“

Také podobně to vnímá ještě jeden KP 4: *„...zjistili jsme, že už tak pracujeme. Zjistili jsme, že pracujeme s těmi lidmi, ale nevěděli jsme, co je zotavení.“*

Davidson a kol. (2009) výtku k novosti, originalitě tématu zotavení vysvětlují na příkladu severoamerických svépomocných skupin, jejichž posláním je vzájemná pomoc s léčbou závislostí. Tyto svépomocné skupiny, fungují přes třicet let a s tématem recovery pracovaly již před dlouhou řadu let. Přístup zotavení je výsledkem určitého vývoje v péči o lidi s duševním onemocněním, přičemž staví také na přístupech, které přinesly své příspěvky k rozvoji takto orientované péče, stejně tak významně přispěli svými zkušenostmi lidé s duševním onemocněním. V případě dobré praxe je kde navázat, ale je také potřebné zohlednění nových prvků, aby byl naplněn záměr implementace konceptu zotavení. Může se jednat např. o změnu tréninku dovedností, po změnu, kdy se pracovník stává průvodcem člověka v jeho procesu zotavování, zapojení lidí s duševním onemocněním do péče, aj.

Kategorie práce s nadějí a motivací

Téměř všichni komunikační partneři hovoří o klíčovém faktoru v procesu, zotavení, motivaci, naději a důležitosti nastavení člověka ke změně. Všichni se shodují na tom, že člověk musí sám chtít něco změnit. V rozhovoru u jednoho KP1 nebyl termín naděje zmíněn, pouze byla uvedena jako překážka ve zotavování chybějící motivace, ale také zmiňuje právě důležitost postoje člověka k onemocnění.

KP3 hovořil/a o nutnosti předávání naděje a motivace opakovaně i v případech nezdaru: *„Pracovníci by měli uživatele motivovat opakovaně, pokud se něco nepovede, tak nad tím nelámu hůl, předávat naději znova, když se něco poprvé tak se to může povést podruhé, potřetí, není tam žádný počet možností, kolikrát by to ten člověk měl zkusit, a my bychom ho měli motivovat, aby to po jednom neúspěchu nevzdával.“*

Bariérou v procesu zotavení popisují všichni komunikační partneři především chybějící motivaci. Také jako jedna z překážek ve zotavování byl uveden strach obecně a strach ze změny, kdy si zde v chráněném bydlení člověk zvykl a vnímá to jako stabilní prostředí, ale další jeho vývoj ustrnul. Chráněné bydlení tak zůstalo pro některé trvalým řešením, jednalo se do jisté míry o žádoucí stav, vnímán jako neměnný stav, kdy už není možné dosáhnout něčeho

více. Riskovat cokoliv nechtějí nejen někteří uživatelé, ale také lidé z blízkého okruhu rodiny nebo z řad opatrovníků.

Jako další faktor uvedl/a KP3 pohled společnosti, která nedokáže zaujmout rovný přístup k lidem s duševním onemocněním. Lidé si zvykli, akceptují tuto komunitu, nevnímají ji nějak negativně. KP5 sdělil/a že z počátku, při otevření nové služby chráněného bydlení zhruba před deseti lety, měli místní lidé otázky. Ne všichni to vnímají stejně, ještě dnes se stane, že jsou pracovníci kontaktováni s dotazem na nebezpečnost člověka, či s požadavkem doprovodu zdravotního personálu k vyšetření nebo rehabilitaci, ač k tomu není žádný důvod, stačí jen adresa bydliště chráněného bydlení.

Kategorie k větší samostatnosti, nezávislosti a sociální začlenění

Podpora samostatnosti, zplnomocnění se objevuje ve všech z rozhovorů, podpora samostatnosti je také uvedena v zásadách služby. Nejen z rozhovorů, ale i z dokumentace, kdy byl revidován veřejný závazek služby bylo velkým téma míra samostatnosti a otázka především uplatňování přístupu zotavení u lidí v seniorském věku. V rozhovoru byla vznesena otázka, jak zacházet se zranitelností člověka v rámci přístupu zotavení a práce s riziky.

KP4: *„To jsem právě nepochopila na tom zotavení dost dobře, protože ten člověk je už pak kolikrát sám a ... nedozvíme se, má nějaký relaps a sám se z toho nevyškrábe.“* Pak byl hovor veden tazatelkou směrem o práci s rizikem a jeho ošetření a také životě v chráněném prostředí, na to reaguje KP4 takto: *„A přirozené riziko zvládá každý jinak, někdo těžko a stane se to i zdravému člověku a pokud je člověk, podle mě nemusí člověk, když má duševní onemocnění, zhodnotit to riziko a dostane se na úplný počátek.“*

Souhrn zjištění

I v malém kolektivu pěti lidí je vnímání konceptu zotavení různé. Pracovníci chráněného bydlení popisují zotavení jako průběžný proces, cestu nebo stav, ke kterému se je potřebné propracovat. Pracovníci popisují důležitost porozumění člověka svému onemocnění.

Dva z pracovníků sice připouštějí pozitivní změny v poskytování služby, změny způsobu práce, ale zároveň říkají, že s přístupem zotavení už dávno pracovali. Téma péče nebo pomoci podpory lidí s duševním onemocněním, která směřuje k zotavení není novinkou několika let, zvláště pak v zahraničí. Součástí na zotavení zaměřeném přístupu jsou prvky, které jsou

využívány v dosud uplatňované praxi jako například orientace na silné stránky člověka. Pochopení všech principů na zotavení zaměřeného přístupu, je klíčové pro to, aby je mohl uplatnit v praxi.

5 DISKUSE

Celkovým cílem předkládané práce bylo popsat proces změn poskytování konkrétní služby chráněného bydlení v souvislosti se záměrem implementace přístupu zotavení. Pro tento účel byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, holistická případová studie, která hledala odpověď na formulovanou otázku: jaké změny byly doposud realizovány v procesu implementace konceptu zotavení v chráněném bydlení? Byly popsány zjištění ze studia dokumentace, pozorování a analýzy rozhovorů s komunikačními partnery.

Celkově byly identifikovány změny v těchto konkrétních oblastech: změna přístupu spočívá nyní v této fázi v tom, že se začalo jinak přemýšlet o poskytování služby. Pomýšlí se na cíle, které je možné dosáhnout až za předpokládané hranice a možnosti uživatelů. Dále komunikační partneři popisují předávání větší zodpovědnosti uživatelům za sebe sama a v komunikaci se otevírají nová témata. Také probíhají rozhovory s uživateli služby o možném dosažení jejich zotavení. Druhá oblast se týká změn služby chráněného bydlení spočívá ve změnách jako revize veřejného závazku, vnitřních pravidel, proškolení zaměstnanců, možnost poskytování služby v bytě a další. Poslední důležitou oblastí je, že přináší větší důraz na posílení autonomie uživatelů.

Autoři Shepard, Boardman, Burns (2009) popsali implementaci zotavení jako třífázový proces. Podle všech uvedených zjištění bych situaci popsala jako počátek fáze druhé, kdy už některé pozitivní změny proběhly, ale nemají konzistentní a homogenní úroveň. Zodpovězením dílčí výzkumné otázky bylo zjištěno, že ne všichni komunikační partneři vnímají stejně koncept zotavení, porozumění je různé. Např. Leamy, Bird, Boutillier (2011) popisují pochopení jak konceptu zotavení obecně, tak jeho filozofie, jako klíčové pro praxi.

Co na to výzkum?

Jelikož téma zotavení přišlo do českého prostředí později, výzkum na zotavení přístupu není nijak rozsáhlý. Diplomovou práci předložila např. Martoňáková (2021), která se zabývá školami zotavení.

Další diplomantkou Masarykovy univerzity v Brně je Ďásková (2018), která se věnovala výzkumu práce peer lektorů v oblasti duševního zdraví a možnosti jejich vzdělávání. I tyto dvě práce by mohly posloužit při orientaci v tématu zapojení lidí se zkušeností do péče, což je oblast, kde v chráněném bydlení zatím nedošlo k významným změnám.

Také svou diplomovou práci, v rámci svého studia Univerzity Palackého v Olomouci předložila Fojtíčková (2022), kdy prostřednictvím kvalitativní fenomenologické mikroanalýzy zkoumala účinky muzikoterapie, podařilo se prokázat, že muzikoterapie podporuje silné stránky člověka. Také podporuje zotavení terapeutickými účinky, skrze silné intenzivní prožitky po dlouhé hospitalizaci.

Krejčí (2019) studentka Masarykovy univerzity ve své diplomové práci zkoumá roli chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním, poukazuje na nízkou informovanost o návazných službách během hospitalizace v psychiatrických nemocnicích tak, aby se dokázali v systému pomoci orientovat. Domnívá se, že by se mělo s lidmi na budoucí inkluzi více pracovat již v době hospitalizace. Winkler, Kondrátová, Kagstrom a kol. (2020) ve své výzkumné zprávě, kde hodnotili dodržování Úmluvy OSN o právech lidí se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích se zdravotním postižením, identifikovali závažné nedostatky. „*Většina nedostatků souvisí s neuspokojivým stavem budov, nedostatkem kvalifikovaných a důkladně vyškolených pracovníků, nedostatečnou podporou rozhodování a preferencí uživatelů služeb a nedostatečným důrazem na integraci uživatelů služeb do společnosti*“ (tamtéž, [online]).

S rozsáhlým projektem s názvem „*Žádoucí budoucnost a související faktory změny jako nástroje uplatnění konceptu recovery do individuálního plánování u obyvatel a obyvatelek azylových domů*“ přichází v roce 2019 Ostravská univerzita (OSU, [online]). Výsledkem tohoto projektu je zkonstruovaný měřicí nástroj, software a metodika.

Doporučení pro praxi

Metodologický dokument anglických autorů Shepherd, Boardmana, Burnse (2009) Implementace zotavení definuje podobně kroky jako kanadský dokument Guidelines for

Recovery-Oriented Practice Hope. Dignity. Inclusion (Mental Health Commission of Canada, 2015). Má velmi podobných společných rysů, chybí zde jednoznačně vyjádřené kroky pro implementaci, autoři nešli až tak daleko (Piat, Sofouli, Wainwrite a kol., 2022). Dle mého názoru by měly být rozplánovány další kroky podrobněji. Vycházet by se mělo z praxe, která je založená na důkazech a měly by vzejít z diskuze s kolegy i ze zařízení dalších služeb v organizaci, společně zapojit do tohoto uživatele služeb.

Slabou stránkou implementace konceptu zotavení v CHB nejsou podrobněji rozpracovány další podrobné kroky a nepracuje se na úkolu na všech úrovních organizace stejně. Také doposud nebyl do chodu chráněného bydlení angažován člověk se zkušeností s duševním onemocněním.

Již jsou zpracovány podrobnější metodiky, jako je to u eklektického přístupu CARE a další, jako například implementační strategie jako autorů Piat, Sofouli, Wainwrite a kol. (2022), tito hovoří o více úrovněové strategii, jak implementovat zotavení do praxe,

6 ZÁVĚR

Tato práce se zabývá péčí o lidi s duševním onemocněním, potřebností změny systému. Tato práce byla pojata jako případová studie chráněného bydlení. *Cílem práce je popsat proces změn při zavádění plánované koncepce zotavení pro sociální službu chráněného bydlení, určeného osobám s duševním onemocněním.* Ve výzkumné části jsem se věnovala zjištění, jaké změny byly doposud realizovány v procesu implementace konceptu zotavení. A dílčí výzkumnou částí, jak pracovníci chráněného bydlení chápou koncept zotavení. Výzkumné otázky byly zodpovězeny, zjištění diskutována, taktéž celkový cíl diplomové práce byl dle mého názoru naplněn.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDERSEN, Retta, OADES, Lindsay G., CAPUTI, Peter. *Psychological Recovery: Beyond Mental Illness* Publisher: John Wiley & Sons. 2011. ISBN: 1119975166

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.

ANTHONY, William A, 1993. *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. [online] Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16(4), 11–23, 1993, 527. [cit. 22.5.2022]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1037/h0095655>.

APA. *Recovery to Practice Training*. [online]. [cit. 24.3.2023]. Dostupné na: <https://www.apa.org/pi/mfp/psychology/recovery-to-practice/training?tab=2>

APPLETON, V. Jane, KING, Lindy, 2002. *Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research*. *Journal of Advanced Nursing*, [online] 40: 641-648. ISSN 1365-2648. [cit. 24.3.2024]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02424.x>

BARRETT, Nora M., PRATT, Carlos W., GILL, Kenneth J., ROBERTS Melissa M. *Psychiatric Rehabilitation: Edition 3*. Cambridge: Academic Press, 2013. ISSN 978-0-12-387008-7.

BAXTER, Pamela., JACK, Susan, 2008. *Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers*. *The Qualitative Report*. 13(4), 544-559. ISSN 1052-0147. [online]. [31.3.2023]. Dostupné na: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1573>

BERNHARDTOVÁ, Petra, SYROVÁTKOVÁ, Štěpánka FOJTÍČEK, 2017. *Ledovec s. r. o., jak vytváříme služby zaměřené na zotavení (services recovery oriented)*.

BEDNÁŘ, Martin, 2012. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3069-0.

BITTER, N., ROEG, D., van NIEUWENHUIZEN, C. et al. *Recovery in Supported Accommodations: A Scoping Review and Synthesis of Interventions for People with Severe Mental Illness*. *Community Mental Health J* 56, 1053–1076 (2020). [online] [cit. 20.11.2022] Dostupné na: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00561-3>.

BRADSHAW, Jonathan. *Taxonomy of social need*. In: McLACHLAN, Gordon, (ed.) *Problems and progress in medical care: essays on current research*, 7th series. Oxford University Press, London, 1972, pp. 71-82.

BRYCH, Ladislav, STROSSOVÁ, Ivana, FRANCOVÁ, Ludmila a kol. *Příručka jazyka zotavení*. [online]. [cit. 17.3.2023]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf

BORG M., KRISTIANSEN, K., 2004. *Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services*. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505. [online] [cit. 20. 2. 2023]

BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

CAMPBILL NA SOUTOKU z.s.. *Co je to camphill*. [online] [cit. 10.3. 2023]. Dostupné na: <https://www.camphill-na-soutoku.cz/article/co-je-to-camphill>

CASADOS, A. T. „*Reducing the stigma of mental illness: Current approaches and future directions*“. 2017. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3) str.306 -323. [online] [cit. 29.8. 2021]. Dostupné na: [10.1111/cpsp.12206](https://doi.org/10.1111/cpsp.12206)

ČEPELKA, Oldřich. *Výzkumné studie a indexy pro hodnocení kvality života seniorů a aktivního stárnutí*. *Demografie* 61 (2) Praha: CZSO, 2019. ISSN 1805-2991

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČTVRTEČKOVÁ, Markéta, KLEINOVÁ, Adina. *Případová práce*. IN: NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7.

ĎÁSKOVÁ, Barbora. *Cesty k zotavení. O práci peer lektorů v oblasti duševního zdraví*. [online]. Brno, 2018 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/sgv82/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Bohumíra LAZAROVÁ.

DAVIDSON, Laurie, 2009. *Recovery Devon newsletter*. [online] [cit. 12.6.2022]. Dostupné na: https://recoverydevon.co.uk/wpcontent/uploads/2010/01/2009_Spring_Recovery_Devon_Newsletter.pdf

DECI, Edward L., RYAN, Richard M. *Vnitřní motivace a sebeurčení v lidském chování*. Berlín: Springer Science & Business Media. 2013. ISBN 9781489922717.

DEEGAN Patricia, 1988 in: RAPP C.A., GOSCHA R.J., *20The Strengths Model: A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services*. 2012, str.14. New York: Oxford University Press. 3rd-ed. ISBN 978-0-19-976408-2.

den HOLLANDER, D., Wilken JP: *Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup. Praktická příručka modelu CARE* (přeloženo z holandského originálu *Werken in verbinding. Praktijk boek Steunend Relationeel Handelen*, 2020 Amsterdam). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2022. ISBN 978-80-908458-5-5.

DRAGOMIECKÁ, Eva, PĚČ, Ondřej, 2022. *Hodnocení situace a potřeb lidí se závažným onemocněním*. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.

DRENNAN, Gerard; ALRED, Deborah. *Recovery in forensic mental health settings: From alienation to integration*. In: *Secure recovery*. Willan, 2013. Londen: Francis and Taylor Group. ISSN 978-0-203-12917-3 (ebook).

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada), 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

DVOŘÁKOVÁ, Monika, KONDRÁTOVÁ, Lucie. *Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika, a předpoklady její úspěšné implementace*. Čes a slov Psychiat 2020; 116(3): 159–166. ISSN 1212-0383.

COUWENBERGH, Chrisje, van WEEGHEL, Jaap a kol., 2015. *Crossing the bridge: National action plan to improve care of severe mental illness*. Phrenos, Center of expertise in Utrecht. [online] [22.1. 2022]. Dostupné na: 10.13140/RG.2.1.3056.1129.

FARKAS, Marianne, GAGNE, Cheryl, ANTHONY, William, CHAMBERLIN, Judy, 2005. *Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions*. [online]. [cit. 9. 4. 2023]. *Community Ment Health J* 41, 141–158 (2005). Dostupné na: <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>.

FOITOVÁ, Zuzana, HEŘT, Zdeněk, PINKASOVÁ, Věra a kol., 2016. *Manuál peer konzultantů do lůžkové péče o duševní zdraví*. [online]. [cit. 23.3.2023]. Dostupné na: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB1_1.pdf

FOJTÍČEK, Martin, 2017. *Co je teda to zotavení*. [online]. [cit. 20.2.2023]. Dostupné z: <https://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/15-co-to-teda-je-to-zotaveni>.

FOJTÍČKOVÁ, Jana, 2022. *Význam muzikoterapie pro recovery přístup*. [online]. [cit. 30.3.2023]. Dostupné z: https://theses.cz/id/rie911/diplomova_prace_Jana_Fojtickova.pdf.

FRANKEL, Arthur J., GELMAN, Sheldon R., PASTOR, Diane K., 2019. *Case management. An Introduction to Concepts and Skills*. 4 edition. New York: Oxford University Press. ISBN: 978019858902.

GGZ. *Kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg*. [online]. [cit. 4.3.2023]. Dostupné na: <https://www.ggzstandaarden.nl/>

GLUMBÍKOVÁ, Kateřina, STANKOVÁ, Zuzana, Wilamová, Kristina, MIKULEC, Marek, GŘUNDĚLOVÁ, Barbora, VÁVROVÁ, Soňa. [online]. [cit. 3.4.2022]. *Metodika pro zjišťování žádoucí budoucnosti a souvisejících zdrojů naděje u obyvatel a obyvatelek azylových domu na území České republiky*. Ostravská univerzita: Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/projekty/ipad/metodika.pdf>

GOVERDE, Inge, ZOMER, Lieke, 2022. *ART active model triad*. Sympozium platformy Care., Praha, ze dne 8.9.2022.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HNÍKOVÁ, Lucie, ŠURÁŇOVÁ, Veronika, VÁLKOVÁ, Jana. Sociální exkluze duševně nemocných a mentálně postižených. [cit. 7.3.2023] [7.3.2023]. Dostupné na: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2006/SPP416/um/2920309/dusevne_nemocni_a_mentalne_postizeni.pdf?html=1.

HOLOUBKOVÁ, Eva. *Proces zotavení u osob s poruchami schizofrenního spektra*. [online]. Brno, 2017 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/yty3o1/>. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.

HOLLÝ, Martin in: HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, Jiřina and Zuzana HLUBKOVÁ. *Hodnocení zdravotně sociálních potřeb v komunitní péči (Evaluation of health and social needs in community care)*. Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii. Supplementum 2. Praha: TIGIS, 2019, vol. 23, No 2, p. 10-11. ISSN 1211-7579.

CHB. *Anketa k zásadám služby CHB....* září, 2022.

CHB, 2017. *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb v chráněném bydlení.*

CHB, 2023a. *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb v chráněném bydlení.*

CHB, 2022. *Pravidla vzájemného spolubydlení a soužití chráněném bydlení.*

CHB, 2023b. *Pravidla pro jednání se zájemcem o službu a pro vedení databáze žadatelů o službu v chráněném bydlení.*

CHB, 2023c. *Pravidla vzájemného spolubydlení a soužití chráněném bydlení.*

CHRASTINA, Jan, 2014. *Kvalitativní výzkum limitů životního stylu u osob s chronickým onemocněním*. Dizertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2014.

CHRASTINA, Jan, 2019. *Případová studie metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-5373-6

KANTOROVÁ, Daniela, KALENDA, Soňa, MATOUŠEK, Oldřich. *Deinstitucionalizace*. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.

KALOVÁ Hana, PETR Petr, SOUKUPOVÁ Alexandra, VOUNDROUŠ Pavel, 2005. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle nejnovějších modelů zdraví a nemoci*. Olomouc: Snolen s.r.o. Klinická farmakologie a farmacie, 165-168, s. 165, 2005. ISSN 1803-5353.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Well-being jako psychologický a zároveň mezi oborově založený pojem*. Československá psychologie, 2003, roč. XLVII, č. 4, s. 333–345. ISSN 0009-062X.

- KOTTER, John P., 2015. *Vedení procesu změny*. Management press. ISBN 9788072613144.
- KREJČÍ, Monika. *Problematika návazného bydlení lidí s duševním onemocněním*. [online]. Brno, 2019 [online] [cit. 2023-04-09]. Dostupné na: <https://is.muni.cz/th/yyjtq/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Vlasta ŘEZNÍKOVÁ.
- KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, Lenka, PFEIFFER, Jan, KREJČÍ, Tomáš. *Metodika dobré praxe č. 2. Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů*. [online]. [cit. 12.2.2023]). Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-c-02-zavadeni-kultury-zotaveni-do-multidisciplinarnich-tymu-organizaci?term_id=107
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- LEAMY, Mary, BIRD, Victoria, BOUTILLIER, Clair, WILLIAMS, James a SLADE, Mike. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis*. The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445-452. [online] [cit. 9.4.2023]. Dostupné na: doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733cit. 23.6.2022]. Dostupné na: DOI:10.1192/bjp.177.2.149
- LIBIGEROVÁ, E., Müllerová, H. *Posuzování kvality života v medicíně*. Praha: ČLS JEP, Čes. a slov. Psychiat., No. 4, pp. 183-186., 2001. ISSN 0069-2336.
- LIBERMAN, R. P KOPELOWICZ, a. 2002. *Jak operacionalizovat zotavení?* In: Probstová, Pěč, 2014. *Psychologie pro sociální pracovníky*. ISBN 978-80-262-0731-3.
- McGUIRE, Alan B., KUKLA, Marina, a kol., *Psychiatry online*, 2014. [online] [cit. 25. 4.2023] Dostupné na: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200274>
- MACKLER, Daniel, 2014. *Léčení láskou (Healing Homes, Czech)*. In: Youtube 11.4.2014. [online] [cit.5.3.2023]. Dostupné na: <https://www.youtube.com/watch?v=MZvPd-vTf24&t=12s>. Kanál YouTube uživatele Daniel Mackler (macklertranslations).
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
- MALLYA, Thaddeus. *Základy strategického řízení a rozhodování*. Česko: Grada, 2007. ISBN 9788024719115.
- MAREŠ, Petr, SIROVÁTKA, TOMÁŠ, 2008. *Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluzie) – koncepty, diskurz, agenda*. Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 44(2), 271–294. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-61122>.

MARTINELLI, Alessandra, RUGGERI, Mirella. *An overview of mental health recovery oriented practices: potentiality, challenges, prejudices, and misunderstandings. Journal of Psychopathology*, 2020, 26: 147-54. [online] [cit. 18.6.2022]). Dostupné na: https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2020/06/07_Martinelli-1.pdf

MARTOŇÁKOVÁ, Lea, 2021. *Škola zotavenia ako jeden z prístupov v starostlivosti o ľudí s duševným ochorením. Rôzne modely škôl zotavenia*. Praha: Magisterská diplomová práca. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Míra BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.support_recovery_2nd_edition_word.docx&wdOrigin=BROWSELINK.

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

Mental Health Commission of Canada. 2015. *Recovery Guidelines* Ottawa, ON: Author. ©2015 Mental Health Commission of Canada. ISBN: 978-0-9880506-3-1.

MPSV, 2013. *Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0

MPSV, a. *Strategie pro sociální začleňování 2021 - 2030*. [online]. [cit. 2.2.2022]. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/strategie-socialniho-zaclenovani-2021-2030>.

MPSV, 2022. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitutionalizace*. [online]. [cit. 23.1.2023]. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/kriteria-socialnich-sluzeb-komunitniho-charakteru-a-kriteria-transformace-a-deinstitutionalizace>

MPSVb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 23.1.2023]. Dostupné na: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.do?zn=&zao=&sd=chr%C3%A1n%C4%9Bn%C3%A9+bydlen%C3%AD&pic=&zak=&spd=&spo=&zaok=&sbmt=Vyhledat&zau=&pn=&scs=-1&si=&srp=pdaz&SUBSESSION_ID=1681238649003_2.

MPSVc, *Metodika Housing First*. [online] [cit. 18.3.2023]. Dostupné na: http://www.socialnibydleni.mpsv.cz/images/soubory/HF/Metodika_HF_2.0_final.pdf

MPSV, 2021. Transformace. [online] [cit.15.12.2021]. Dostupné na: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/>

MZCRa, 2019. *Průvodce reformou psychiatrické péče, říjen 2019*. Dostupné na: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

MZDRb, 2013. Strategie reformy psychiatrické péče. Dostupné na: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021/03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

MZCRc, 2020. *Zdraví 2020, Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030*. [online]. [cit. 12.6. 2022]. Dostupné na: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

MZDRd. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. [online] [cit.5.3.2023]. Dostupné na: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_MetodikyZ%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf

NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7.

NOVÁK Martin, UKROPOVÁ Lucie, 2018. *Centra duševního zdraví - zplnomocňování klientů v praxi*. Brno: Psychoterapie. 12 (3), 178–189. ISSN 1802-3983

NOVOSÁD, LIBOR, 2022. *Koordinovaná rehabilitace*. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.

Davidson L, Tondora J, O'Connell MJ, Kirk T Jr, Rockholz P, Evans AC. *Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality*. Psychiatr Rehabil J. 2007 [online]. Summer;31(1):23-31.[cit. 20.1.2023]. Dostupné z: doi: 10.2975/31.1.2007.23.31. PMID: 17694712.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.

PÁV, Marek; POMAJZLOVÁ – Pluhařčíková, Jana; ŠTASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. *Psychiatrie pro Praxi*, 2017, 18.2: 69-74.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PELCÁK, Stanislav. *Psychologie zdraví a nemoci*. Univerzita Hradec Králové, Studijní opora pro předmět Úvod do andragogiky ve studijním oboru Sociální patologie a prevence. 2014.

PIAT, Myra. SOFOULI Eleni, WAINWRIGHT, Megan a kol. 2022. *Translating mental health recovery guidelines into recovery oriented innovations: A strategy combining implementation teams and a facilitated planning process*, Evaluation and Program Planning. Amsterdam: Elsevier: Volume 91, 102054. ISSN 0149-7189. Dostupné na: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102054>.

PLUHAŘČÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana. Ergoterapeutické intervence v psychosociální oblasti. [cit. 4.2.2022]. [online]. Dostupné na: <https://d11.cuni.cz/mod/resource/view.php?id=394672>

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

PILGRIM, David, McCaine, Anna, 2013. *Recovery and mental Health*. Londýn: Palgrave. ISBN 978-0-137-35889-9.

RAGINS, Mark. Cesta k zotavení. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

RABOCH, Jiří, 2020. O stavu psychiatrie, výzkumu a budoucnosti péče. In PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním. Brno: Host, 2020, s. 370. ISBN 978-80-275-0389-6.

RAPP, Charles, GOSCHA, Richard J. *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*, 3rd edn, New York, Oxford University Press, 2011. ISBN 9780199910007.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

ŘÍČAN, Pavel, KUBINOVÁ, Petra, MARTOŇÁKOVÁ, Lea, 2022. *Podpora zotavení u lidí s duševním onemocněním*. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.

RUBIN, Allen, 1992. *Is case management effective for people with serious mental illness?? A research review*. HEALTH AND SOCIAL WORK /Volume 17, Number 2 / May 1992. ISSN 1545-6854.

RUGGERI M., LEESE, M., THORNICORFT, G., BISOFFI, G., TANSELLA, M. (2000). Definice a prevalence závažného a přetrvávajícího duševního onemocnění. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155. [online][cit. 23.6.2022]. Dostupné na: DOI:10.1192/bjp.177.2.149

RYAN Richard M. *Self-determination Theory and Wellbeing*. *Social Psychology*, 2009, 84.822: 848. [online] [cit. 30.6.2022]. Dostupné z: http://www.bath.ac.uk/soc-pol/welldev/wed-new/network/research-review/Review_1_Ryan.pdf

RYBÁŘOVÁ, Anna. 2009. *Životní spokojenost a životní události*. [online]. Brno, [cit. 2022-09-27]. Dostupné na: <https://is.muni.cz/th/ucp52/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Marek BLATNÝ.

SHEPHER, Geoff, BOARDMAN, Jed, SLADE, Mike. 2009. *Implementing Recovery A new framework for organisational change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health,

SEIKKULA, Jaakko, ALAKARE, Birgitta, AALTONEN, Jukka, 2011. *OPEN DIALOGUE IN PSYCHOSIS I: AN INTRODUCTION AND CASE ILLUSTRATION*. [online], *Journal of Constructivist Psychology*, 14:4, 247-265, 200. [cit. 30.11.2022]. Dostupné na: DOI: 10.1080/10720530125965

SLADE, Mike, 2013. *101 způsobů jak podporovat zotavení*. Druhé vydání. London: Rethink Mental Illness.

STAKE E. Robert. *The Art of case study*. University of Illinois at Urbana-Champaign, USA. ISBN: 9780803957671

STUHLÍK, Jan. *Case management*. IN PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPILÁČKOVÁ, Marie, NEDOMOVÁ Eva, 2013. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-434-4.

TEMESGEN, W.A, CHIEN, WT, BRESSINGTON D. *Conceptualizations of subjective recovery from recent-onset psychosis and its associated factors: A systematic review*. Early Intervention in Psychiatry. 2019;13:181–193. Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/eip.12698>

UZIS. *Psychiatrická ročenka 2021*. [online]. [cit. 8.4.2023]. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/res/f/008415/psych2021.pdf>

Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob. [online] [cit. 11.3. 2023]. Úřad pro ochranu osobních údajů. Dostupné na: <https://www.uoou.cz/gdpr/ds-3938/p1=3938/>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VACHKOVÁ, Lenka. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné: Social and rehabilitation programmes for mentally ill. Psychiatria pre prax*. Bratislava: SOLEN, 2008, 9(3), 136 a 138-140. ISSN 1335-9584.

VAN WEEGHEL, Jaap, et al., 2019. [online]. *Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses*. Psychiatric rehabilitation journal, 2019, 42.2: 169. [cit. 20.3.2023]. Dostupné na: doi: 10.1037/prj0000356. Epub 2019 Mar 7. PMID: 30843721.

VELDHUIZEN, J. R., van; Bähler, M. *Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT]* [online]. 1. vydání. Z anglického originálu přeložila Martina Vavřínková. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017. Dostupné na: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf

Vyhláška 505/2006 Sb. v platném znění.

WILKEN, J. P. 2010. *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Tilburk University. ISBN: 9789088501890

WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. [online]. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. [cit. 19. 2. 2022]. Dostupné na: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P, Csémy L. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated

nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020 Sep 29;29:e173. Dostupné z: doi: 10.1017/S2045796020000888. PMID: 32988427; PMCID: PMC7573458.

WHO, *Mental health*. [online]. [cit. 25.11.2021.]. Dostupné na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO, 1996. *Psychosocial Rehabilitation – a consensus document*. Genewa: WHO. [online] [cit. 15.12.2022]. Dostupné na:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60630/WHO_MNH_MND_96.2.pdf

WHO, 1992. *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders*. [online].

[cit.15.12.2022]. Dostupné na:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf?se

YAZAN, Bedrettin, 2015. *Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake*. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152. [online] [cit.30.3.2023].

Dostupné na <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2102>

ZOMER, LJC, VOSKES Y, van WEEGHEL J, WIDDERSHOVEN GAM, van MIERLO TFMM, MEER L., 2020. *The Active Recovery Triad Model: A New Approach in Dutch Long-Term Mental Health Care*. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 5;11:592228. [online] [cit. 3.1.2023] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250796/>.

ZAHRADA 2000. *Metodika měření dopadu multidisciplinární péče na zdravotně - sociální stav osob s duševním onemocněním*. [online]. [cit. 24.2.2023]. Dostupné na:

<https://www.zahrada2000.cz/storage/module-349/metodika-pro-mereni-dopadu-multidisciplinarnipece-s-ts-1520438965.pdf>

ZÁKON o sociálních službách 108/2006 Sb. v platném znění.

ŽALUDEK, Adam. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2.

Seznam použitých symbolů a zkratk

angl.	anglický jazyk
ACT	angl. Assertive Community Treatment, asertivní komunitní léčba
ART	Rámec pro péči o lidi po dlouhodobých hospitalizacích, angl. Active Recovery Triad
CARE	Eklektický rehabilitační model, angl. Comprehensive Approach to Rehabilitation,
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČR	Česká republika
FACT	Flexibilní asertivní léčba, angl. Flexible Assertive Community Treatment,
CHB	Chráněné bydlení
IPS	Podporované zaměstnávání, angl. Individual Placement and Support
IMR	Illness Management and Recovery, ucelený program ke získání dovedností
KP1	Komunikační partner č.1
KP2	Komunikační partner č.2
KP3	Komunikační partner č. 3
KP4	Komunikační partner č. 4
KP5	Komunikační partner č. 5
MPVS	Ministerstvo práce a sociální věci
MZDR	Ministerstvo zdravotnictví
OSN	Organizace spojených národů
SMI	angl. severe mental illness, závažné duševní onemocnění

Seznam tabulek, Obrázků

Tab. 1 Popis respondentů

Tab. 2 Stanovené kategorie pro zodpovězení HVO

Tab. 3 Stanovené kategorie k zodpovězení DVO

obr. č. 1. Ukázka pro konkrétní službu přizpůsobeného dotazníku RAS -R.